

# Nota van Inlichtingen, landelijke vragen

## Wijzigingen bij inkoopbeleid 2024 -2026

Versie 7 juli, na Nota van Inlichtingen is aangeduid.

### VG7

Het inkoopbeleid met betrekking tot VG7 is toegevoegd (zie regionaal beleid)

### Bijlagen

#### **Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 – 2026**

In bijlage 1 zijn drie wijzigingen verwerkt:

1. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1 lid 6 is ter verduidelijking de zin: ‘De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.’ gewijzigd in: ‘De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.’
2. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 10 lid 1 is ter verduidelijking de zin: ‘Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor’ gewijzigd in: ‘Te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor.’
3. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 6 is ter verduidelijking de titel van het hoofdstuk gewijzigd van: ‘Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen’ naar: ‘Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming’.

#### **Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2024**

In bijlage 2 zijn, overeenkomstig met bijlage 1, drie wijzigingen verwerkt:

1. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1 lid 6 is ter verduidelijking de zin: ‘De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.’ gewijzigd in: ‘De zorgaanbieder wijst de klant op

de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.’

2. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 10 lid 1 is ter verduidelijking de zin: ‘Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor’ gewijzigd in: ‘Te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor.’
3. In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 6 is ter verduidelijking de titel van het hoofdstuk gewijzigd van: ‘Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen’ naar: ‘Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming’.

## **Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden**

Paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex is nieuw toegevoegd op pagina 11 en 12.

## **Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz**

In bijlage 7 zijn vijf wijzigingen verwerkt:

1. Ter verduidelijking is in het document de term ‘kostenratio’ structureel vervangen voor de term ‘kostenpercentage’.
2. In hoofdstuk 2: ‘De onderbouwing van het richttariefpercentage’ is ter illustratie een rekenvoorbeeld op basis van fictieve zorgaanbieders opgenomen.
3. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ is ter verduidelijking de term ‘theoretisch resultaat’ structureel aangepast naar ‘theoretisch Wlz resultaat’.
4. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ is bij de grafieken verduidelijkt dat deze weergaven inclusief outliers zijn.
5. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ zijn de marktaandelen Wlz omzet van de aanbieders vallend onder de 75%-groep, 25%-groep en outliers toegevoegd.

## Nota van Inlichtingen, landelijke vragen

### Vragen en antwoorden

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	o. Inleiding	In de disclaimer staat; "Deze visie, opgesteld door de zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop van langdurige zorg, is onder voorbehoud van wijzigend beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)". Het visie document geeft nergens een termijn. Is deze visie verbonden aan het meerjarige inkoopbeleid van de zorgkantoren (2024-2026) of staat deze visie los van het inkoopbeleid en kan er jaarlijks een nieuwe visie worden gepubliceerd?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden.
2	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Op pagina 7 staat de definitie van passende zorg voor de Wlz. Hier staat de definitie in dat voor passende zorg afspraken nodig zijn tussen zorgvrager en zorgverlener. Het lijkt erop dat hiermee de transitieopgave en alle mogelijke weerstand bij zorgvragers volledig bij de zorgverleners komt te liggen. Transitie kan leiden tot conflicten tussen zorgvragers (rechten) en zorgverleners (plichten). In hoeverre kan/ wil het zorgkantoor hierin ondersteunen/ bemiddelen?	Zorgkantoren zien de uitdagingen waarmee zorgverleners tijdens de transformatie te maken hebben. Zorgkantoren hebben volop aandacht voor passende zorg en werken in de regio aan maatschappelijke bewustwording. Dat doen zij samen met andere partijen, maar bijvoorbeeld ook door zelf klanten te informeren, te pleiten voor campagnes voor maatschappelijke bewustwording en middels het gesprek dat door de onafhankelijke clientondersteuner (OCO) wordt gevoerd.
3	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	In de definitie van passende zorg (pagina 7) staat: "waar mogelijk dicht bij de cliënt". Wat wordt daar bedoeld? Zorg wordt over het algemeen dicht bij de cliënt geleverd, tenzij u hier een verschil maakt met bijvoorbeeld beeldzorg/zorg op afstand.	Hiermee wordt de thuissituatie van de client in de wijk bedoeld.
4	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	In de omschrijving passende zorg voor de WLZ wordt o.a. aangegeven: minder focus op de aandoening en behandeling en meer inzet o.a. op wat iemand wel kan. Is er afstemming tussen ZN, NZA en het CIZ over de definitie van passende zorg en de impact op de profielen van WLZ Wonen? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Zorgkantoren zijn met partijen in gesprek over de definitie en uitwerking van Passende Zorg.
5	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Er staat "een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio..... rekening houdend met regionale factoren". Wordt hiermee bedoeld dat Zorgkantoren hier in hun beleid invulling aan geven i.p.v. maatwerk in de regio? Dit beleid geldt namelijk voor elke regio waar het Zorgkantoor voor verantwoordelijk is en geeft geen onderscheid in de afzonderlijke zorgkantoorregio's. Het onderscheid wordt gemaakt door de wijze waarop de door de overheid beschikbaar gestelde financiële middelen (IZA, WOZ etc.) gebruikt worden. Kunt u uw antwoord toelichten?	Het landelijke visiedocument geeft richting aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren is afgestemd op de regionale factoren. Het beleid geeft zorgkantoren ruimte om binnen de beschreven kaders van het inkoopbeleid tariefdifferentiatie toe te passen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Eerste zin: De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen..... Is het zorgkantoor vanuit die verantwoordelijkheid voornemens om haar eigen budget en kosten conform de korting die wordt opgelegd te laten dalen? En kan het zorgkantoor dit inzichtelijk maken?	Het is niet duidelijk precies met deze vraag wordt bedoeld. De NZa bepaalt in opdracht van VWS welk budget ofwel contracteerruimte de zorgkantoren beschikbaar hebben om de zorg in de zorgkantoorregio's waar zij verantwoordelijk voor zijn in te kopen.
7	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Als duurzaamheid en toegankelijkheid dan hoog op de agenda staat hoe verantwoordt het zorgkantoor dan dat zij toch kort op de tarieven?	Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen van beschikbare budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen.
8	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Zorgkantoren geven in hun landelijke visie aan 'is onder voorbehoud van wijziging van VWS en NZa' aan die visie is geen termijn gekoppeld. Het meerjarig inkoopbeleid van de zorgkantoren geldt van 2024 t/m 2026. Staat het inkoopbeleid los van eventuele wijzigingen in de landelijke visie?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden. Wijzigingen in de landelijk visie kunnen van invloed zijn op het inkoopbeleid van de zorgkantoren, waarbij we opmerken dat het regionale inkoopbeleid voor 3 jaar vast staat.
9	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Betekent de zin "Om de toegang en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg te garanderen is het dan ook noodzakelijk om het zorglandschap anders en duurzamer in te richten met passende zorg als uitgangspunt" (pagina 6) dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen in de langdurige zorg die onder de WLZ valt? Zo niet, hoe moeten we deze basis van visie dan lezen?	Passende zorg is het uitgangspunt om het zorglandschap anders en duurzaam in te richten. Daarmee zeggen zorgkantoren niet dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen. Bij het zoeken naar oplossingen vinden zorgkantoren het belangrijk dat deze oplossingen bijdragen aan zorg die passend is voor de cliënt.
10	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Is er naar uw mening dan sprake van wachtlijsten en waarom bij regionaal beleid dan doelmatigheid speerpunt en topprio?	Er is in alle drie de sectoren sprake van wachtlijsten. Het doelmatig inkopen van zorg door zorgkantoren draagt bij aan het meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget en daarmee tevens het terugdringen van de wachtlijsten.
11	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Welke rol hebben de partijen bij preventie? En welke financiering is hiervoor mogelijk en door wie?	Alle partijen zullen in hun rol de cliënt van de juiste informatie moeten voorzien om bij te dragen aan preventie. Zorgkantoren willen de mogelijkheid om financieel rechtmatig bij kunnen dragen aan domein overstijgende initiatieven die met preventieve maatregelen helpen bij het voorkomen of vertragen van een Wlz-indicatie en/of intramurale opname. Dit is op dit moment nog niet geregeld, maar VWS werkt hiervoor een wetsvoorstel uit.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
12	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	U stelt dat de 3 doelen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit niet los van elkaar kunnen worden gezien. Kunt u dan toelichten hoe wij de kwaliteit dienen te blijven handhaven als door een hogere afslag op het NZa tarief, de verlaging van het tarief i.v.m. NHC/NNIC bijstelling, de 1,2% korting opgelegd door de minister, de hogere kosten door inflatie en verwachte aanpassing van de CAO onze inkomsten ernstig onder druk komen te staan?	In paragraaf 5.2. van de visie leest u dat de kwaliteit onder druk komt te staan en dat het continu verbeteren van de kwaliteit geen realistisch doel meer is. Het gaat nu om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit de geldende kwaliteitskaders. Wij realiseren ons dat dit geen eenvoudige opgave is binnen de huidige financiële context.
13	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Er ligt volgens u een grote verantwoordelijkheidsopgave voor alle partijen die betrokken zijn bij het zorglandschap. Waarom stellen jullie een basisrichttarief in wetende dat dit grote impact heeft op de zorgaanbieders?	Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen.
14	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor onderzocht welke effecten door het inkoopbeleid 2024-2026 te verwachten zijn binnen het domein zorg en welzijn (zorgverzekeringswet, sociaal domein, maar ook Wlz herindicaties) en wat daar de uitkomsten van zijn?	De visie is met verschillende partijen afgestemd. Zorgkantoren hebben aandacht voor de te verwachte effecten buiten de Wlz en zijn hierover in gesprek met partijen.
15	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor in beeld hoe de samenloop is van de effecten op bijvoorbeeld mantelzorgers/beschikbaarheid informele zorg. Want als je enerzijds moet bijspringen omdat je moeder nog niet in de ouderenzorg terecht kan, dan kun je minder informele zorg bieden bij je kind of zus in de Wlz of Wmo en kun je ook minder als vrijwilliger bijspringen elders. Of, als je in de zorg werkt, kun je dan niet de extra uren gaan werken die we eigenlijk nodig hebben van alle part timers. Het beleid werkt zichzelf tegen.	Het moet een maatschappelijk bewustzijn worden dat we de zorg niet alleen meer kunnen vervullen met de inzet van zorgmedewerkers. De beroepsbevolking neemt af in tegenstelling tot het toenemende aantal mensen dat zorg nodig heeft. Het is dus nodig dat ook een beroep op familie, burens en andere betrokken uit het netwerk van de cliënt wordt gedaan. Uiteraard is het voor iedere persoon individueel te bepalen wat hij of zij hieraan kan bijdragen gelet op de omstandigheden.
16	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Er wordt aangegeven dat er de komende jaren een aantal politieke keuzes gemaakt worden die van invloed zijn op de langdurige zorg. Hoe verhoudt dit zich tot een meerjareninkoopbeleid?	Wij verwachten dat politieke keuzes gedurende de periode van het inkoopbeleid geen aanleiding geven om het beleid te wijzigen. Mocht dat wel het geval zijn, dan behouden wij ons het recht voor om het inkoopbeleid aan te passen.
17	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1. Aanleiding & Urgentie	Kunt u een definitie geven van goede kwaliteit en van passende zorg voor de ouderenzorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Wij kunnen geen eenduidige definitie geven, omdat het beide brede begrippen zijn. Voor kwaliteit geldt dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Voor passende zorg geldt dat dit mede afhankelijk is van de zorgvraag van de cliënt en de mogelijkheden die er zijn om deze zo goed mogelijk te vervullen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
18	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	In de visie wordt beschreven dat de politiek de komende jaren nog keuzes gaat maken die in meer of mindere mate van invloed zijn op de organisatie van langdurige zorg en daarmee op de inkoop van zorg. - Kunt u aangeven om welke thema's dit gaat?	Op dit moment kunnen wij niet aangeven op welke thema's de politiek de komende jaren keuzes gaat maken. Dit is aan de politiek.
19	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij merken dat passende zorg vaak tot discussies leidt met het CIZ. Het afgeven van passende indicaties (WLZ-W5 of ZZP-7B) gaat soms moeizaam, wat niet bevorderlijk is voor deze doelgroepen. Wordt er door ZN contact gezocht met het CIZ om passende zorg voor de complexe doelgroepen te bespreken? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Wij zijn bereid om samen met de zorgaanbieder en/of branche het gesprek met het CIZ aan te gaan, als wij diverse signalen ontvangen dat de indicatie niet passend is. Voorwaarde is wel dat wij het eens zijn dat het CIZ in de betreffende casuïstieken geen goede indicatie heeft gegeven. Wij vragen u hierover eerst contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
20	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	In uw visie op duurzaam toegankelijke zorg wordt de verantwoordelijkheid vooral bij aanbieders neergelegd. Aanbieders dienen met minder geld meer zorg te bieden, onder andere middels innovatie. Uw visie geeft onvoldoende duidelijkheid over uw verantwoordelijkheid hierin. Hoe ziet u, en hoe neemt u, uw eigen verantwoordelijkheid bij het inkopen van voldoende zorg? Wat is uw verantwoordelijkheid om dit maatschappelijk gezien te bewerkstelligen? En de grenzen aan de mogelijkheden bespreekbaar te maken?	Het is de taak en verantwoordelijkheid van zorgkantoren om voldoende zorg in te kopen. Om ook in de toekomst met een stijgende zorgvraag voldoende zorg in te kunnen blijven kopen is het van groot belang dat de zorg anders wordt georganiseerd. Hiervoor dienen er veranderingen op gang te worden gebracht. De zorgkantoren laten in de visie onder andere zien om welke veranderingen het gaat.
21	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	De beweging naar een toekomstbestendige zorg bestaat onder andere uit 'thuis als het kan'. Kan het Zorgkantoor de uitwerking van dit uitgangspunt nader toelichten? Welke opdracht heeft een zorgaanbieder hierin? Binnen welk termijn moet dit verwezenlijkt zijn? En kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij de percentuele groei zien binnen dat termijn?	In de visie staat toegelicht wat zorgkantoren verstaan onder thuis als het kan. De zorgkantoren hebben in hun regionale beleid uitgewerkt hoe ze daar uitvoering aan geven en wat ze van zorgaanbieders verwachten.
22	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Wij onderschrijven de visie van langer thuis maar in de praktijk zien wij regelmatig opnames van ZZP4 cliënten die binnen 3-6 maanden een hogere indicatie krijgen (zie ook onze declaraties in de periode januari-april). Soms omdat de zorgzwaarte van cliënten snel verandert, soms omdat de indicatiestelling niet (meer) aansluit bij de werkelijke zorgvraag. Wij denken dat voor deze cliënten met een ZZP4 indicatie of snel veranderend ziektebeeld de sociale context hier echt om vraagt. Wij zijn van mening dat voor deze cliënten passende intramurale zorg nodig is (en dat dit onze zorgplicht is). Klopt onze veronderstelling dat deze cliënten ook in 2024 en verder intramurale zorg kunnen krijgen? Wij maken ons oprecht zorgen over het tussen wal en schip vallen van deze groep kwetsbare ouderen.	De veronderstelling klopt. Op dit moment hebben cliënten met een Wlz-indicatie keuzevrijheid waar en via welke leveringsvorm zij de zorg willen ontvangen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
23	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Door de bezuinigingen op de tarieven terwijl tegelijkertijd de kosten sterk stijgen is het zeer waarschijnlijk dat dit zal leiden tot structurele exploitatieverliezen bij zorgaanbieders. Bent u bereid landelijk de discussie met partijen (VWS, NZa, ZIN, IGJ) te voeren over verlagen van de kwaliteit (lees inzet personeel) en de aanspraken van de client? Bent u met mij eens dat dit politieke keuzes zijn die niet kunnen worden afgewenteld op zorgaanbieders en professionals? Dit is het eerlijke verhaal naar de burgers!	Zorgkantoren zien de complexiteit waar zorgaanbieders mee te maken hebben en zijn met partijen in gesprek over deze thema's. De politiek gaat over keuzes die de Wlz aanspraken aangaan en de bezuinigingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.
24	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	De ministeries van VWS en OCW werken gezamenlijk aan de uitwerking van de afspraak in het regeerakkoord om te komen tot een betere financiering van zorg in onderwijstijd voor kinderen met complexe problematiek op scholen in het speciaal onderwijs cluster 3 en 4 (bron: Eindrapportage 2022 – Naar collectieve financiering van Zorg in Onderwijstijd, DSP & Oberon). Ditzelfde onderzoek benoemd dat er experimenteerruimte is voor zorgkantoren om Wlz-naturazorg anders te bekostigen en zorgaanbieders vooraf meer zekerheid te bieden dat de noodzakelijke zorg wordt gefinancierd. Zijn de Zorgkantoren bereid om deze experimenteerruimte onderdeel te laten van het nieuwe inkoopbeleid per 2024, de beweging naar een toekomstbestendige zorg waarbij er een passend zorgaanbod is georganiseerd voor complexe doelgroepen?	Voor de uitvoering van deze experimenteerruimte verwijzen wij naar de betreffende beleidsregel van de NZa.
25	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Zorgkantoren sturen op brede opschaling van digitale zorg en ondersteunen daarbij: wat is de bijdrage van het zorgkantoor en op welke wijze ondersteunt zij bij de brede opschaling hiervan?	In zijn algemeenheid kunnen zorgkantoren meepraten, meedenken aan zowel landelijke als regionale tafels, regionale partijen verbinden door bijvoorbeeld het delen van kennis en goede voorbeelden. Hoe zorgkantoren dit precies invullen leest u in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
26	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Complexe doelgroepen: dichtbij als het kan, verder weg als het moet (centralisatie). Wat betekent dit voor de cliënten? In hoeverre is er voor cliënten sprake van keuzemogelijkheid en binnen welke kaders?	Het is efficiënter en kwalitatief beter om intensievere en complexere zorg te concentreren om de ervaring en deskundigheid van medewerkers te bundelen. Dit kan betekenen dat deze expertise zorg verder van de thuisomgeving van de cliënt is georganiseerd. De keuzemogelijkheden voor de cliënt om de zorg dichtbij huis te verzilveren zijn hierdoor soms kleiner, maar daartegenover staat dat er goede expertisetzorg geboden wordt. De cliënt maakt samen met zijn naasten hierin een afweging wat voor hem of haar belangrijk is.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
27	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Op pag. 10. stelt u om de geschetste bewegingen te bereiken u gaat investeren in: • inzetten op de opschaling en ontwikkeling van innovaties; • zorg van goede kwaliteit inkopen, waarbij we aansluiten bij de eisen die vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de kwaliteitskaders worden gesteld; • zorgaanbieders ondersteunen bij de verduurzaming van de sector, waar- bij we de doelen van de Green Deal 3.0 onderschrijven; • aandacht hebben voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Hoe gaat u dit structureel aanjagen? Aangezien de financiële middelen hiervoor alleen in eenmalige gelden ter beschikking worden gesteld. Dit is niet voldoende om borging van de transitie in te zetten,	Voor deze ontwikkelingen zijn geen structurele middelen beschikbaar. Er zijn wel transitie-middelen voor de jaren 2022 tot en met 2026. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze u hier een beroep op kunt doen. Daarnaast wordt van een aantal ontwikkelingen verwacht dat zorgaanbieders dat financieren uit het reguliere budget.
28	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Hoe omschrijft u formele zorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Formele zorg is de zorg die vanuit de Wlz of andere domeinen wordt gefinancierd. Wij maken geen begrippenlijst, aangezien de meeste begrippen als bekend mogen worden verondersteld, of in de tekst worden toegelicht indien wij dat nodig achten.
29	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Dit kan worden geïnterpreteerd dat het in de toekomst mogelijk is dat als overheid verdere bezuinigingen in de zorg doorvoert en andere maatregelen niet meer werken, het richttarief percentage door zorgkantoren steeds verder kan/ zal worden verlaagd. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Het steeds verder verlagen van het zorgbudget in combinatie met stijgende kosten, zet de continuïteit van zorgorganisatie en het (willen) werken in de zorg steeds verder onder druk. Feitelijk zijn zorgorganisaties steeds bezig de bezuinigingen in het zorgbudget te repareren in plaats van bezig te zijn met de transitieopgave. In hoeverre mogen zorgaanbieders van het zorgkantoor verwachten dat zij dit soort tegenargumenten laten horen bij de overheid of is dat een rol die is weggelegd voor zorgaanbieders zelf en/of brancheorganisaties?	Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg. Zoals ook in de visie gesteld wordt dit een steeds grotere uitdaging door toenemende schaarste in personeel en financiële middelen. Het macrokader dat door de overheid beschikbaar wordt gesteld voor de langdurige zorg blijft de komende jaren stijgen, rekening houdend met demografische ontwikkeling en stijgende kosten. Tegelijkertijd wordt van de overheid wel verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren de gemiddelde kosten per cliënt verlagen om de langdurige zorg wel betaalbaar te houden. Dit is een uitdaging waar we met elkaar voor staan. Zoals ook in de visie benoemd vragen wij hiervoor van de overheid een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen.
30	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hebben de zorgkantoren vanaf 2024 te maken met een substantiële verlaging van hun budget voor de uitvoering van de Wlz? Kunt u daar inzicht in geven?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid of visie van de zorgkantoren op de langdurige en kunnen we derhalve niet beantwoorden.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
31	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In de Visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven. Dit wordt op een aantal plekken in de visie aangegeven en is wellicht een goed streven, ware het niet dat de consequenties daarvoor drukken op de zorgaanbieders. Komt er een moment dat de zorgkantoren niet meer gaan praten met de NZa en VWS (daarover wordt in de visie voldoende gezegd), maar formele (juridische) actie gaan ondernemen tegen NZa en VWS om aan te geven dat de (financiële) grenzen zijn bereikt? Kunnen we dat op korte termijn verwachten?	Wanneer zorgkantoren niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen binnen de hiervoor gestelde randvoorwaarden, te weten: het macro-kader en vereisten m.b.t wachtlijsten en/of kwaliteit gaan zij hierover het gesprek met VWS en de NZa aan.
32	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In de visie staan op pagina 13 een groot aantal mogelijkheden voor zorgkantoren om de benodigde ontwikkelingen te stimuleren en faciliteren. Dat is fijn, maar wij missen een grotere actieve bijdrage, die zeer gewenst is. Wij voorzien meer discussie met cliënten over de omvang en kwaliteit van de zorg, omdat wij – zoals wordt benadrukt in de visie – doelmatiger moeten worden met het oog op verlaging van de kosten per cliënt. In het rijtje 'wat mag een zorgaanbieder van de zorgkantoren verwachten' zien wij graag opgenomen dat het zorgkantoor beschikbaar is om vaker en intensiever partij te zijn in casuïstiek (wellicht soms conflicten) met cliënten. We doen het samen, dus als het leidt tot spanningen tussen zorgaanbieder en (naasten van de) cliënt zien wij graag dat het zorgkantoor een duidelijke advies en bemiddelingsrol op zich neemt. Gaat u die inzet vergroten? Zo nee, waarom niet?	Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd <a href="https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/">https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/</a> . Hierin kunt u lezen hoe het zorgkantoor haar rol ziet m.b.t. cliëntondersteuning.
33	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In de visie staat (pagina 13) dat de zorgkantoren zorgen voor een passende informatievoorziening richting cliënten, waarbij duidelijk moet zijn dat er meer verwacht wordt van naasten, het netwerk rondom de cliënt en de cliënt zelf. Hoe en wanneer gaan de zorgkantoren dat doen?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
34	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 14 beschrijft u wat gezamenlijk onder de aandacht gebracht wordt bij de overheid. Kunt u specifieker maken welke standpunten u heeft ten opzichte van de keuzes op aanspraken en toegang? Indien niet, staat u ervoor open om onder 'gezamenlijk' ook de zorgaanbieders te verstaan? En staat u open voor dialoog met zorgaanbieders over de inhoud van de te maken keuzes?	Zoals beschreven is dit een onderwerp waar wij graag over in gesprek gaan om dit onder de aandacht te brengen bij de overheid. Dit doen wij o.a. vanuit de signalen en geformuleerde knelpunten vanuit het veld. De gezamenlijkheid richt zich ook op de samenwerking met de zorgaanbieders o.a. in dialoog.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
35	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U geeft aan verschillende onderwerpen onder de aandacht te brengen bij de overheid. Wat wij nog missen is het onder de aandacht brengen van passende financiering voor de complexe zorg (VG7). Als VG aanbieder met een grote cliëntpopulatie met een VG7 vraagt dit blijvende aandacht. We verwachten dan ook dat u dit onder de aandacht blijft brengen van de overheid. Dit ondanks het huidige kostenonderzoek omdat ook in 2024 nog niet een passend en reëel tarief zal bestaan. Kunt u dit opnemen als actie bij bullet 1 en dit in de gesprekken met de overheid meenemen? Zo nee, kunt u uw besluit toelichten?	Inmiddels is er door VWS extra budget beschikbaar gesteld voor de VG7 doelgroep. Dit zien wij als een bevestiging dat dit onderwerp al onder de aandacht is bij de overheid. Wij streven ernaar dat dit zo blijft.
36	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Zorgkantoren wensen dezelfde transitie te maken die in het Sociaal Domein sinds 2015 ook is gemaakt. Heeft ZN gekeken naar de lessons learned die bij gemeenten hebben gespeeld? Zo ja, wat is daarmee gedaan? Zo nee, waarom niet?	Uiteraard hebben we deze transitie gevolgd en zijn we altijd bereid om te leren van vergelijkbare ontwikkelingen buiten onze invloedssfeer.
37	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Om de zorg, met name de intensieve zorg voor cliënten met onder andere een VG7, toegankelijk te kunnen blijven houden zal er wat aan de toegang gedaan moeten worden. We kunnen niet met minder geld meer mensen helpen met behoudt van kwaliteit als de instroom gelijk blijft. Welke rol ziet het zorgkantoor voor zichzelf om de toegang (lees: instroom van nieuwe cliënten) tot de Wlz in te perken?	Zoals beschreven in de visie op pagina 12, ligt de groei van het aantal Wlz indicaties buiten de invloedssfeer van het zorgkantoor. De zorgkantoren zijn hierom periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg.
38	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Vanuit de maatschappelijke opgave geeft u aan te sturen op verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Op welke wijze denken zorgkantoren hierop te kunnen sturen? Welke concessies zijn zorgkantoren bereid te maken met betrekking tot de toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren?	Zoals benoemd in de visie gaan wij de maatschappelijke verander-opgave graag als keten aan, waarvan wij als zorgkantoren een onderdeel van zijn. De komende jaren zullen wij hier in gezamenlijkheid invulling aan moeten geven.
39	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Er is een toenemende zorgvraag en tegelijk krijgt het Budgettair Kader Zorg te maken met kortingen uit het Regeerakkoord. Zorgkantoren hebben geen invloed op de toename van Wlz-indicaties, maar datzelfde geldt voor zorgaanbieders. Bent u het er mee eens dat VWS keuzes zal moeten maken in de toegang tot de Wlz? Zo ja, welke concrete stappen ondernemen zorgkantoren hierin?	Eens dat o.a. VWS keuzes zal moeten maken, om die reden is dit ook 1 van de onderwerpen die wij gezamenlijk bij de overheid onder de aandacht brengen.
40	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Er staat "zoeken we balans tussen enerzijds betaalbaarheid en anderzijds toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren". hoe gaan de zorgkantoren hier invulling aan geven?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
41	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op welke wijze en per wanneer gaan de Zorgkantoren cliënten informeren over hetgeen zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg? En ook op welke wijze gaan de zorgkantoren bestaande langdurige zorg cliënten informeren?	Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd <a href="https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/">https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/</a> . Hierin kunt u lezen hoe het zorgkantoor haar rol ziet met betrekking tot cliëntondersteuning.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
42	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de rol van het zorgkantoor en/of zorgverzekeraars bijvoorbeeld nieuwe initiatieven? Kunnen afspraken met preferente zorgverzekeraars of zorgkantoor ook gaan automatisch gaan gelden voor de andere zorgverzekeraars?	Bij nieuwe initiatieven denkt het zorgkantoor graag mee mits deze nieuwe initiatieven bijdragen aan o.a. de doelstellingen gesteld aan de regiotafel en de IZA tafel. Het lijkt ons verstandig om aan deze tafels verder te praten over de uitwerking en mogelijke gevolgen.
43	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U benoemt uw verantwoordelijkheid om binnen het budgettair kader te blijven. Is het uw rol ook niet te zorgen voor voldoende budgettair kader? Zo ja, welke acties onderneemt u richting VWS en zo niet, waarom niet?	Het is niet onze primaire rol om te zorgen voor voldoende Budgettair Kader. Zoals beschreven op pagina 12, zijn de zorgkantoren wel periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg en brengen wij in ieder geval de op pagina 14 genoemde onderwerpen onder de aandacht bij de overheid.
44	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Pagina 13 Nadrukkelijk uitnodigen tot omzetten van PGB naar Zorg in natura. Kunnen wij op korte termijn verwachten dat ook PGB instellingen aan dezelfde eisen moeten voldoen als WLZ instellingen?	Om in aanmerking te komen voor een contract met het zorgkantoor voor zorg in natura dient ook een pgb aanbieder te voldoen aan de gestelde voorwaarden.
45	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Pagina 14 (financiële) Prikkel opmerking geoormerkt WMO budget. Is het zorgkantoor al in gesprek met de gemeentes hierover?	Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Gemeenten zijn hier ook een onderdeel van.
46	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U schrijft: "Meepraten, -luisteren en -denken aan de landelijke tafels en met zorgaanbieders over alle relevante ontwikkelingen en uitdagingen in het veld." Over welke tafels hebben we het en zijn deze voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hieraan meedoet?	We bedoelen hiermee de regiotafels die voor de V&V al bestaan en voor de GZ en GGZ in oprichting zijn. Daarnaast bedoelen we ook de IZA tafels, hoewel voor de Wlz de nadruk in eerste instantie ligt op de regiotafels. Regiotafels zijn voor alle aanbieders toegankelijk.
47	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U schrijft; "De dialoog voeren met zorgaanbieders over het realiseren van een passend aanbod, de kwaliteit van de geboden zorg en de verwachtingen van zorgkantoren, bijvoorbeeld op het gebied van innovatie en duurzaamheid". Refereert het zorgkantoor hier naar de gesprekken die al gevoerd worden c.q. gepland staan met de aanbieder of zijn dit organisatie overstijgende gesprekken? Indien het laatste, is dit voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hier aan mee doet?	We refereren naar de individuele gesprekken met aanbieders, maar ook naar de regiotafels/transietafels in de regio. Deze laatste zijn voor alle aanbieders toegankelijk.
48	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	We stimuleren de inzet van zorg in de thuisomgeving (thuis als het kan). Hoe wordt de samenwerking van het Zorgkantoor met de zorgverzekeraars en mantelzorgorganisaties op dit thema vorm gegeven en waar is dit terug te vinden?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de zorgverzekeraars danwel mantelzorgorganisaties vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
49	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Aan de ene kant beschrijft de visie dat zorgkantoren een zorgplicht hebben. Aan de andere kant stelt VWS het Budgettair kader vast waarbij de balans tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid uitgangspunt is. Hoe denkt het Zorgkantoor in deze spagaat haar rol te kunnen pakken naar andere stakeholders als ZN, VWS, Zorgverzekeraars, etc. , wetende dat toegankelijkheid voor de WLZ een groot vraagstuk is.	Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op het toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken.
50	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hoe vindt samenwerking plaats tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
51	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U geeft hierbij aan In contractafspraken resultaatgericht sturen om de benodigde beweging te realiseren. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld?	Ieder zorgkantoor stuurt hier op een andere manier op. Hiervoor verwijzen wij u naar het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor.
52	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U geeft hierbij aan: In gesprek gaan over gezonde bedrijfsvoering met zorgaanbieders. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld?	Zoals benoemd in hoofdstuk 5.4 van de visie, zien de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering als een noodzakelijke voorwaarde om de gewenste transitie te bewerkstelligen. Hoe dit gesprek vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor in uw regio.
53	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt bij een complexer wordende doelgroep?	De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. Niet per specifieke doelgroep. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren.
54	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hoe vertaalt ZN/zorgkantoor de meerjarige duidelijkheid in het Budgettair Kader Zorg naar de zorgaanbieders naast de mogelijkheid voor meerjarige contractering?	Net als voorgaande jaren bestaat de mogelijkheid om een meerjarenovereenkomst te sluiten. Daarnaast hebben de zorgkantoren de mogelijkheid om ook meerjarige financiële afspraken te maken. Hoe daar invulling aan wordt gegeven vindt u in het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor.
55	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Wil ZN/zorgkantoor richting de overheid een adequate bekostiging onder de aandacht houden?	Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Adequate bekostiging is ook een onderwerp dat wij bespreken.
56	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In de landelijke visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven, zodat zij samen met zorgaanbieders bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Naast de taak om doelmatige zorg in te kopen, hebben zorgkantoren echter ook zorgplicht. Wij maken bezwaar tegen het uitgangspunt dat het Budgettair Kader Zorg leidend is voor het Zorgkantoor, waar dat de zorgplicht moet zijn. Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom zet u geen concrete acties richting VWS? Zo nee, waarom niet?	Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op de toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken. Een van deze rollen is deze uitdaging onder de aandacht brengen bij de overheid, zoals VWS en de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
57	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. We missen daarin hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars en de gemeenten (WMO) samenwerken. Wat mag ik als zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen genoemde partijen, bijvoorbeeld t.a.v. wijkverpleging, cliënten op de wachtlijst, eerstelijnszorg en sociale innovaties?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de gemeenten en de zorgverzekeraars vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
58	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Wat de zorgaanbieder betreft komt uw zorgplicht op de eerste plaats, ook wanneer de middelen in het Budgettair Kader Zorg onvoldoende zouden zijn. Bent u het daarmee eens?	Klopt, wij moeten voldoen aan onze zorgplicht.
59	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Kunnen er binnen de lopende periode nieuwe onderaannemers worden ingezet?	Ja dat is mogelijk mits wordt voldaan aan de geldende voorwaarden.
60	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In hoofdstuk 3 (pagina 12) staat dat de zorgkantoren hun verantwoordelijkheid pakken door in te zetten op doelmatigheid. "Concreet betekent dit dat we sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is." Door deze concrete aanpak legt u de oplossing of rekening bij de zorgaanbieders. Gaat u met cliënten(organisaties) in gesprek over verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt door in te zetten op doelmatigheid, waarbij de zorgkantoren sturen op minder uren per cliënt of verlaging van kwaliteit? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?	Als zorgkantoren zijn wij onderdeel van een keten die in zijn geheel aan de slag moet met de uitdaging om de zorg toegankelijk te houden. Dit kunt u lezen in de Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, maar ook in de Visie op Cliëntondersteuning die ook door de zorgkantoren in gezamenlijkheid is opgesteld: <a href="https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/">https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/</a> .
61	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Gezien de inflatie, stijgende energieprijzen en investeringen die gewenst worden, lijkt een verlaging van kosten niet realistisch. Wilt u een realistischer beeld schetsen of aangeven hoe u denkt dat dit haalbaar is?	De verlaging van gemiddelde kosten per cliënt, zal altijd ook afgezet worden tegen de verschillende NZa tarieven. Inflatie e.d. wordt in deze tarieven verwerkt. Investeringen behoren tot een gezonde bedrijfsvoering. Daarnaast valt dit onder de beweging en deze kost tijd. Resultaten van deze beweging zullen we dan over een realistisch termijn verwachten.
62	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Inzet op sturen verlaging gemiddelde kosten per cliënt. Welke norm hanteren zorgkantoren en hoe komt deze norm tot stand?	De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren en zijn op dit moment hiervoor de uitgangspunten aan het formuleren.
63	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	De teksten hier opgenomen zijn nagenoeg gefocust op doelmatigheid en betaalbaarheid. Is de zorgplicht van het zorgkantoor niet meer van belang? Hoe ziet u dat?	Het vertrekpunt is de zorgplicht, nu en in de toekomst. Om hieraan te blijven voldoen, vraagt dat van ons om nu te sturen op onder andere doelmatigheid en betaalbaarheid.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
64	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	U stelt dat samenwerking over de domeinen heen noodzakelijk is voor toekomstbestendigheid van de zorg. Hoe ziet u dat precies voor u? Overweegt u ook om het inkoopbeleid van thuiszorg en intramurale zorg te combineren zodat een grote administratieve lastenverlichting gerealiseerd kan worden?	Experimenten zoals sociale benadering dementie tonen aan dat samenwerking over de domeinen heen ertoe leidt dat klanten minder zorg consumeren, later in de Wlz komen en mogelijk wel helemaal niet in de Wlz komen. Per saldo zijn we dan minder zorguitgaven kwijt en nog belangrijker ervaren klanten meer welzijn omdat ze langer in hun oude vertrouwde omgeving kunnen blijven. Door de splitsing in wetten en verantwoordelijkheden is het niet mogelijk om gezamenlijk inkoopbeleid te maken.
65	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Pag. 12 Op deze pagina staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per client zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Het zorgkantoor verlaagt het richttariefpercentage om daarmee o.a. deze doelstelling te behalen. Een verlaging van de gemiddelde kosten wordt ook gerealiseerd door in te zetten op scheiden wonen en zorg. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Hoe heeft het zorgkantoor in haar beleid rekening gehouden met deze kostenverlaging in relatie tot de vaststelling van het richttariefpercentage? Kan het zorgkantoor aangeven wanneer een tarief doelmatig is, dus wanneer het doel bereikt is, dan wel de andere kant, dat de kwaliteit van zorg niet meer geborgd wordt? En, hoe ziet het zorgkantoor dit in relatie tot het voldoen aan kwaliteitseisen van o.a. de IGJ?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
66	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hetgeen u onder de aandacht brengt bij de overheid is vrijblijvend geformuleerd. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u al die punten onder de aandacht gaat brengen?	Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
67	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Het laatste punt in de opsomming over "De (financiële) prikkels in het systeem die de gewenste beweging stimuleren. Bijvoorbeeld een geoormerkt WMO-budget en eigen bijdragen die stimuleren dat cliënten passende zorg kiezen" Wij zien daar in het regionaal inkoopbeleid niets van terug. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u dit gaat bewerkstelligen? Kunt u concretiseren wat er van ieder zorgkantoor daarin wordt verwacht en hoe dit tot uiting moet komen in het regionaal inkoopbeleid? Hoe koppelt u eventuele resultaten terug aan de zorgaanbieders?	<p>Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen.</p> <p>Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.</p>
68	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	In welke mate gaan eventuele doelmatigheidsafspraken voor de WLZ in de toekomst negatieve gevolgen hebben voor de huidige bedrijfsvoering op de bestaande VPT locaties?	Doelmatigheid en gezonde bedrijfsvoering staan naar het oordeel van de zorgkantoren niet op gespannen voet met elkaar. Onder een gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen. Een doelmatigheidsafpraak kan dit ook stimuleren.
69	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. Daarin staat niets opgenomen over hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars bijvoorbeeld ten aanzien van de contractering van wijkverpleging en huisartsenzorg?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
70	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hoe wordt de focus op het vlak van kwaliteit aangepast door het Zorgkantoor?	In hoofdstuk 5 van onze visie nemen wij u uitgebreider mee in ons standpunt op kwaliteit. Dit standpunt nemen wij ook mee in de gesprekken die wij voeren met overheidsinstanties, zorgaanbieders en in onze informatievoorziening richting cliënten. Hiermee verleggen wij de focus op het vlak van kwaliteit.
71	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	blz. 12 beschrijft wat zorgaanbieders van zorgkantoren mogen verwachten. Daar staat niets opgenomen hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars, bijv. in samenwerking m.b.t. Elv/Grz en doorstroom naar Wlz.	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
72	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	blz. 14 hoe ziet de ondersteuning van de mantelzorg eruit? Bij wie brengt u dat onder de aandacht? Met welk doel?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. De zorgkantoren zien dat mantelzorg een onderdeel kan zijn van de beweging naar zelf en thuis als het kan. Hoe dit verder per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
73	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Op welke wijze ondersteunen de zorgkantoren mantelzorgers?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
74	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Wat zijn de criteria waaraan "voldoende verpleegzorgcapaciteit" moet voorzien? Welke rol spelen wachtlijsten en demografie hierbij?	Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO.
75	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Hier staat dat bij de overheid onder de aandacht wordt gebracht dat er sprake moet zijn van een realistisch meerjarig financieel kader met ruimte voor doelmatige reële tarieven. Hoe rijmt dit het verlagen van het richttariefpercentage in relatie tot de stijgende kosten voor personeel (Cao) en inflatie?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat wij onder de aandacht brengen bij de overheid. Dit doen wij vanuit o.a. de signalen in het veld. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven, hieronder vallen ook de invloed van CAO en inflatie.
76	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3. Rol van zorgkantoren	Wat is de definitie van voldoende verpleegzorgcapaciteit? Wij stellen voor om een definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO.
77	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Met de programma's WOZO en wonen en zorg voor ouderen is landelijk een beweging op gang gezet om deze uitdagingen het hoofd te bieden." Voor zorgaanbieders is de inzet van WOZO middelen voor het maken van de transitie van groot belang. De inzet van de WOZO middelen is echter onvoldoende transparant. Kan dit verduidelijkt worden?	Het ministerie van VWS heeft voor de jaren 2022-2026 regionale transitie middelen beschikbaar gesteld om de beweging van scheiden wonen- zorg voor de ouderenzorg te stimuleren. Het is aan het betreffende zorgkantoor om verduidelijking te geven over de inzet van deze middelen.
78	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe gaat het zorgkantoor om met het borgen van kwalitatief goede WLZ-zorg? Wanneer verwacht u dat ontwikkelingen als "het formaliseren van de informele zorg" en "bekwaam is bevoegd" daadwerkelijk de nieuwe norm kunnen zijn? Dit betekent namelijk ook dat wij als zorgaanbieder naar een andere personele samenstelling kunnen kijken, waardoor we wellicht minder dure ZZP-ers hoeven in te zetten. Dan komen opgelegd kortingen op de tarieven weer heel anders over. Graag uw mening hierover.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
79	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij ondervinden veel administratieve lasten door het ontbreken van een vertaaltabel VV-GGZ en vice versa. Het geeft veel administratieve lasten om makkelijk op- en af te schalen tussen beide grondslagen. Komt er een uitbreiding van de vertaaltabel met VV-GGZ? Zo ja per wanneer kunnen wij hier gebruik van maken? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Deze vraag gaat niet over de landelijke visie op zorginkoop. Wij adviseren u deze vraag met uw zorgkantoor op te nemen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
80	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	We hebben in de Wmo gezien dat je in de uitvoering vastloopt op een gebrek aan bepaalde "afdwingbaarheid" bij klanten. Als klant en zijn/haar omgeving niet bereid zijn tot, wordt alsnog professionele ondersteuning ingezet. De Wmo zoals deze primair bedoeld is komt daardoor maar beperkt tot uitvoering en blijven de instroom en kosten onverminderd hoog. Op welke wijze zou dit in de WLZ dan wél mogelijk zijn om hierin resultaten te behalen, lees: minder inzet van uren professionele ondersteuning/hulp. Hoe gaat het Zorgkantoor hier vorm aan geven, samen met het CIZ en de aanbieders?	Zorgkantoren herkennen het belang dat goed invulling wordt gegeven aan de zorg en ondersteuning in alle sectoren en de relatie tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Zorgkantoren zijn hierover met partijen in gesprek, onder andere in het kader van de IZA en de WOZO.
81	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders blijven innoveren, investeren ten gunste van de uitgangspunten in de visie? Aan de ene kant wordt dit verwacht, aan de andere kant wordt administratieve lastendruk verhoogd en tarieven verlaagd.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
82	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Ten aanzien van betaalbaarheid; waarom volgt het zorgkantoor niet de lijn van de gemeentes, waarin inzet van PNIL bij levering WMO contractueel verboden wordt?	Zorgkantoren sluiten geen contract met zorgverleners, dat doen de zorgaanbieders. Zorgkantoren zijn wel met partijen in gesprek om een oplossing te zoeken in relatie tot de betaalbaarheid.
83	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Betaalbaarheid: er verdwijnt zorggeld in winstuitkeringen. Heel veel particuliere initiatieven/ PGB aanbieders leveren zorg aan de ouderen die later bij de V&V worden aangeboden (wanneer zorgvraag toeneemt). Wij nemen deze ouderen over tegen hetzelfde tarief, maar met zoveel meer kwaliteits- en verantwoordingseisen. Waarom hoeven de particuliere initiatieven niet te voldoen aan dezelfde eisen als aanbieders V&V zodat dit wordt voorkomen?	Wij delen uw zorgen, maar zorgkantoren hebben hierin geen rol omdat budgethouders zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die zij met het PGB inkopen.
84	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe gaat ZN/zorgkantoor aan de cliënten met een Wlz-indicatie duidelijke kaders scheppen rondom de keuzemogelijkheden en -onmogelijkheden?	Het vaststellen van de Wlz aanspraken en de verschillende leveringsvormen die mogelijk zijn om de geïndiceerde zorg te verzilveren behoort niet primair tot de verantwoordelijkheid van zorgkantoren. Zorgkantoren zijn wel in gesprek met partijen om te bekijken welke kaders noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te maken.
85	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Klant-werkgebied ratio: (versnippering voorkomen en samenwerken optimaliseren) blijft er voldoende ruimte voor identiteitgebonden zorg.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
86	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Beperking intramurale zorg, zoveel mogelijk thuis. Hebben de zorgkantoren daarbij rekening gehouden met de personele formatie? Niet iedere intramurale medewerker wil extramuraal werken. Verschuiving is dus niet vanzelfsprekend. Raken we daardoor niet nog meer mensen kwijt?	De bestaande capaciteit van intramurale zorg wordt niet beperkt. Alleen de groei die nodig is in verpleegzorg de komende jaren zal grotendeels plaats vinden in de extramuraal setting. Personeel zal dus niet noodzakelijk van intramuraal naar extramuraal hoeven te verschuiven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
87	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Gepromote netwerkversterking toepassen: komt dat voldoende terug in de werkprocessen van het indicatieproces?	Deze vraag heeft geen betrekking op de landelijke visie op de langdurige zorg.
88	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Eigen regie cliënt blijft benadrukt worden: passende zorg bieden we steeds meer maar is een keer uitgeput. Daarnaast: Spelen de zorgkantoren in op de financiering en facilitering om het netwerk te versterken (veel familieleden /netwerkleiden moeten werken?)	De vraag is onvoldoende duidelijk. De financiering en facilitering om het netwerk te versterken is een taak die binnen het domein van de Wmo ligt.
89	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe is de systeemfunctie ongeplande nachtzorg meegenomen? Gemiddeld % van cliëntenbestand wordt verrekend. Dat kan de zorg onnodig duur maken. Is het uitgaan van mogelijk geïndiceerde nachtzorg door de wijkverpleegkundige niet beter wanneer geen netwerk beschikbaar is? De meeste cliënten ontvangen nooit nachtzorg.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Deze vraag is te specifiek voor het visiedocument en afhankelijk van de context van de regio van het zorgkantoor. We verwijzen dan ook naar het inkoopbeleid van het desbetreffende zorgkantoor.
90	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Wij missen hier de rol van de verpleegkundig specialist. Kan de verpleegkundig specialist een expliciete plaats krijgen in het beleid? En hoe wordt de financiering van de verpleegkundig specialist geregeld?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. De financiering van de verpleegkundig specialist maakt onderdeel uit van de NZa-beleidsregels.
91	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe wordt geborgd dat onze Cliënten die identiteitsgebonden zorg vragen en van ons afnemen, dit in de toekomst ook kunnen blijven ontvangen?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
92	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Het Zorgkantoor stuurt er op om Zorg In Natura (ZIN) te stimuleren. Kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij deze beweging voor hun zien? Is hier voor een ZIN aanbieder ook een rol in weggelegd?	Zowel in de visie op de langdurige zorg als in het uitgewerkte inkoopbeleid van de zorgkantoren kunt u teruglezen op welke wijze zorgkantoren dit voor ogen hebben. Voor zorgaanbieders is daarbij een belangrijke rol weggelegd. Het zorgkantoor zal hierover graag met u in gesprek gaan.
93	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Pg 18 laatste zin: " Zorgkantoren leggen de keuzemogelijkheden duidelijk uit aan hun cliënten en maken afspraken met zorgaanbieders over de rol van de zorgaanbieders hierin." Kan ZN deze rol van de zorgaanbieder bepalen? Wat is de grondslag daartoe in de Wlz of onderliggende beleidsregels?	Wij vinden het een vanzelfsprekendheid dat zorgaanbieders de cliënten goed informeren over de keuzemogelijkheden op het moment dat met de client wordt besproken wat een passend zorgaanbod is.
94	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Regionale samenwerking realiseren kost tijd en geld. Daar zou in geïnvesteerd moeten worden om in de toekomst te kunnen besparen. We zien in het inkoopbeleid niet terug dat u wilt investeren om in de toekomst te besparen. Kennelijk wilt u die last bij de zorgaanbieders neerleggen, maar die hebben daar ook geen ruimte voor in deze tijd waarin kosten stijgen en lagere vergoedingen worden ontvangen. Hoe zit u dit voor zich?	Er zijn transitie-middelen beschikbaar voor de jaren 2022 tot en met 2026, waarmee deze ontwikkelingen gefinancierd kunnen worden. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze u hier een beroep op kunt doen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
95	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Mantelzorg is steeds minder beschikbaar (afnemend aantal mensen) en ook de individualisering neemt toe. Hoe ziet u voor zich dat wij de informele zorg en mantelzorg organiseren?	Zorgkantoren zien dat de capaciteit van informele zorg in het algemeen onder druk staat. Het is echter nodig om de capaciteit die wel aanwezig is zo goed mogelijk te benutten. Het is een brede maatschappelijke beweging die gemaakt moet worden om duidelijk te maken dat de zorg niet zonder de inzet van mantelzorger en vrijwilligers kan, omdat de beroepsbevolking afneemt.
96	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe is dit volgens u te rijmen met de genoemde individualisering welke op blz. 28 is genoemd?	De vraag is onvoldoende duidelijk.
97	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	De ontwikkeling naar andere passende voldoende woonvormen is een belangrijke voorwaarde voor de beweging naar 'thuis als het kan'. Deze woonvormen zullen niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Hoe zorgt u er voor dat de beweging toch ingezet kan worden? Wat verwacht u daarin van zorgaanbieders?	De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. Daarnaast zijn zorgkantoren met lokale partners in gesprek om de beweging op een goede manier vorm te geven.
98	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	De zorg instellingen dienen nauw samen te werken aangaande passende zorg met de verschillende domeinen. Hoe kijkt u aan tegen de samenwerking tussen het zorgkantoor en de diverse zorgverzekeraars in dit verband daar hierover niets beschreven staat en dit ook een grote invloed heeft?	Zorgkantoren en zorgverzekeraars werken in het kader van passende zorg met partners samen om de beweging vorm te geven.
99	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Er staat niets beschreven over hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kunnen wij verwachten over de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars?	Zorgkantoren werken met partijen samen om de zorg toekomstbestendig te maken. Daarin is ook de samenwerking met zorgverzekeraars geborgd.
100	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Dit document is sterk gefocust op de doelmatigheid en betaalbaarheid van langdurige zorg. Wij vinden dat de zorgplicht van zorgkantoren echter veel belangrijker is. Bent u het hiermee eens? Zo ja, welke concrete stappen onderneemt u? Zo nee, graag uw toelichting.	Zorgkantoren zien de toegankelijkheid van zorg net als betaalbaarheid- en kwaliteit van zorg als cruciaal aspect. Zorgkantoren werken met partijen samen om ervoor zorg te dragen dat alle aspecten voldoende worden geborgd.
101	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Er is een groot tekort aan levensloopbestendige woningen. Als MPT en VPT daarmee niet of onvoldoende tot de mogelijkheden behoren, dient het de zorgaanbieders niet aangerekend te worden dat de beweging naar meer MPT en VPT niet mogelijk is. Hoe houdt u hier rekening mee?	De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. De rol van zorgaanbieders in de keten wordt in relatie tot het grotere geheel bekeken.
102	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	blz. 17 'een recht op een woning waar passende zorg geleverd kan worden, vraagt een grote inzet vanuit de Wmo en Zvw. Hoe ziet deze samenwerking eruit vanuit het zorgkantoor?	Zorgkantoren zijn als partij betrokken bij de uitvoering van het Programma Wonen en zorg voor ouderen. In overleg met de aangesloten partijen worden afspraken gemaakt over de realisatie van de gemaakte afspraken.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
103	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Er staat: "Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun aanbod aanpassen...". Wat wordt hiermee bedoeld? Willen de zorgkantoren dat wij uitbreiden of zorg afstoten?	Wij bedoelen hiermee dat het zorgaanbod op meerdere gebieden moet worden aangepast. Dit hangt voor een belangrijk deel samen met de kanslijnen opgenomen in het landelijk akkoord VGN-ZN. De inhoud van deze kanslijnen vragen om een aanpassing van het zorgaanbod. De kanslijnen worden verder toegelicht in deze paragraaf. Meer toelichting over de kanslijnen vindt u op de website van VGN.
104	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Op pagina 21 geeft u bij kanslijn 4 aan dat er voldoende betaalbare sociale huurwoningen moeten zijn. Vanwege de krapte in de huizenmarkt ligt hier een grote uitdaging. Welke rol ziet het zorgkantoor hier voor zichzelf in weggelegd om bij te dragen aan het voldoende beschikbaar hebben van betaalbare sociale huurwoningen? Zodat de door u geschetste beweging vanuit kanslijn 4 voortgang kan behouden.	De omslag naar extramuralisering is ingewikkeld en vraagt om creativiteit. Hierbij verwachten wij van zorgaanbieders dat zij bij voorkeur gezamenlijk in een regio op zoek gaan naar passende oplossingen zoals, in gesprek met woningbouwcorporaties, gemeentes of investeerders. Eveneens kan het gesprek gevoerd worden met cliënten om de mogelijkheden te verkennen om de huidige woonvorm via een andere leveringsvorm te financieren. Het zorgkantoor kan bij deze gesprekken aanwezig zijn. Verder willen wij u er op wijzen dat er per kanslijn een leertafel opgezet wordt om te faciliteren dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren en vragen kunnen stellen. Meer informatie vindt u op de website van VGN.
105	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	U stelt dat een nieuwe invulling van zorg nodig is. Dit hangt wat ons betreft nauw samen met de dialoog over kwaliteit (zie pagina 14 bullet 6) en wat 'zorg' is. Kunt u aangeven wat wordt verstaan onder 'zorg'?	Wij kunnen deze vraag gesteld door een Wlz gecontracteerde zorgaanbieder niet serieus nemen. Wij verwijzen dan ook naar de Wet langdurige zorg en/of het Wlz zorgkompas op de website van het Zorginstituut.
106	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	De toegankelijkheid van complexe en intensieve zorg in de VG staat onder grotere druk dan de reguliere zorg. Als zorgaanbieder kunnen we ons zorgaanbod aanpassen. Maar er zijn externe factoren (vergoeding VG7, PNIL-kosten) waarop een aanbieder weinig invloed heeft maar die wel randvoorwaardelijk zijn in de levering van complexe zorg. Welke rol nemen zorgkantoren in bij de factoren die door een zorgaanbieder niet te beïnvloeden zijn?	In de meeste gevallen is het zo dat zorgkantoren ook geen invloed hebben op de externe factoren, zoals bijvoorbeeld de PNIL, aangezien zij afhankelijk zijn van politieke besluitvorming. Wij kunnen deze factoren met elkaar verkennen en waar nodig meenemen naar de landelijke overlegtafels. Over de vergoeding van de VG7 is in de regionale Nota van Inlichtingen nieuw beleid opgenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
107	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Zorgkantoren geven aan betere informatievoorziening aan nieuwe klanten te bieden. Als eerste contact zijn wij van mening dat het zorgkantoor een belangrijke informerende functie heeft bij nieuwe klanten. Bent u het er mee eens dat het zorgkantoor hierbij ook de leveringsvormen, inzet van het netwerk en het verwachtingsmanagement t.a.v. kwaliteit dient te bespreken? Zo ja, hoe wordt dit ingericht en geborgd?	Wij zijn het met u eens. Zorgkantoren instrueren de medewerkers die contact hebben met de cliënten over deze thema's, zodat zij dit kunnen meenemen in het gesprek met de cliënt.
108	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	De kosten van de langdurige zorg overstijgen de kosten vanuit de ziekenhuizen en wijkverpleging. Hierdoor komt de betaalbaarheid van zorg steeds meer onder druk. Ambulantisering (VPT/MPT) lijkt als oplossing te worden gezien voor het verminderen van de uitgaven. In de ouderenzorg begrijpen we deze inzet vanwege het eigen vermogen dat klanten hebben. Binnen de gehandicaptenzorg maken wij ons hierover zorgen. Enerzijds vanwege de inkomenspositie van klanten en anderzijds vanwege de krappe woningmarkt. Daarnaast is voor ons onvoldoende duidelijk of inzet van VPT/MPT daadwerkelijk tot een kostendaling leidt of dat mogelijk zelfs duurder is omdat kosten op een andere plek gemaakt worden. Is de inzet op ambulantisering in de gehandicaptenzorg gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek of gaat het hier om aannames. Graag ontvangen wij dan de link naar het onderzoek. Indien er geen onderzoek is naar ambulantisering en de kosten/baten in de gehandicaptenzorg verzoeken wij u deze alsnog te laten doen.	Wij hebben onze visie niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In het landelijk akkoord hebben zowel ZN/Zorgkantoren als VGN/Zorgaanbieders vastgelegd dat de beweging naar ambulantisering gemaakt moet worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij merken wij op dat dit geen verplichting is voor iedere cliënt, maar dat de mogelijkheden moeten worden onderzocht voor de cliënten die het willen en waarbij het kan om de zorg op andere wijze in te vullen. Voor meer informatie over het landelijk akkoord en de kanslijnen verwijzen wij u naar de website van VGN.
109	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Kan het Zorgkantoor het verband tussen IZA en GALA aangeven met betrekking tot de gehandicaptenzorg?	In bijlage 1 van het GALA vindt u een uitgebreide toelichting op de verbinding tussen beide akkoorden en wat dit betekent voor de gehandicaptenzorg.
110	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Hoe kijkt ZN naar de grote regionale verschillen tussen de verschillende zorgkantoren en diens individuele beleid? Bijvoorbeeld het kortingspercentage m.b.t. VG3 en VG4 voor het NHC/NIC component voor de CZ zorgkantoor regio. Immers de verschillen per zorgkantoor (over regio's heen) die niet zijn gebaseerd op regionale verschillen zijn ongewenst. Het leidt namelijk tot ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.	Zorgkantoren hebben gezamenlijk een transparant tariefmodel opgesteld voor de onderbouwing van de tarieven. In het eigen inkoopbeleid werken de zorgkantoren de tariefsystematiek verder uit. Dat geeft ruimte voor maatwerk en differentiatie zodat kan worden gestuurd op het behalen van de in de inkoopvisie gestelde doelen van het betreffende zorgkantoor en het realiseren van de gewenste beweging in de regio. Er is naar onze mening geen sprake van ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.
111	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Sluiten de Zorgkantoren voor wat betreft kanslijn 1 uit het landelijk akkoord van VGN en ZN aan op de Visie 2030 en Lab 2030 van de VGN met betrekking tot vernieuwing in dagbesteding?	De uitkomsten uit Lab 2030 over 'vernieuwing dagbesteding' kunnen ter inspiratie worden meegenomen bij de uitvoering van kanslijn 1 uit het landelijke akkoord. Deze past namelijk goed binnen kanslijn 1: Betekenisvolle daginvulling

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
11 2	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicapten zorg	Wij hebben een grote groep LVG (1-3) jongeren in zorg. De zorg voor deze jongeren is strak ingekaderd. Deze inkadering en bijbehorende voorwaarden die gesteld worden aan het leveren van deze zorg maakt hij (bijna) onmogelijk om afwijkende zorgafspraken te maken. VPT en MPT is bijvoorbeeld niet mogelijk terwijl dit wel heel passend kan zijn (passende zorg). Is deze doelgroep en de problematiek waar zij tegen aanlopen wel voldoende in beeld bij ZN?	Deze doelgroep en de problematiek is in beeld bij de zorgkantoren. Hierover schrijven wij in dezelfde paragraaf van de visie het volgende " We zijn ons ervan bewust dat deze beweging niet voor alle doelgroepen in de GZ mogelijk is. Door te werken aan de ambities van de kanslijnen, ontstaat er meer ruimte voor de zorg aan mensen met een intensievere, veelal intramurale, zorgvraag. Dit is nodig, omdat we zien dat het voor de meest complexe zorg moeilijk blijft om voldoende passend aanbod beschikbaar te hebben. Zorgkantoren spannen zich daarom naast de kanslijnen ook in om de komende jaren samen met de zorgaanbieders in de regio passend aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep. Waar nodig stemmen zorgkantoren en zorgaanbieders dit landelijk met elkaar af."
11 3	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.3 GGZ	Organisatie van zorg: Kunnen we hieruit opmaken dat de GGZ-B pakketten blijven bestaan? In eerdere berichtgeving werd aangegeven dat de GGZ-B pakketten in de toekomst zouden verdwijnen. GGZ Drenthe gebruikt de B-pakketten bij herstelgerichte zorg. Zou u uw antwoord willen motiveren?	Wij hebben voor nu geen aanwijzingen dat de indicaties GGZB verdwijnen.
11 4	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	In uw beleid is sprake van toenemende vereisten die niet in de NZA kostprijs zijn opgenomen. Wij noemen hierbij doch niet uitsluitend de 3 toepassing zorgtechnologie, KICK-V, Duurzaamheid, toename van opname kosten/ leegstandskosten door verhoogde omloopsnelheid vanuit extramuralisatie VV4 en wellicht ook VV5. Hiertegen maken wij bezwaar.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Wij passen ons beleid en voorwaarden hier niet op aan.
11 5	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Halen de zorgkantoren actief bewezen innovaties op bij zorgaanbieders of dienen zorgaanbieders zelf proactief te zijn in het delen van volgens hen bewezen innovaties?	Zorgkantoren zetten zich actief in voor het ophalen en opschalen van innovaties. Dat laat onverlet dat zorgkantoren ook graag rechtstreeks van zorgaanbieders horen welke bewezen innovaties veelbelovend zijn.
11 6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Deze is echter met haar inzet vooral ook ingestoken op de Zvw. Hoe wordt dit kenniscentrum voor de klanten voor de Wlz gezien?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Ook de Wlz maakt hier onderdeel van uit.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
117	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Vilans heeft een landelijke Kennisbank Digitale Zorg. Waarom kiest ZN voor een eigen Kenniscentrum in plaats van aan te haken bij de landelijke Kennisbank vanuit Vilans? Wij verzoeken u tot samenwerking, dan wel samenvoeging, met de Kennisbank van Vilans vanwege administratieve lastenverlichting. Graag ontvangen wij uw gemotiveerde besluit.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Met het landelijk platform wordt, zoals in het IZA geformuleerd, beoogd dat verschillende partijen samenwerken in het stimuleren van de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties.
118	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Er wordt een lijst met bewezen innovaties aangemaakt. Worden deze innovaties via wetenschappelijke onderzoek of middels practice based onderzoek toegevoegd aan de lijst bewezen innovaties? En worden in deze onderzoeken de kosten- en batenanalyses meegenomen?	De innovaties worden via het zorgtransformatiemodel beoordeeld. Meer informatie is te vinden op de website van het Kenniscentrum Digitale Zorg.
119	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Het klinkt theoretisch logisch om niet 'het wiel opnieuw uit te vinden', maar vaak blijkt dat je er juist in een (regionale) context achter komt aan welke kar je dat wiel moet zetten en hoe je dat wiel onderhoudt en hoe je het vervangt als het stuk is etc. etc. Dat (saaie) deel van implementatie moet telkens (gedeeltelijk) opnieuw en is kostbaar. Welke rol kan het zorgkantoor daarin spelen?	Zorgkantoren hebben een regionale functie en halen veel waardevolle informatie op die zorgaanbieders kunnen gebruiken bij de implementatie van een innovatie. Zorgkantoren wisselen onderling ook ervaringen uit. Daarnaast zijn zorgkantoren aangesloten op het Kenniscentrum Digitale Zorg wat zich doorontwikkeld tot een landelijk platform. Het implementatievraagstuk is onderdeel van de werkwijze.
120	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Het is onbekend welke innovaties op de lijst komen te staan, en welke voor ons bruikbaar zijn d.w.z. op enige wijze rendabel zijn mede gezien de strategische keuze voor cliënten met een (zeer) complexe zorgvraag? Worden wij gehouden aan implementatie ondanks dat een bewezen innovatie voor onze zorgorganisatie niet kan worden terugverdiend?	Waardebepaling is onderdeel van het bewezen maken van innovaties. Dit is zowel op o.a. inhoudelijk als financieel aspect. De implementatie van bewezen innovaties is verder uitgewerkt in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
121	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Onder het kopje "Wat verstaan we onder innovatie en implementatie" schrijft u: "Wanneer een innovatie bewezen effectief is (onder andere conform het kader Passende zorg van ZiNL en het Nationaal Platform digitale zorgtransformaties), wordt deze opgeschaald en geïmplementeerd bij zorgaanbieders die geen deel hebben uitgemaakt van de innovatiefase." Betekent dit dat alle bewezen effectieve innovaties een verplichting zijn om te implementeren? Een bewezen innovatie hoeft niet voor iedere organisatie passend te zijn. Bent u bereid hierover in gesprek te gaan en met individuele aanbieders passende afspraken over te maken?	We gaan uit van het "pas toe en leg uit" principe. Indien u van mening bent dat een bewezen innovatie niet passend is voor de Cliënten waaraan u zorg levert, kunt u hierover in gesprek gaan met uw zorginkoper.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
12 2	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Wanneer kan het zorgkantoor inzicht geven in de thema's met bewezen innovaties? Dit lijkt ons van groot belang als het gaat om de invoering van de Common Practices.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
12 3	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Wanneer gaat u helderheid geven van uw overzicht van bewezen innovaties en bent u zich er van bewust dat we vanuit onze eigen professionele expertise gebruik maken van diverse kenniscentra?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Andere kenniscentra kunnen een aanvulling zijn voor het kenniscentrum digitale zorg.
12 4	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	U schrijft in de visie met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht zullen leveren van thema's met bijbehorende bewezen innovaties. Op dit moment bestaan er verschillende 'overzichten' in de sector, (o.a. Vilans en Kenniscentrum Digitale Zorg) Kunt u aangeven op welke wijze en wanneer u helderheid gaat verschaffen over het overzicht dat zorgkantoren gaan genereren?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
12 5	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Wordt de implementatie en borging financieel ondersteund?	De implementatie en borging is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
12 6	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	De focus op digitale zorg is helder en steunen wij volledig. Wij missen de financiering voor de kosten van de inzet van digitale zorg, zoals Mobilecare. Wij maken bezwaar tegen het feit dat de kosten voor digitale zorg niet gefinancierd worden.	De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
12 7	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Op blz. 25 staat: ".. daarbij willen we "VOORAL" inzetten op arbeidsbesparende innovaties . Wat is het nu?	We zetten in op de implementatie van innovaties in de zorg, waarbij arbeidsbesparing extra aandacht krijgt.
12 8	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Waar kunnen we de betreffende digitale vindplaats (etalage) vinden?	Meer informatie kunt u vinden op de website van het kenniscentrum digitale zorg.
12 9	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Hoe worden zorgaanbieders geïnformeerd over niet geslaagde innovaties en bijhorende reden van niet slagen?	Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
130	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Op welke manier zorgen de zorgkantoren ervoor dat niet op meerdere plekken het wiel wordt uitgevonden? En op welke manier communiceren ze hierover met de zorgaanbieders?	Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt.
131	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Combinatie innoveren en zorgvuldig opschalen zorgt voor succesvolle verandering!: dit vraagt ook inzet en dus tijd en capaciteit van onze (zorg)medewerkers. Hoe ziet u voor zich dat wij deze (zorg)medewerkers vrijspelen met deze krappe bezetting?	Het is aan de zorgaanbieder om hierin een zorgvuldige afweging te maken zodat wordt voldaan aan de doelstellingen van de langdurige zorg.
132	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Het onderbouwen van innovaties vereist zorgvuldig onderzoek. Samenwerking met alleen zorgaanbieders is onvoldoende, er is (juist) ook samenwerking met kennispartners is nodig. Hoe krijgt dat vorm? Kent u de methodiek weten wat werkt voor onderbouwen meerwaarde technologie?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg maakt gebruik van het zorgtransformatiemodel.
133	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	U benoemt de landelijke programma's die van belang zijn voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg. - Welke financieringsmogelijkheden onderkent u hierbij? - Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is?	De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
134	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Welke bewezen effectieve innovaties ziet het zorgkantoor voor zich, wat houden deze in en op welke wijze zorgen ze voor tijdsbesparing? Het lijkt erop dat innoveren en veranderen met elkaar verward worden door het zorgkantoor. Om effectief te veranderen moeten we deze veranderingen zo concreet mogelijk maken en op basis daarvan het gesprek voeren.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Waardebepaling, waaronder tijdsbesparing is een onderdeel van het zorgtransformatiemodel wat het kenniscentrum toepast voor bewezen innovaties.
135	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	blz. 26 Kunt u uitleggen wat u met het principe pas toe of leg uit bedoelt?	We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting.
136	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	blz. 27 afspraken over digitalisering zijn niet vrijblijvend, wat houdt dat concreet in?	De zin "Hierover worden afspraken gemaakt die voor zorgaanbieders niet vrijblijvend zijn" verwijst naar de invulling van het regionale inkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.
137	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	blz. 10 elektronische gegevensuitwisseling en realisatie wordt komende jaren gestimuleerd. Hoe zit dit eruit? Wanneer wordt het een verplichting?	Afhankelijk van het soort landelijk programma en de betreffende tijdlijn kunnen zaken een verplichtend karakter krijgen.
138	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Op pagina 11 staan een aantal zaken m.b.t. digitale gegevens overdracht. Het is niet duidelijk of deze aan het eind 2024 geïmplementeerd moeten zijn of dat de organisatie daar in ieder geval aantoonbaar mee aan de slag is.	De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
139	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Wat is het 'pas toe of leg uit principe'? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting. We nemen uw voorstel voor een begrippenlijst mee in overleg tussen de zorgkantoren. We nemen nu geen begrippenlijst op in de visie op duurzame toegang tot langdurige zorg.
140	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Vanuit zorgkantoren wordt ingezet op betere gegevensuitwisseling middels digitalisering waarbij verschillende programma's aangegeven worden. Welke doelstellingen heeft het zorgkantoor hiervoor in gedachten? Wat is de tijdsplanning wanneer bepaalde doelstellingen gereed dienen te zijn?	De doelstelling is aansluiten bij de verbetering van gegevensuitwisseling. De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen.
141	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Er wordt gesproken over zorg van goede kwaliteit, waarbij wordt aangesloten bij de eisen die vanuit de IGJ en kwaliteitskaders worden gesteld. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	In onze visie hebben opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
142	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Er staat: "De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn." Hoe verhoudt zich dit tot het kwaliteitskader, waarin een continu lerende en zichzelf verbeterende organisatie het uitgangspunt is?	Vanuit het kwaliteitskader volgt een bepaald kwaliteitsniveau waaraan vastgehouden dient te worden. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Het continu verbeteren zien wij dan ook als een belangrijk punt om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. In de kwaliteitskaders wordt ook een oproep gedaan om vast te houden aan wat goed gaat, laat dat het uitgangspunt zijn.
143	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	In bullet 6 van pagina 14 geeft u met betrekking tot kwaliteit aan dat het bijstellen van kwaliteit niet enkel iets is van zorgkantoren en aanbieders. Deze zin geeft ons inziens onvoldoende de uitdaging aan. We stellen een aanpassing voor: 'Het bijstellen van de focus van verbeteren kwaliteit naar behouden van kwaliteit, om de zorg ....' Dit sluit beter aan bij de inhoud van paragraaf 5.2. Kunt u zich vinden in het voorstel tot wijziging? Zo ja, kan deze zin toegevoegd worden?	We passen de tekst in de visie niet aan, omdat wij ons niet kunnen vinden in uw voorstel.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
14 4	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	In paragraaf 5.2 geeft u aan dat het uitgangspunt is het centraal stellen van de mensen aan wie zorg wordt verleend. In de transitie naar toekomstgerichte Wlz-zorg kan dit adagium een belemmerende factor zijn. Bent u het er mee eens dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan door de arbeidsmarkt en hoge PNIL-kosten? Zo ja, kunt u aangeven waarom in dit visiedocument weinig aandacht is voor 'mooi werk' voor zorgverleners?	In onze paragraaf aanleiding en urgentie hebben wij de uitdagingen die wij zien beschreven en hoe dit zijn weerslag heeft op onder andere de toegankelijkheid. Het mooie werk waar u naar refereert wordt zeker gezien, maar heeft in de visie nauwelijks aandacht gekregen omdat de aanleiding en de urgentie tot veranderen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, de rode draad vormt.
14 5	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Om voldoende zorgverleners te behouden zullen we op zoek moeten naar andere vormen van opleiden en verder kijken dan enkel diploma's en certificaten maar ook levenservaring mee te nemen. Hoe staan zorgkantoren tegenover een andere manier van opleiden en inzetten van zorgverleners als deze niet voldoen aan de huidige (kwaliteits)eisen maar wel de juiste kwalitatieve zorg kunnen bieden?	Zoals in onze visie wordt aangegeven is er een andere invulling van bepaalde taken nodig om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Alhoewel wij vasthouden aan de geldende beroepsgroep- en kwaliteitsnormen stimuleren wij creatieve manieren om dit te realiseren. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.
14 6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Op pagina 28 beschrijft u dat het gaat om het behouden van de het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Op pagina 29 beschrijft u dat de zorgprofessional met de beschikbare middelen niet in staat is de zorg te blijven leveren zoals we dat nu gewend zijn. Een andere invulling van taken is niet vrijblijvend en heeft invloed op de kwaliteit van zorg. Kunt u vertellen hoe de zorgkantoren zich inzetten om het maatschappelijk debat te voeren hierover, zodat zorgaanbieders niet voortdurend in gesprek hoeven met Cliënten die menen 'recht' te hebben op de kwaliteit van zorg zoals in het (achterhaalde) kwaliteitskader is beschreven?	In hoofdstuk 3 van onze visie staat beschreven welke rol het zorgkantoor nu en in de toekomst zal vervullen en wat u van ons mag verwachten. Daarin geven wij aan dat we cliënten informeren over wat zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg. Wij zorgen voor een passende informatievoorziening. Hoe de zorgkantoren hier precies invulling aan gaan geven is voorbehouden aan de individuele zorgkantoren. Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld ook bijeenkomsten met cliëntenraden organiseren, waarin zij dit bespreken. Daarnaast brengen wij kwaliteit ook onder de aandacht bij de overheid.
14 7	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Wanneer wordt de bekostiging van de verpleegkundige palliatieve zorg, net zoals in de ziekenhuizen, naar waarde gefinancierd in de V&V van uit de zorgkantoren?	Zorgkantoren spelen hierin geen rol. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de Wlz zorgprestaties.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
148	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Pg 28 laatste zin: "De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders." Dat betekent volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onder meer: 'Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgprofessionals beschikbaar om deze taken te verrichten' en 'Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.' Wij vragen ZN een bevestiging dat dit kwaliteitsniveau geldt bij de inschrijving voor de Wlz 2024-2026. Als ZN daar anders over denkt, dan verwachten we in het antwoord een inhoudelijke toelichting – welk kwaliteitsniveau volgens ZN geldt t.a.v. de professionele inzet en aanwezigheid in de 24-uurs verpleeghuiszorg.	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten dient voldaan te worden.
149	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Omdat in de langdurige zorg niet direct kan worden afgeschaald in de toegankelijkheid, heeft een verlaging van de kosten per cliënt (en daarmee het tarief) gevolgen voor de kwaliteit van zorg welke wij als aanbieder kunnen leveren. Bent u het met ons eens dat de door u geboden tarieven betekenen dat wij moeten afschalen in de kwaliteit van zorg zoals beschreven in het huidige kwaliteitskader? Zo ja, welke afschaling verwacht u dat wij realiseren? Zo niet, hoe verwacht u dat wij met minder middelen hetzelfde kwaliteitsniveau realiseren?	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
150	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Continu verbeteren is volgens de zorgkantoren geen realistisch doel meer. Tot nu maken kwaliteitsmiddelen onderdeel van de integrale tarieven, juist met als doel verbeteren. En wat betekent dit volgens u per 1 januari 2024 in de praktijk? Immers, de concrete invulling van het Kompas volgt pas in december 2023.	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
15 1	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	We zien in de sector een krimpende arbeidsmarkt, meer individualisme, toenemende complexiteit ....etc. Hoe verhoudt met name meer individualisme zich tot de wens om mantelzorg/naasten nadrukkelijker in te zetten in de zorg en bij het voorkomen van zorg? Wat maakt dat u deze verwachting realistisch vindt?	Meer individualisme is een verschijnsel dat we over de gehele linie van de samenleving terugzien. Wanneer we specifiek kijken naar zorg voor naasten zien we ook bereidheid in het sociale netwerk van mensen met een langdurige zorgvraag om betrokken te zijn bij deze zorg danwel actief aan deel te nemen. Daarnaast zien wij ook steeds meer initiatieven naar voren komen waarbij een hele wijk of heel dorp hierin verantwoordelijkheid nemen. Dit maakt dat wij vertrouwen hebben in het sociale netwerk.
15 2	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Er wordt beschreven dat: 'Ondanks de toenemende druk op de sector vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn'. Er wordt verder beschreven dat de focus ligt op het behouden van het kwaliteitsniveau. Hoe verhoudt zich het behouden van het kwaliteitsniveau tot de tarieven die steeds verder onder druk komen te staan?	Ondanks de toenemende druk op de zorg en op de tarieven vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld;</li> <li>• zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;</li> <li>• de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf.</li> </ul>
15 3	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Op pagina 28 van de visie op de duurzame toegang tot de langdurige zorg staat dat de zorg moet voldoen aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en uitgangspunten van de branches - en beroepsverenigingen. Wij zijn van mening dat in de huidige tijd van schaarste niet alle normen nog realiseerbaar zijn en dat ze soms ook belemmerend werken in de noodzaak om het anders organiseren. Bijvoorbeeld bij het toepassen van functiedifferentiatie. Deelt u die mening en hoe gaat u daarmee om gezien het gestelde op blz. 28?	Wij hebben op diezelfde pagina 28 van de visie eveneens aangegeven dat er een omslag in denken nodig is in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Die andere invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg. En het is daarom ook belangrijk om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. We hierover de komende jaren in gezamenlijkheid met de landelijke partijen het overleg moeten voeren om daarin de juiste keuze te maken.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
15 4	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	De zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf". Betekent dit dat vanuit uw kant er geen aparte kwaliteitsregels, bijvoorbeeld over de functiemix en bevoegdheidsverdeling, functiedifferentiatie worden gesteld? en wanneer hier wel sprake van is in het regionale inkoopbeleid, wat is dan de verhouding tussen beide documenten? welke prevaleert?	Vanuit ZN stellen wij geen aparte kwaliteitsregels. Hoe de invulling per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
15 5	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Is het reëel om dezelfde kwaliteit van zorg te handhaven gezien de toestroom van Cliënten en minder medewerkers? Is het niet beter om na te denken wat verstaan kan worden onder basiskwaliteit?	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten dient voldaan te worden.
15 6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Bent u het er mee eens dat het streven naar verbetering van kwaliteit altijd het streven moet blijven, ook in tijden van krapte? Of bedoelt u dat we niet moet streven naar meer zorg en meer ingezette uren of middelen?	Waar dat kan, is dat het streven. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Om de zorg toegankelijk te houden zullen we moeten kijken hoe we de zorg zo efficiënt en doelmatig mogelijk in kunnen zetten waarbij meer zorg, meer uren en meer middelen niet het uitgangspunt is.
15 7	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	blz. 29 "we moeten accepteren dat niet alles altijd even goed gaat". Waar zit dan de foutmarge en hoe komt dit dan terug in de controles?	Wat we hier willen aangeven is dat, wanneer er gestart wordt met een ander manier van werken (om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit te borgen), er wellicht zaken zijn die in de opstart nog niet foutloos verlopen. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
158	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	Er is een omslag in denken nodig in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. Tevens moeten we accepteren dat misschien niet altijd alles even goed gaat. De zorgprofessional is niet in staat om, met de beschikbare middelen, alle zorg te blijven bieden zoals we dat nu gewend zijn. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Die andere invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg." In een sector waar de werkdruk als zeer hoog wordt ervaren het ziekteverzuim (landelijk) zeer hoog is en de druk allen maar gaat toenemen. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze passage i.r.t. blz. 33 over goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier van professionals in de zorg en de professionele standaard? wat is er in het inkoopbeleid voorzien om het werkplezier en het goede werkgeverschap te vergroten?	Zorgkantoren zijn van mening dat een andere invulling van de zorg en de taken samen kunnen gaan met het vergroten van het werkplezier en goed werkgeverschap. Wij zien het als onze rol om hierover met de zorgaanbieders het gesprek aan te gaan om goede voorbeelden op te halen, goede voorbeelden te delen en aanbieders hierover met elkaar in contact te brengen. Het is aan de zorgkantoren om hier verder in het regionale beleid invulling aan te geven.
159	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.2 Kwaliteit	U schrijft 'de mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgkantoren om aan te sluiten bij wensen en behoeften in de toekomst zullen veranderen.' In hoeverre bedoelt u daarmee dat er ook bepaalde zorg niet meer geleverd gaat worden in de toekomst?	Aan de ene kant is de zorg volop in ontwikkeling wat maakt dat er steeds meer vernieuwde sociale en technologische concepten worden uitgerold binnen organisaties die de manier van zorg leveren veranderen. Sommige vormen van zorg raken achterhaald en worden vervangen door andere vormen van zorg. Aan de andere kant zien we ook de krapte op de arbeidsmarkt steeds verder oploopt wat maakt dat er wellicht in de toekomst vormen van zorg niet meer door professionals worden geleverd maar door het netwerk of dat sommige vormen van zorg niet meer kunnen worden geleverd.
160	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	In diverse documenten lezen wij de noodzaak om administratieve lasten te verminderen. Sluiten de hier genoemde formats aan bij de geldende wet- en regelgeving (bijv. jaarverslaggeving) of is hier sprake van een administratieve lastenverzwaring?	Op dit moment zijn er nog geen wettelijke verplichtingen, maar door de ondertekening van de green deal 3.0 'Samen werken aan duurzame zorg' door de branchevereniging zijn er wel morele verplichtingen. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. We sluiten hierbij aan bij de doelen uit de green deal 3.0.
161	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Geldt de CO2 routekaart enkel voor Vastgoed of ook voor mobiliteit? Indien ook voor mobiliteit, welke CO2 routekaart dient dan aangeleverd te worden? Voor zover wij weten is daar namelijk nog geen voor ontwikkeld.	De CO2 routekaart betreft het zorgvastgoed. Een CO2 routekaart laat zien op welke manier een instelling wil werken aan de klimaatdoelen. De routekaart geeft per gebouw inzicht in de geplande maatregelen, de verwachte CO2-reductie en de benodigde investeringen.
162	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Er wordt expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?	De zorgsector werkt met CO2 routekaarten vanuit het Expertisecentrum Verduurzaming zorg (EVZ). Wij vragen zorgaanbieders daarom om de CO2 routekaart aan te leveren bij het EVZ. Gemeenten werken met CO2 routekaarten vanuit RVO.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
163	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Pagina 32: "Zorgkantoren zullen gezamenlijk groene initiatieven van zorgaanbieders ophalen, uitwerken in een vast format en verspreiden onder zorgaanbieders. Daarnaast gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen." kunt u vertellen hoe de set verantwoordings- en rapportageformats zich verhoudt tot het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg?	Het zal het gaan om gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen. Daarnaast zijn wij van mening dat de administratieve processen die hiermee gepaard gaan niet opwegen tegen de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren')
164	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Er staat beschreven wat de verwachtingen zijn op het gebied van verduurzaming. Is hier rekening gehouden met het (beperkte) beschikbare budget?	We sluiten hiermee aan bij de doelen uit de green deal 3.0. Het kabinet maakt geld vrij om de zorg te verduurzamen en ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. Dat staat in de voorjaarsnota van 2023.
165	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Het NHC tarief wordt met 7-8% gekort in 2024 maar er staat wel een verduurzamingsopdracht op de agenda. Kan er van een instelling verlangd worden om deze opdracht uit te voeren als de middelen hiervoor ontbreken vanwege bezuinigingen op het NHC/NIC component? Op welke wijze heeft het zorgkantoor hiermee rekening gehouden m.b.t. het toegepaste richttariefpercentage?	We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.  Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
16 6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot het verduurzamen van gebouwen in verhouding tot de afschaling van de NHC?. Wat nu als de verlaging van de NHC tot gevolg heeft dat doelen uit de Greendeel 3.0 niet gehaald kunnen worden?	<p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 4,2 miljard euro ter beschikking gesteld.</p> <p>De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.</p> <p>Wij verwachten dat het behalen van de doelen uit de Green deal 3.0 hierdoor niet hoeft te worden belemmerd.</p>
16 7	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot de energiekosten in verhouding tot de verlaagde tarieven ZZP?	<p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 4,2 miljard euro ter beschikking gesteld.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
16 8	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	In de Visie (pagina 32) staat over verduurzaming 'We focussen op de verduurzamingen initiatieven met de meeste impact; de top 3-5 uit de uitvoeringsplannen van de branches (ActiZ, VGN en de Nederlandse ggz). Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren niet op andere thema's dan de top 3-5 gaan stimuleren en/of verplichten. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom wijkt u af van de visie van ZN?	<p>Zorgkantoren kunnen kiezen om aanvullende eisen in hun regionale inkoopbeleid op te nemen voor een bepaald thema. Dit kan daarmee ook voor verduurzaming van de zorg het geval zijn. Daarmee kunnen we dit niet uitsluiten.</p>
16 9	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Wij hebben met overtuiging de Green Deal ondertekend, mogen wij er vanuit gaan, en kunt u bevestigen, dat de afspraken daar in gemaakt passen in de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact?	<p>Wij sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0. De verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact passen dus bij de doelen uit de green deal 3.0.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
170	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	In de visie staan de duurzaamheidsopgave beschreven. Is hierbij rekening gehouden met de kostendekkendheid van deze opgave? We maken bezwaar tegen dit punt omdat onvoldoende duidelijk is of dit past binnen de opslag duurzaamheid in het NHC component.	<p>We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 4,2 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.</p> <p>Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC.</p> <p>Het is niet mogelijk om via de Nvl een bezwaar aan te tekenen. Voor de juiste procedure verwijzen we u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor'.</p>
171	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Zorgkantoren zetten zich in om zorgaanbieders te stimuleren CO <sub>2</sub> -emissiedoelstellingen te realiseren. Is dat met financiële prikkels? Zo ja, welke?	In de landelijke visie zijn geen financiële prikkels verwerkt. Mogelijk hebben zorgkantoren dit wel opgenomen in het regionale inkoopbeleid.
172	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Subsidieaanvragen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen kunnen in principe alleen aangevraagd worden door de eigenaar van het pand. Wij hebben veel huurpanden en kunnen voor deze panden geen subsidieaanvragen doen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen. Hoe gaat u hier mee om?	Mogelijk kunt u in overleg met de verhuurder wel een aanvraag voor subsidies indienen. Als ZN verstrekken we geen subsidies en we kunnen u daardoor niet helpen met deze vraag.
173	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Bij huurpanden is de Zorgorganisatie qua verduurzaming van het vastgoed grotendeels afhankelijk van een proactieve duurzaamheidshouding van de eigenaar van het Vastgoed. Dit is geen vanzelfsprekendheid! Hoe gaat u hier mee om?	We verwachten dat de zorginstelling tenminste aantoonbare inspanningen heeft verricht richting de verhuurder om vastgoed te verduurzamen. De eigenaar van de verhuurde panden (zoals bijvoorbeeld zorgappartementen) is verantwoordelijk voor de energieprestatie van de panden. Zorginstellingen moeten deze panden wel meenemen in hun CO <sub>2</sub> routekaart. Het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg heeft een handleiding geschreven over hoe om te gaan met gehuurd vastgoed en tips opgenomen op haar website.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
17 4	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Op pagina 9 vraagt u ons een CO2 routekaart/afvalstromen en mobiliteitsplan. Wij zien de noodzaak van verduurzaming en zijn volop hier mee bezig. Is de uitvraag niet nodeloos administratielast verhogend? Hoe concreet wilt u dit hebben? En kan dit ook op een andere manier worden aangetoond?	We vragen aan een deel van de zorgaanbieders om een CO2 routekaart aan te leveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). We richten ons daarnaast op o.a. verduurzamen van mobiliteit en circulariteit. Echter vragen we in deze visie hiervoor geen concrete plannen/formats. Hierover kan u afspraken met uw zorgkantoor. Daarnaast zien wij een morele verplichting om bij te dragen aan de doelen van de green deal 3.0'. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. Wij zijn van mening dat de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren niet opweegt tegen de administratieve processen die hiermee gepaard gaan.
17 5	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	blz. 32 Waar doelt u op met meer wetgeving die zorgaanbieder verplicht om te investeren?	We verwachten landelijke wetgeving over verduurzaming vanuit de overheid en vanuit de EU om aan de gestelde klimaatdoelen te voldoen.
17 6	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	blz. 32 Per wanneer zal er over groene initiatieven gerapporteerd en verantwoord moeten gaan worden?	Over groene initiatieven vragen we zorgaanbieders niet om zich te verantwoorden. We geven aan dat we groene initiatieven willen ophalen bij zorgaanbieders, dit uitwerken in een vast format (eenzelfde format voor alle zorgkantoren) en deze willen we vervolgens gaan verspreiden. Dit proces zal gedurende 2024 worden opgestart. Daarnaast geven we aan dat we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats gaan opstellen. Dit staat los van de groene initiatieven. Het zal hier bijvoorbeeld gaan over gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen.
17 7	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	Aangegeven wordt dat een CO2routekaart opgesteld dient te worden door aanbieders. Is het mogelijk om hierbij andere, vergelijkbare, instrumenten in te zetten?	Vanuit ZN hebben we besloten om aan te sluiten bij de CO2 routekaart van het EVZ. Hierbij sluiten we aan bij het verzoek van de branches en dit is in lijn met de Green Deal 3.0.
17 8	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.3 Verduurzaming	G. Stelt het Zorgkantoor de Green Deal Zorg 3.0 verplicht?	De Green Deal zorg 3.0 is ondertekend door alle branches. Daarmee is commitment aan de Green Deal zorg 3.0 gecreëerd voor alle bij de branches aangesloten zorgaanbieders. Dus wij verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om de doelen uit de Green Deal 3.0 te behalen.
17 9	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Op welke wijze dragen zorgkantoren bij aan het verminderen van administratieve lasten in de VG-sector? Kunt u voorbeelden aangeven welke de komende jaren uitgevoerd worden?	We streven ernaar om voor alle sectoren alles te doen om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Voorbeeld is het zo eenduidig mogelijk contracteringsproces en het mogelijk maken van meerjarige afspraken.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
180	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	U geeft aan meer inzicht en toezicht op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders te wensen. a) Welk doel dient dit? b) Zorgaanbieders zijn eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Kunt u hierop bevestigen?	Het doel is om constructief mee te denken en waar nodig bieden van ondersteuning waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie. Eens dat de zorgaanbieders eigenaar zijn van en verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering.
181	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Hoe gaat ZN/zorgkantoor bijdragen aan regelgeving die het werken als zzp'er onaantrekkelijker maakt?	In onze visie streven we naar het aantrekkelijker maken van werken in loondienst. Dat kan alleen maar als alle relevante partijen goed samenwerken. Wij volgen hierin ook het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt en Zorg.
182	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Hoe komen de stijgende personele kosten terug in de tarieven?	De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel.
183	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Pg 33 onder 5.4. " Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden en werken als zzp'er onaantrekkelijk." Wij denken dat daarvoor de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen aan omliggende sectoren. Kan ZN en kan het zorgkantoor dat bevestigen?	Hier hebben wij als zorgkantoren geen invloed op.
184	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Pg 34. Gegevensuitwisseling t.b.v. secundaire doelen. ZN doet in de visie een oproep tot anders organiseren. Wij zeggen: doe dat vooral en richt je daarbij op de directe zorg aan de mensen met een zorgvraag. Wij lezen op pg 34 over KIK-v alsof dit de administratieve lasten verlaagt. Wij doen een oproep aan ZN (en ook aan ActiZ) om zich te bezinnen op alle data die we kunnen verzamelen en uitwisselen. Wij vragen ZN om dit tot het hoogst noodzakelijke te beperken (en dat is minder dan nu), want het belast medewerkers en organisaties. Het moet namelijk niet alleen worden geregistreerd, de ICT/webapplicaties moeten ook worden aangepast aan de indicatoren/gegevens die gegenereerd moeten worden. Wij merken op dat Kik-V nog maar in enkele organisaties is ingericht en geïmplementeerd. Dit vraagt van zorgorganisaties een investering, financieel en in menskracht. Terwijl de budgetten verkrappen. We vragen een toelichting welke administratieve lastenverlichting het gebruik van KIK-V een zorgorganisatie concreet gaat opleveren en hoe daar eerst in geïnvesteerd moet worden als een niet-dekkend tarief wordt geboden.	Verschillende ketenpartijen werken via KIK-V aan een meer uniforme gegevensuitwisseling die leidt tot minder administratieve lasten bij zorgaanbieders en kwalitatief betere data voor ketenpartijen, waaronder de zorgkantoren.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
18 5	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Zorgkantoor gaat in gesprek over gezonde bedrijfsvoering. In hfst. 5.4, pag. 33 staat: 'Onder gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen'. Deze definitie en het normenkader is niet concreet beschreven. Kan dit aan de hand van concrete normen en mogelijke voorbeelden worden toegelicht?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. Bespreekt u dit punt met de zorginkoper van het desbetreffende zorgkantoor.
18 6	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Wat wordt verstaan onder slimmer opleiden?	Slimmer wordt hiermee bedoeld als anders en aansluitend bij de behoefte die er is. Hiervoor verwijzen wij u verder naar het programma TAZ (Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn).
18 7	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Wat is de definitie van voldoende en geschikte medewerkers volgens u? Aanvullend: wie is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van deze medewerkers?	Wij achten het aantal medewerkers voldoende en de medewerkers geschikt als u als zorginstelling in staat bent om een goede kwaliteit zorg te leveren. Dit betekent dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld;</li> <li>• zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;</li> <li>• de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf."</li> </ul> Daarnaast achten wij de zorgaanbieders eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering.
18 8	Visie_op_duurza me_toegang_tot _langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Wat verstaat u onder goed werkgeverschap? Hierin wordt een passende (goede) beloning voor medewerkers opmerkelijk genoeg niet genoemd. Ook beloning is een belangrijk aspect om medewerkers i) aan je te binden maar ook ii) om medewerkers voor de zorg te behouden. Hoe ziet u dit in het kader van de nieuwe tariefsystematiek waarbij het uitgangspunt is dat 75% van de aanbieders 'kostendekkend' kunnen werken?	Zoals geschetst is in de Visie gebruik gemaakt van de diverse akkoorden en programma's die relevant zijn. De term goed werkgeverschap is afkomstig uit het programma TAZ.  Voor wat betreft de personele kosten. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
189	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Wij zijn het er mee oneens dat de zzp'er op deze wijze over 1 kam wordt geschoren. Er is wellicht een groep zzp'ers die opteert voor de 'aantrekkelijke' diensten en hoge tarieven, maar wij hebben al jarenlang ervaring binnen de coöperatie dat er ook zzp-ers zijn die in coöperatief verband werkafspraken hebben waarin zzp'ers de continuïteit van zorg met elkaar borgen en zich conformeren aan de gecontracteerde tarieven. Wij zien graag een aanpassing van deze tekst om dit meer genuanceerder weg te zetten.	Wij zijn blij te horen dat u zulke goede ervaringen heeft met de inzet van ZZP'ers. In onze visie is het niet bedoeling om de ZZP'er als persoon negatief neer te zetten. Helaas blijft wel het feit voor het grootste gedeelte van de instellingen dat deze manier van werken veel extra kosten met zich meebrengt waardoor wij dit wel als een oplossingsrichting zien om in te investeren.
190	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Pg. 33 onder 5.4: u geeft aan dat loondienst aantrekkelijker moet worden en werken als zzp'er niet. Dat betekent dat de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen als in de omliggende sectoren. Onderschrijft u dit en hoe ziet u dit dan in het kader van de tariefverlaging?	Inmiddels zijn er nieuwe CAO afspraken gemaakt. Wij gaan ervanuit dat de NZa hiermee rekening houdt bij het bepalen van de tarieven.
191	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Vraag 1. U verwacht van ons deelname aan tenminste 5 landelijke programma's en het programma KIK-V: op welke manier faciliteert u zorgaanbieders in het stroomlijnen van informatie? Hoe zorgt u voor een structurele inbedding van informatievoorziening en –uitwisseling, anders dan via pilots en programma's?	Betere gegevensuitwisseling hebben wij opgenomen in de visie omdat wij denken dat dit bijdraagt aan de transformatie die nodig is. Met de vermelding van de landelijke programma's wilde wij u hier graag over informeren. Zoals beschreven in de visie hebben de zorgkantoren een ambitie en zullen dit de komende jaren stimuleren. Hoe de invulling hiervan per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
192	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Het doel van KIK-V is o.a. het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Wat wordt bedoeld met het hergebruiken van informatie?	Door informatie die al voor een andere uitvraag of vastlegging gebruikt wordt, opnieuw gebruiken, in plaats van opnieuw via een ander format aanvragen.
193	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld het werken als zzp'er onaantrekkelijker worden. Huidige wet- en regelgeving hebben alle pogingen om dit (regionaal) vorm te geven belemmerd. Nog geen perspectief op het doorbreken van deze patstelling (ACM en belastingtechnisch bijv.).Hoe ziet het Zorgkantoor dit in relatie tot het voorliggende beleid en wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten als deze patstelling niet wordt doorbroken?	Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken.
194	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: deeltijdfactor omhoog." Deeltijdfactor omhoog = meeruren omlaag. Mensen gaan er effectief niet meer door werken. Brengt meer balans en voorspelbaarheid, maar nauwelijks extra capaciteit. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze deeltijdsfactor en waarom heeft het zorgkantoor wel de verwachting dat hiermee de arbeidscapaciteit toeneemt? en wat als dit niet lukt wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten?	De zorgkantoren zien dit als een onderdeel van het anders inrichten. Het is geen doel op zich, en kan bijdragen. Dit is een onderdeel van de beweging die wij met elkaar moeten creëren. Van ons kun u verwachten dat wij constructief meedenken en ondersteuning bieden waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
195	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden. Werken in loondienst aantrekkelijker betekent dat er ook geld uitgetrokken moet worden om marktconform te belonen. OP welke wijze is in het inkoopbeleid voorzien in de noodzakelijke toename van arbeidskosten om dit gat te dichten?	Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken. Daarnaast is de NZa verantwoordelijk voor de indexering van o.a. de personele kosten, zoals CAO verhogingen.
196	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In de standaard overeenkomst staat: "Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder." Op de volgende pagina van de overeenkomst wordt gesuggereerd dat ook hierover maatwerk afspraken mogelijk zijn. Klopt onze aanname dat in goed onderling overleg passende afspraken mogelijk zijn die afwijken van het standaard meerjarige contract.	Als wij de vragensteller goed begrijpen dan doelt hij op afwijkende afspraken ten aanzien van de contractduur. Die zijn op dit punt niet mogelijk, tenzij gelet op onze zorgplicht afwijking hiervan nodig is.
197	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In artikel I.H van Bijlage 1 Overeenkomst 2024-2026 zorgkantoor - zorgaanbieder Wlz staat dat het zorgkantoor een eenzijdige verlengingsmogelijkheid heeft om de overeenkomst tweemaal met één jaar te verlengen. Bent u bereid hier een tweezijdige verlengingsoptie van te maken zodat verlenging in overleg met de zorgaanbieder zal plaatsvinden? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Wij zijn niet bereid om er een tweezijdige verlengingsoptie van te maken. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
198	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In artikel 2 Mondzorg lid 7 staat dat zorgaanbieder het vervoer regelt. Zijn de kosten van het vervoer voor rekening van de cliënt, zorgaanbieder en/of mag hiervoor vervoer gedeclareerd worden?	De kosten van het vervoer zijn voor rekening van de zorgaanbieder en kunnen niet bij de cliënt en ook niet bij het zorgkantoor gedeclareerd worden.
199	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	De verantwoordelijkheidsverdeling in artikel 6, gekoppeld aan het zorgbeëindigingsproces vanuit het Voorschrift Zorgtoewijzing, is ons inziens niet juist en passend. Wanneer blijkt dat een cliënt ondanks de inachtneming van een redelijke opzegtermijn, niet kan worden overgedragen naar een andere aanbieder, dan moet worden vastgesteld dat het zorgkantoor niet conform haar zorgplicht heeft ingekocht en haar verzekerden geen passende zorg kan bieden. Bij deze wettelijke verantwoordelijkheid past niet dat de verantwoordelijkheid voor voortzetting van zorg volledig bij de zorgaanbieders wordt gelegd. Wij verzoeken u de verantwoordelijkheidsverdeling te wijzigen zodat deze beter aansluit bij de KNMG-richtlijn en wettelijke zorgplicht van het zorgkantoor? Graag ontvangen wij een toelichting op uw besluit.	Wij zijn het niet met vragensteller eens dat wanneer een cliënt niet overgedragen kan worden aan een andere aanbieder, vastgesteld kan worden dat het zorgkantoor niet conform zijn zorgplicht heeft ingekocht en zijn verzekerden geen passende zorg kan bieden. Daar kunnen hele andere factoren en omstandigheden aan ten grondslag liggen. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorgverlening zullen wij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals neergelegd in het Voorschrift zorgtoewijzing, niet wijzigen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
200	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Artikel 6 in samenhang met het Voorschrift zorgtoewijzing: Hoe verhoudt artikel 6 zich met de zorgplicht van de zorgaanbieder om aan alle cliënten goede en veilige zorg te bieden als de continuïteit in alle gevallen dient te worden gewaarborgd? In de praktijk leidt het in alle gevallen bieden van continuïteit tot problemen, omdat andere aanbieders niet snel geneigd zijn om moeilijk plaatsbare cliënten over te nemen, mede gelet op de verantwoordelijkheden die na overname weer bij die zorgaanbieder komen te liggen via de overeenkomst met het zorgkantoor. We vinden het onredelijk dat alle verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder komt te liggen, terwijl het zorgkantoor ingevolge de Wlz gehouden is passende zorg in te kopen. Wanneer de zorgaanbieder aan een cliënt geen passende zorg meer kan leveren en de zorgovereenkomst wil beëindigen, moet dit mogelijk zijn. We verzoeken u dit artikel aan te passen en een redelijke verantwoordelijkheidsverdeling op te nemen. We verzoeken ook op te nemen dat indien na het verstrijken van een bepaalde termijn de zorg niet kan worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder, de zorgverlening gestopt kan worden.	Het beëindigen van de zorg is slechts mogelijk bij zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Daarbij dient de procedure bij zorgbeëindiging gevolgd te worden zoals opgenomen in het Voorschrift zorgtoewijzing. Onderdeel daarvan is dat de zorgaanbieder verantwoordelijk blijft voor de uitvoering van de zorg totdat de zorg voor de cliënt is overgedragen aan een andere aanbieder of eventueel op een andere wijze wordt geregeld. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorgverlening zullen wij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals neergelegd in het Voorschrift zorgtoewijzing en hetgeen daaromtrent bepaald is, niet wijzigen.
201	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Wij missen in deze opsomming van de documenten de voorstellen die zorgaanbieders kunnen schrijven en indienen. Die horen toch ook in dit overzicht te staan?	Afspraken daarover kunnen in Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden afspraken worden vastgelegd.
202	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	De bepalingen in dit artikel leiden ons inziens tot onnodige administratieve lastenverzwarende. Kunt u dit artikel schrappen? Zo nee, waarom niet?	Het is niet duidelijk op welk artikel u doelt.
203	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Deel 1 I.H Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder. Bent u bereid om deze eenzijdige optie zodanig te herformuleren dat er alleen verlengd kan worden met expliciete schriftelijke toestemming van de zorgaanbieder? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen).	Wij zijn niet bereid om deze bepaling te herformuleren zoals vragensteller voorstelt. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. Wanneer verlenging afhankelijk wordt gesteld van toestemming van de zorgaanbieder brengt dit voor het zorgkantoor te veel onzekerheden op dit vlak met zich mee.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
20 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Gelet op de veelheid aan onzekere factoren t.a.v. het inkoopbeleid 2024-2026 (zie de diverse hierover door ons gestelde vragen) en de nadelige financiële consequenties die deze heeft voor mijn zorgorganisatie, kan door u niet bij voorbaat gevraagd worden dat onze organisatie hierop inschrijft, zonder dat daarbij de mogelijkheid bestaat dat zij dat 'onder bezwaarmaking' doet. Wij maken bezwaar als u ons uitsluit van inschrijving indien wij inschrijven onder protest. Op grond van welke juridische titel acht u het redelijk en billijk dat van een zorgorganisatie nu gevraagd kan worden dat zij aangeeft in te stemmen met het zorginkoopbeleid 2024-2026 en bijbehorende voorwaarden waarbij zij op een later moment dit jaar gehouden is haar inschrijving gestand te doen?	Zorgkantoren zijn van mening dat zij een alleszins redelijk en afgewogen inkoopbeleid hebben gepubliceerd waarop zonder voorbehouden ingeschreven kan en ook moet worden.
20 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In hoeverre kan een aanbieder afzien van de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van 1 jaar te verlengen?	Die mogelijkheid is er niet. Het gebruik maken van de verlengingsoptie is voorbehouden aan het zorgkantoor.
20 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.B: ZORGAANBIED ERGEBONDEN AFSPRAKEN	Kunt u aan de zin "De zorgaanbieder gebonden afspraken kunnen volgen uit de dialoog tussen de zorginkoper en de zorgaanbieder. Deze afspraken maken onlosmakelijk onderdeel uit van deze overeenkomst." toevoegen dat de gemaakte afspraken door beide partijen schriftelijk bekrachtigd moeten zijn?	Als onder Deel I.B: Zorgaanbieder gebonden afspraken, bepaalde afspraken worden opgenomen, dan zullen die doorgaans meegenomen worden in de ondertekening van de gehele overeenkomst. De toevoeging zoals voorgesteld, is daarmee niet nodig.
20 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.B: ZORGAANBIED ERGEBONDEN AFSPRAKEN	Kunt u verder specificeren welke zorgaanbieder gebonden afspraken deel zullen uitmaken van de overeenkomst?	De opsomming van zorgaanbieder gebonden afspraken is niet limitatief. Wij hebben enkele voorbeelden gegeven waaraan gedacht kan worden. Deze opsomming zullen wij niet verder uitbreiden.
20 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Wij hebben een aantal vragen bij het zorginkoopbeleid. Verwacht kan worden dat naar aanleiding van uw antwoorden dan wel de publicatie van de NZa tarieven weer nieuwe vragen ontstaan. Wij verzoeken u te voorzien in een tweede inlichtingenronde. Bent u daartoe bereid?	Wij zijn niet bereid om te voorzien in een tweede inlichtingenronde.
20 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 3 lid 1 is bepaald dat de zorgaanbieder de continuïteit van de zorg garandeert. In praktijk is dit niet altijd mogelijk. Kan hier een uitzondering geboden worden voor situaties waarbij de kwaliteit van de zorg aan de cliënt en of medecliënten niet kan worden voortgezet?	De continuïteit van de zorg zal altijd gegarandeerd moeten worden, totdat een cliënt overgedragen is aan een andere zorgaanbieder waar de kwaliteit van zorg voor de cliënt wel dan wel beter geboden kan worden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
210	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 5 wordt benoemd dat de zorgaanbieder overeenkomstig gemaakte afspraken altijd de beschikbaarheid van permanent voldoende palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg te regelen en te waarborgen. Wij verzoeken om de overeenkomstig gemaakte afspraken te wijzigen naar overeenkomstig de gemaakte volume-afspraken, zodat hier wordt verwezen naar het aantal bedden dat is ingekocht door het zorgkantoor.	Wij zullen deze passage niet aanpassen.
211	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 6 wordt verwezen naar bijlage 6: Voorschrift zorgtoewijzing Wlz. Bijlage 6 wordt december 2023 gepubliceerd. Kan de publicatie van bijlage 6 naar voren worden gehaald? Hoe kunnen wij als zorgaanbieder ons committeren aan bijlage 6 als we de inhoud nog niet hebben? Komt er nog een aanvullend moment waarop zorgaanbieders kunnen reageren op het Voorschrift zorgtoewijzing?	De publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing Wlz zal, voor zover wij nu kunnen overzien, niet naar voren worden gehaald. Ook komt er geen aanvullend moment waarop zorgaanbieders kunnen reageren op het Voorschrift zorgtoewijzing.
212	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Kan in hoofdstuk 1 artikel 10 lid 1 toegelicht worden op welke gronden een onderaannemer kan worden geweigerd en is hierbij de mogelijkheid tot een gesprek met zorgaanbieder en zorgkantoor? Wij verzoeken een motivering en een gesprek naar aanleiding van een weigering.	In artikel 10 Onderaanneming van de Wlz-overeenkomst en in Bijlage 2: Onderaannemerschap c.a. van de Bestuursverklaring wordt het één en ander bepaald ten aanzien van de onderaannemer, de hoofdaannemer dan wel de onderaanneming zelf. Wanneer daar niet aan wordt voldaan, kan dat een weigeringsgrond opleveren. De weigering wordt gemotiveerd. Of een gesprek nodig is hangt af van de situatie.
213	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 4 artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens worden ten onrechte gedane betalingen benoemd. Hoe stelt u vast dat een betaling ten onrechte gedaan is? Kunt u dit toelichten met een procedure? Is in deze procedure meegenomen dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de bepaling dat betalingen ten onrechte gedaan zijn de zorgaanbieder eerst gehoord wordt en gelegenheid krijgt om bezwaar te maken tegen verrekening of terugvordering.	Wanneer bijvoorbeeld in het kader van een materiële controle wordt geconstateerd dat niet op juiste wijze is gedeclareerd, dan kunnen daar terugvorderingen uit voortvloeien. Dat zijn betalingen die door het zorgkantoor ten onrechte zijn gedaan. De wijze waarop een materiële controle moet worden uitgevoerd is aan regels gebonden. Verder wijzen wij u op artikel 7 van Bijlage 5: het Declaratieprotocol Wlz.
214	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 6 artikel 18 worden bepalingen gedaan voor niet nakoming van de zorgaanbieder. Waarom worden deze bepalingen niet wederkerig gemaakt voor zowel zorgaanbieder als zorgkantoor?	Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Overigens zijn in het Burgerlijk Wetboek 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.
215	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Hoofdstuk 6 Artikel 18 lid 4: Bij maatregelen staat: 'Dit kan onder andere zijn.'. Door 'onder andere' is het niet duidelijk welke maatregelen er allemaal zijn. Kan hier 'onder andere' weggelaten worden of kunnen alle maatregelen benoemd worden?	Wij zullen het artikellid niet aanpassen. Met de formulering 'onder andere' behoudt het zorgkantoor zich het recht voor om maatregelen te nemen waaraan bij het opstellen van de overeenkomst nog niet was gedacht.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
21 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Hoofdstuk 6 Artikel 18 lid 4: Een van de maatregelen is dat een korting van maximaal 5% op de afgesproken tarieven wordt opgelegd. Dit kan in strijd zijn met de verplichting van het vergoeden van reële tarieven. Kunt u deze maatregel van 5% korting op de afgesproken tarieven verwijderen?	Volgens vragensteller zou een maatregel in de zin van een tariefskorting vanwege het niet nakomen van de afspraken in de overeenkomst in strijd zijn met de verplichting van het vergoeden van reële tarieven. Dit is ons inziens niet het geval. Als er een tariefskorting wordt toegepast dan is dat de zorgaanbieder zelf aan te rekenen. De zorgaanbieder heeft het zelf in de hand. Komt hij de overeenkomst na, dan zal hij niet met een tariefskorting als maatregel geconfronteerd worden.
21 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Hoofdstuk 7 Artikel 20: Het zorgkantoor heeft nu alleen het recht om rechten en verplichtingen uit de overeenkomst over te dragen. Kunt u deze bepaling voor zowel zorgkantoor en zorgaanbieder gelijk maken?	Het zorgkantoor zal deze bepaling ongewijzigd laten.
21 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Hoofdstuk 8 Artikel 22 lid 5: Waarom geldt deze bepaling alleen voor het zorgkantoor. Kunt u dit aanpassen zodat de bepaling voor zowel zorgkantoor als zorgaanbieder is.	Het zorgkantoor zal deze bepaling ongewijzigd laten.
21 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel - Art 3 lid 1 'De zorgaanbieder garandeert de continuïteit van zorg'. De continuïteit van zorg staat bij ons zeker voorop en hier hebben we ook onze inspanningen op gericht. Echter de woordkeuze 'garandeert' vinden wij ongepast gezien de toenemende vraag en complexiteit in relatie tot een te krappe arbeidsmarkt en de afhankelijkheid van woningcorporaties (en stikstofbeleid) om voldoende woningen te bouwen waarin we geclusterde of gespikkelde VPT kunnen realiseren, naast VPT thuis. Om zo een efficiënte organisatie van Wlz zorg met beschikbare capaciteit mogelijk te maken. Hier hebben wij zelf weinig tot geen invloed op, vanuit dit perspectief vinden wij 'garandeert' geen passende term. Wilt u dit aanpassen naar 'De zorgaanbieder stelt continuïteit van zorg voorop en spant zich hier aantoonbaar voor in'.	Het is voor het zorgkantoor van groot belang dat de continuïteit van zorgverlening gegarandeerd is. Daar moet het zorgkantoor zeker van kunnen zijn. Daarom zullen wij de tekst van dit artikellid niet aanpassen.
22 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel - Art 10 lid 1 u vraagt vooraf te melden, dus voordat de zorg wordt verleend. Gebruik van het woord 'verleende' is dan niet juist en zou moeten zijn 'te verlenen zorg'. Wilt u dit herzien in 'te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor'? Of nader toelichten als u het anders bedoelt?	Wij zijn het met u eens en zullen er 'te verlenen zorg' van maken.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
22 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel, artikel 11, lid 2 f. U beschrijft de werkwijze en deadlines voor aanlevering van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag conform de relevante kwaliteitskaders. Naar verwachting wordt eind 2023 het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vervangen door het Kwaliteitskompas ouderenzorg. Conform eerdere communicatie is het kompas minder voorschrijvend dan het kader. Wat is de herformulering van lid 2 f als eind 2023 of begin 2024 het kwaliteitskompas ouderenzorg van kracht wordt? Vervallen dan de genoemde vormen en deadlines (plan en verslag, 31 december en 1 juli)?	Nee, die vervallen niet. De deadlines zullen worden aangehouden.
22 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	U verwijst in het begrip 'zorg c.q. zorgverlening' naar het vigerende kwaliteitskader voor de VV sector. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	Nee, wij komen u hierin niet tegemoet. Een eis voor inschrijving is dat u zich houdt aan het voor de sector relevante kwaliteitskader. U verklaart in de Bestuursverklaring hieraan te voldoen.
22 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Begrippen 10: Onderaanneming. Bedoelt u dat alleen dagelijkse mondzorg wordt gezien als onderaanneming? Of wordt de overige mond- en tandheelkundige zorg ook gezien als onderaanneming als deze niet door de instelling wordt geleverd? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Er staat: 'In het geval van onderaanneming door mondzorgprofessionals/-praktijken.... telt deze onderaanneming niet mee voor het percentage onderaanneming'. Daar staat een voetnoot bij die luidt: Het gaat hier om de inzet van mondzorgprofessionals/-praktijken voor tandheelkundige zorg/professionele mondzorg aan klanten met een Wlz-indicatie voor Verblijf met Behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van dezelfde instelling Behandeling krijgen en om die reden recht hebben op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de Wlz.  Het gaat hier om de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg en niet om de dagelijkse mondverzorging.  Wanneer de dagelijkse mondverzorging (onderdeel van Persoonlijke Verzorging) wordt uitgevoerd door een ingehuurde mondzorgprofessional is er ook sprake van onderaanneming maar die telt wel mee voor het percentage onderaanneming.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
22 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Begrippen 10: Onderaanneming. In artikel 2 lid 11 wordt gesproken over rechtstreekse declaratie van mondprofessionals, bedoelt u hiermee alleen de tandheeskundige en niet de dagelijkse mondzorg die in het integrale tarief valt? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	In artikel 2 lid 11 is de tandheeskundige zorg/professionele mondzorg bedoeld (lid 11 valt onder het B-gedeelte) en niet de dagelijkse mondzorg (dat is het A-gedeelte).
22 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Begrippen 10: Als de tandheeskundige zorg rechtstreeks gedeclareerd kan worden is er dan wel sprake van onderaanneming? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	De Wlz-instelling is er op grond van artikel 3.1.1 Wlz lid 1, aanhef jo sub d, onder 5° als hoofdaannemer verantwoordelijk voor dat zij zelf of via onderaannemers (mondzorgaanbieders) tandheeskundige zorg verleent aan verzekerden die in haar instelling verblijven en van haar behandeling ontvangen. Dat die mondzorgaanbieders rechtstreeks bij het zorgkantoor declareren maakt niet dat ze daarmee geen onderaannemers meer zouden zijn. Zie ook artikel 4 lid 5 a en b van de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking van de NZa.
22 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Wij zijn HKZ gecertificeerd en hanteren een heldere interne audit systematiek (qua, frequentie, thema's, auditmethodiek en borging in de PDCA). We auditeren standaard volgens jaarkalender op de thema's Medicatieveiligheid en Somatiek, Wvggz, Infectie en Hygiënepreventie, Dossiervoering en Suïcidepreventie. Jaarlijks worden wij als organisatie extern getoetst. Het uitvoeren van een audit specifiek op mondzorg vraagt een extra inspanning. Een audit (geldt ook voor AO/IC) betekent (extra en) uniforme registratie. Dit is een voorwaarde om een norm aantoonbaar te kunnen toetsen. Hoe verhoudt zich dit tot het beperken van registratiedruk? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
22 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Lid 12. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat minimaal 1 keer per jaar een interne audit wordt uitgevoerd naar de kwaliteit van de mondzorg. Kunt u aangeven aan welke voorwaarden deze audit moet voldoen? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	In lid 12 van artikel 2 Mondzorg is opgenomen dat bij het uitvoeren van de audit de drie pijlers uit het relevante toetsingskader mondzorg van de IGJ (Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ) – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde moeten komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
228	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	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. Wat maakt dat de zorgaanbieder wel schadeplichtig kan zijn en het zorgkantoor nooit, hoe kan dat verschil worden gerechtvaardigd? Zou u uw antwoord willen motiveren (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen).	Als het zorgkantoor om welke reden ook maar, genoodzaakt zou zijn om de overeenkomsten met al zijn gecontracteerde zorgaanbieders te beëindigen dan zou het – als het een dergelijke bepaling niet in zijn overeenkomst zou hebben opgenomen – geconfronteerd kunnen worden met vele vorderingen tot schadevergoeding. Tegen dergelijke situaties wenst het zorgkantoor zich te beschermen.
229	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	"Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers te weigeren." Een deel van de in een jaar in te zetten onderaannemers (met name ZZP inzet) kan - gezien het calamiteit / last minute karakter van de gevraagde inzet - niet (twee weken) voorafgaande aan de inzet worden gemeld bij het zorgkantoor. Hoe gaat het zorgkantoor hier mee om?	Ons inziens is het ook in de door vragensteller geschetste omstandigheden mogelijk om vooraf de in te zetten onderaanneming te melden bij het zorgkantoor. De twee weken termijn die de vragensteller noemt, kan het zorgkantoor niet plaatsen, omdat die termijn niet is opgenomen in de overeenkomst. Uiteraard moet onderaanneming bij voorkeur ruim van tevoren gemeld worden wanneer dat mogelijk is, maar indien dat niet mogelijk is, moet de onderaanneming zo tijdig mogelijk voorafgaand aan de inzet ervan gemeld worden. Zie verder ook de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
230	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	In deel III, bij Begrippen, artikel 10 geeft u een beschrijving van het begrip onderaanneming, waarbij ook ZZP'ers genoemd worden. Zoals bekend komen zorgaanbieders er niet onderuit om in toenemende mate Personeel Niet in Loondienst (PNIL) in te zetten. Kunnen wij ervan uitgaan dat deze doelgroep niet valt onder uw definitie van onderaannemers? Zo ja, wilt u de overeenkomst hierop aanpassen?	PNIL valt wel degelijk onder onze definitie van onderaanneming. Het zorgkantoor zal zijn overeenkomst niet overeenkomstig het verzoek aanpassen.
231	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Artikel 10 Onderaanneming, pagina 16: Moeten ook huisartsen en tandartsen als onderaannemer worden gemeld?	Als er sprake is van onderaanneming zoals gedefinieerd in '10. Onderaanneming' onder 'Begrippen' en huisartsen en tandartsen worden als onderaannemers ingezet, dan moeten die ook worden gemeld. Zie verder ook de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
23 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Bij de definities over onderaannemers blijkt dat ook zzp-ers vallen onder het begrip onderaannemer. Dit betekent dat ingevolge artikel 10 ook alle zzp-ers gemeld dienen te worden bij het zorgkantoor. Dat levert in de huidige arbeidsmarkt een onwenselijke situatie op. We verzoeken daarom deze definitie aan te passen of artikel 10 niet van toepassing te laten zijn op zzp-ers. Graag uw bevestiging.	Wij zullen de definitie niet aanpassen. Artikel 10 blijft van toepassing op zzp'ers. Zie echter de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.
23 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Het zorgkantoor koopt een aantal crisisbedden in. We verzoeken artikel 5 in lijn te brengen met deze volumeafspraken. Zodat buiten het ingekochte volume crisisbedden geen beschikbaarheid gegarandeerd hoeft te worden.	De laatste zin van het artikel luidt dat de zorgaanbieder deze zorg (palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg) niet mag weigeren. Dat is belangrijk anders is het risico aanwezig dat in dergelijke omstandigheden deze zorg niet geleverd wordt en dat is geen optie. Als de volumeafspraken in de praktijk niet toereikend blijken te zijn, zou de zorgaanbieder daarover met het zorgkantoor in gesprek kunnen gaan.
23 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	We merken op dat niet in alle gevallen van de zorgaanbieder verlangd kan worden dat de zorg wordt gecontinueerd. Dit geldt met name in de gevallen dat het bieden van veilige passende zorg voor andere cliënten in het geding komt. We verzoeken artikel 3 aan te passen en op te nemen dat gelet op de kwaliteit van zorg aan de cliënt of medecliënten in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd dat de zorg wordt voortgezet.	Wij zullen artikel 3 niet aanpassen. De continuïteit van de zorg zal altijd gegarandeerd moeten worden, totdat een cliënt overgedragen is aan een andere zorgaanbieder waar de kwaliteit van zorg voor de cliënt wel dan wel beter geboden kan worden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
23 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	De bepaling in artikel 16 komt er in de praktijk op neer dat van de zorgaanbieder wordt verlangd dat gratis zorg wordt verleend. Dat lijkt ons niet redelijk. Het is begrijpelijk dat er consequenties zijn verbonden aan fraude, zoals terugvordering, schadevergoeding en ontbinding, maar het voortzetten van de zorg zonder dat daar een vergoeding tegenover staat, past daar niet bij. Bovendien is niet bepaald hoe lang die situatie zich zou kunnen voordoen. Bovendien is het verval van recht op vergoeding vrij algemeen geformuleerd. Voor de grote zorgaanbieders zijn de risico's heel groot. Wanneer er in een regio sprake zou zijn van fraude, kan dat consequenties hebben voor het gehele bedrijf. Wellicht kan het artikel beperkt worden tot de regio of het bedrijfsonderdeel waarin de fraude geconstateerd is. Daarnaast is gratis zorg leveren niet mogelijk en komt de continuïteit in het geding. We verzoeken om artikel 16 te concretiseren, in ieder geval ten aanzien van de regio die geen recht meer heeft op vergoeding en ten aanzien van de duur van deze situatie. Daarnaast zou de verplichting om zorg te blijven leveren moeten komen te vervallen, omdat dit niet in redelijkheid van de zorgaanbieder kan worden verlangd. Het brengt de continuïteit en kwaliteit van de zorg in het geding.	Het artikel dat over fraude gaat, is artikel 17. Fraude is aan het begin van Deel III: Algemeen deel als begrip gedefinieerd. Wanneer er sprake is van fraude dan is dat een ernstige zaak. Wij zullen het artikel niet aanpassen. Wel willen wij vragensteller erop wijzen dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid. Ook bij het hanteren van de Maatregelenrichtlijn zoals bedoeld in lid 1 van artikel 17 wordt onder andere de proportionaliteit in acht genomen.
23 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Artikel 18 is eenzijdig geschreven, we verzoeken dit aan te passen zodat het ook op het zorgkantoor van toepassing is.	Wij zullen dit artikel niet aanpassen.
23 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Artikel 18 lid 4 geeft een niet-limitatieve opsomming van maatregelen die door het zorgkantoor genomen kunnen worden. We verzoeken om 'onder andere' te verwijderen zodat er duidelijkheid is voor de zorgaanbieder.	Wij zullen het artikellid niet aanpassen. Met de formulering 'onder andere' behoudt het zorgkantoor zich het recht voor om maatregelen te nemen waaraan bij het opstellen van de overeenkomst nog niet was gedacht. De opsomming is juist als niet-limitatief bedoeld.
23 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	We verzoeken om in artikel 18 lid 4 de derde bullit te verwijderen aangezien het zorgkantoor gehouden is om redelijke tarieven te bieden voor de geleverde zorg. Wanneer een korting wordt toegepast op de toch al onder druk staande tarieven, levert dit strijd op met de verplichting van het zorgkantoor om een redelijk tarief te bieden.	Volgens vragensteller zou een maatregel in de zin van een tariefskorting vanwege het niet nakomen van de afspraken in de overeenkomst in strijd zijn met de verplichting van het vergoeden van redelijke tarieven. Dit is ons inziens niet het geval. Als er een tariefskorting wordt toegepast dan is dat de zorgaanbieder zelf aan te rekenen. De zorgaanbieder heeft het zelf in de hand. Komt hij de overeenkomst na, dan zal hij niet met een tariefskorting als maatregel geconfronteerd worden.
23 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGBONDEN DEEL	Artikel 17 (niet-nakoming) ziet uitsluitend toe op de situatie dat de zorgaanbieder tekortschiet. We verzoeken u de rechten die nu uitsluitend toegekend zijn aan het zorgkantoor voor beide partijen op te nemen.	Niet artikel 17 maar artikel 18 gaat over niet nakoming. Wij zullen dit artikel niet aanpassen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
24 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	We verzoeken artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing aan te passen, zodat een aanvraag voor meerzorg gelijktijdig met een verzoek om een indicatie of herindicatie kan worden gedaan en geen tijd verloren gaat met het wachten op de indicatie zelf. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.	Meerzorg bij verblijfszorg of (in geclusterd) VPT kan worden aangevraagd voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel, zoals genoemd in artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing</li> <li>• iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt).</li> </ul> <p>Om te kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal eerst een (her)indicatie bij het CIZ moeten zijn afgegeven voordat een aanvraag voor meerzorg kan worden ingediend. Wij passen dit niet aan.</p>
24 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Wij maken onderdeel uit van een concern met meerdere in groepsverband verbonden ondernemingen en hebben daarnaast vele contractspartijen; vorenstaande bepaling brengt naar onze mening dan ook een onevenredig grote administratieve last met zich mee, kunt u er daarom mee instemmen om de financiële gegevens van de andere maatschappijen die tot de groep behoren alsmede deze gegevens van contractspartijen alleen dan te verstrekken als zich bij een andere maatschappij of bij een contractspartij een, naar de mening van de zorgaanbieder, bijzondere omstandigheid voordoet?	Wij kunnen niet herleiden op welk(e) document/paragraaf uw vraag betrekking heeft en daarom kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.
24 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	In de definitie van onderaannemer staat dat ook ZZP'ers als onderaannemers gelden. Dient van elke ZZP'er de gegevens overlegd te worden? Bent u bereid deze eis achterwege te laten. Dit is een te zware extra administratieve last.	ZZP'ers gelden als onderaannemers en dienen als zodanig gemeld te worden. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers. Zie verder de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
24 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Hier staat een aantal documenten opgesomd die van toepassing zijn, moeten deze niet op volgorde staan van toepasselijkheid? Op volgorde van belangrijkheid? Dat namelijk de Nvl onderaan staat, kan naar ons idee niet kloppen.	De mate van toepasselijkheid en belangrijkheid hangt niet af van de volgorde waarin de bijlagen van de overeenkomst zijn gerangschikt.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
24 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Artikel 1 F bepaalt dat enkele bijlagen (waaronder het Voorschrift zorgtoewijzing en de instemmingsverklaring) van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Het betreft de telkens meest actuele versie van deze documenten: het gaat hier om een eenzijdig wijzigingsbeding. Wij maken bezwaar tegen dit artikel waarbij ons bezwaar zich richt op de geursiveerde zinsnede, die inhoudt dat op voorhand instemming wordt gevraagd voor documenten die gedurende de looptijd van de overeenkomst eenzijdig door het zorgkantoor (kunnen) worden aangepast. Wij achten het onredelijk dat wij geacht worden in te stemmen met documenten die wij niet kennen. Bent u bereid om bij wijziging van de documenten die integraal onderdeel uitmaken de geactualiseerde versie ter instemming voor te leggen aan de zorgaanbieder. Zo nee, waarom niet?	Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
24 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I: ZORGAANBIED ERGEBONDEN DEEL	Artikel 1 lid 6 schrijft voor dat de zorgaanbieder de klant wijst op (...) het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon. De cliëntvertrouwenspersoon heeft op grond van de Wet Zorg en Dwang (WZD) tot taak om de cliënt of zijn vertegenwoordiger op hun verzoek te adviseren en bij te staan in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg, met gedwongen opname en verblijf en met het doorlopen van de klachtenprocedure van de WZD. Het begrip cliënt in de WZD heeft een beperktere reikwijdte dan het begrip cliënt in de Wlz. De cliënt in de WZD is een persoon van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg als bedoeld in het derde lid, dan wel van wie het CIZ in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wet langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het is daarmee onjuist - en verwarrend bovendien - dat de zorgaanbieder alle cliënten in de Wlz moet wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand. Wij maken hiertegen bezwaar en verzoeken u om de overeenkomst aan te passen in lijn met de WZD.	Wij zullen lid 6 van Artikel 1 Deel III Algemeen deel aanpassen. Lid 6 zal komen te luiden: De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.
24 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Wat wordt verstaan onder "bestuurlijke onrust" als bedoeld in artikel 3, lid 1 van deel III?	Gedacht kan worden aan het plotselinge vertrek van (een) bestuurder(s) of conflicten tussen bestuurders onderling.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
24 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 11 lid 2 d) Early Warning Systeem. Kunt u de functie, de inhoud van het systeem en wat van de zorgaanbieder verwacht wordt toelichten?	Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij de continuïteit van zorg waarborgen. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorgkantoren systematisch volgen of gecontracteerde zorgaanbieders in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen en daarvoor in financieel opzicht voldoende gezond zijn en dit ook blijven. EWS wordt gebruikt als hulpmiddel om te beoordelen of zorgaanbieders financieel gezond zijn. Het zorgkantoor informeert zorgaanbieders separaat over wat van hen verwacht wordt. Eventueel kunt u hierover contact opnemen met uw zorginkoper.
24 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 13. Kunt u toevoegen dat de bepalingen in dit artikel ook geldig zijn voor betalingen die ten onrechte niet tijdig zijn gedaan door het zorgkantoor. Zo nee, waarom niet?	Wij zullen het artikel ongewijzigd laten. Eventuele niet tijdige betalingen leiden op zichzelf namelijk niet tot een terugvordering, wat maakt dat artikel 13 daarvoor niet passend is.
24 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 17, lid 2 van deel III bepaalt, in heel algemene bewoordingen, dat recht op vergoeding vervalt indien sprake is van fraude, terwijl dan nog wel zorg moet worden geleverd. Het begrip fraude is in het onderdeel Begrippen onder punt 6 van deel III bovendien ook heel algemeen geformuleerd. Hoewel zonder meer sancties verbonden moeten kunnen worden aan fraude (zoals onder meer verwoord in lid 4 van artikel 17) zijn de twee hiervoor bedoelde bepalingen disproportioneel ingrijpend. Fraude door een medewerker van een zorgaanbieder kan redelijkerwijs niet op eenzelfde manier gesanctioneerd worden als institutionele fraude. Voorts is volstrekt begrijpelijk dat (institutionele) fraude financiële consequenties zal hebben, maar die kunnen niet zo verstrekkend zijn, dat een zorginstelling alle zorg vanaf dat moment zonder vergoeding moet voortzetten. Met dit bezwaar beoogt zorgaanbieder dat beide artikelen met meer nuance worden herschreven.	Wij zullen de definitie van het begrip 'fraude' en artikel 17 niet herschrijven. Wij begrijpen dat vragensteller van mening is dat de betreffende bepalingen disproportioneel kunnen uitpakken. Die mening van vragensteller delen wij niet. Aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.
25 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 18, lid 6. Er is niet bepaald welke criteria worden gehanteerd bij het vaststellen wanneer een tekortkoming leidt tot een (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst. Kunt u deze toevoegen, zo nee waarom niet?	Omdat elke casus weer een andere is en naar de omstandigheden van het geval beoordeeld dient te worden, kunnen we dit niet nader aangeven. Wel wijzen wij er op dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.
25 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Kan artikel 19, lid 3 onder d van deel III zo worden uitgelegd, dat overleg in verband met een tijdig gemelde fusie of splitsing tot resultaat kan hebben dat het zorgkantoor niet overgaat tot onmiddellijke beëindiging van de overeenkomst, zulks mede in het licht van het bepaalde in artikel 20 van deel III?	De zorgaanbieder is verplicht om het zorgkantoor tijdig in kennis te stellen van een voornemen tot bijv. een fusie of splitsing. Wanneer dat tijdig gebeurt, zal doorgaans de overeenkomst niet met onmiddellijke ingang worden beëindigd. De zorgaanbieder en het zorgkantoor kunnen dan met elkaar bespreken wat de fusie of splitsing voor de lopende overeenkomst betekent.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
25 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 22 lid 8. Kunt u nader inhoudelijk de procedure en de genoemde documenten duiden en alsnog (voor zover dat nog niet zou zijn gedaan) ter beschikking stellen? Zo nee, waarom niet?	Voor de betreffende documenten verwijzen wij u naar Deel I.A: Algemene gegevens onder I.F.
25 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	In artikel 10, lid 1 van deel III is opgenomen dat het zorgkantoor een door zorgaanbieder aangemelde onderaannemer kan weigeren. Redelijkerwijs moet daaraan toegevoegd worden dat het zorgkantoor hiervoor dan wel goed onderbouwde zwaarwegende gronden zal moeten hebben. Kunt u dit toevoegen? Zo nee, waarom niet?	Dit hoeft niet aan het artikel toegevoegd te worden omdat het zorgkantoor normaal gesproken uit zichzelf een weigering zal motiveren.
25 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Aan artikel 19 moet redelijkerwijs een opzegmogelijkheid voor de zorgaanbieder worden toegevoegd indien de beschikbare contracteerruimte, tariefpercentages of tariefsystematiek eenzijdig gedurende de looptijd van de (verlengde) overeenkomst wijzigt. Dit is zeker redelijk in het licht van de mogelijkheid van het zorgkantoor om tarieven aan te passen als een zorgaanbieder een (te) hoog resultaat zou behalen (punt 2.3.6 Inkoopbeleid Wlz). Voorts is dat ook redelijk in geval (bijvoorbeeld, maar niet limitatief) een beroep op de hardheidsclausule (punt 2.7 Inkoopbeleid Wlz) niet zou worden gehonoreerd door het zorgkantoor. Kunt u een opzegmogelijkheid toevoegen? Zo nee, waarom niet?	Aan artikel 19 van Deel III Algemeen deel zal geen opzegmogelijkheid worden toegevoegd, omdat met de opzegmogelijkheden die zijn opgenomen al de situaties zijn afgedekt die afgedekt zouden moeten worden.
25 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 1 Lid 1. In dit artikel is opgenomen: "De zorgaanbieder is verplicht om knelpunten met betrekking tot continuïteit van zorglevering op klantniveau bij het zorgkantoor te melden.". Kunt u nader definiëren welk type knelpunt gemeld moet worden bij het zorgkantoor?	Het gaat om alle knelpunten die maken dat de continuïteit van zorglevering op klantniveau in gevaar komt. Zie ook artikel 3 'Continuïteit van de zorglevering'.
25 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Niet bepaald is welke criteria worden gehanteerd bij het vaststellen wanneer een tekortkoming leidt tot een (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst en welke beroepsmogelijkheid de zorgaanbieder heeft. Kunt u deze toevoegen, zo nee waarom niet?	Omdat elke casus weer een andere is en naar de omstandigheden van het geval beoordeeld dient te worden, kunnen we de criteria niet nader aangeven. Wel 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. Voor de beroepsmogelijkheden verwijzen wij vragensteller naar artikel 22 'Algemene slotbepalingen' lid 4.
25 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Met de term cliënt onder de WZD wordt iets anders verstaan dan onder de term cliënt in de Wlz. Wij verzoeken het zorgkantoor de term in de Wlz-overeenkomst aan te passen omdat het onmogelijk is voor een zorgaanbieder alle cliënten in de wijk te moeten wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand.	Wij zullen lid 6 van Artikel 1 Deel III Algemeen deel aanpassen. Lid 6 zal komen te luiden: De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
25 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Het verkrijgen van toestemming voor zorgbeëindiging is niet vereist – het Voorschrift zorgtoewijzing verlangt slechts dat een voorgenomen beëindiging wordt gemeld – maar wordt wel gepretendeerd door zorgkantoren. Wij verzoeken u in het Voorschrift zorgtoewijzing te expliciteren dat er geen toestemming nodig is van het zorgkantoor bij zorgbeëindiging.	Op dit moment kunnen wij helaas geen antwoord geven op uw vraag, daar het Voorschrift later wordt gepubliceerd.
25 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Bij de uitleg Begrippen onderdeel 10 Onderaanneming: geeft u aan dat u ZZP'ers ook beschouwd als onderaannemers. Vraagt u in art 10 lid 1 aan ons om alle ZZP'ers die we inzetten voor Wlz-zorg voor inzet bij u voor te leggen? Gezien de capaciteitsdruk in de zorg is het van belang dat ZZP'ers indien nodig snel inzetbaar zijn en vraagt deze tussenstap (onnodig) extra tijd. Bent u bereid het artikel aan te passen en de inzet van ZZP'ers uit te sluiten van het 'vooraf melden'? Eventueel is een andere vorm van toetsing af te spreken die niet tijdvertragend werkt en die met minimale administratieve last wel het gewenste inzicht geeft?	Nee, wij zijn niet bereid om het artikel aan te passen. Ook zorg in onderaanneming door ZZP'ers moet vooraf gemeld worden. Zie de Bijlage Opgave Onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.  Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming.
26 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Deel III, art 19 lid 4: waarom is de zorgaanbieder wel verplicht tot schadevergoeding bij ontbinding (zelfs bij overmacht situatie), maar het zorgkantoor niet?	Als het zorgkantoor om welke reden ook maar, genoodzaakt zou zijn om de overeenkomsten met al zijn gecontracteerde zorgaanbieders te beëindigen dan zou het – als het een dergelijke bepaling niet in zijn overeenkomst zou hebben opgenomen – geconfronteerd kunnen worden met vele vorderingen tot schadevergoeding. Tegen dergelijke situaties wenst het zorgkantoor zich te beschermen.
26 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Deel III, art 4: De zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, het zorgkantoor meteen van die omstandigheden met inachtneming van privacyregels in kennis te stellen en dit schriftelijk te bevestigen.-> ik neem aan dat dit enkel over de Wlz-zorg gaat en niet over ons gehele zorgaanbod. Wanneer het een andere zorgsoort betreft en/of buiten het gebied van het zorgkantoor, lijkt me dat die plicht er niet is, klopt dat?	Ons inziens doelt vragensteller op artikel 3 'Continuïteit van de zorgverlening' en niet op artikel 4. Als het om de continuïteit van de zorgverlening gaat, dan betreft dat de Wlz-zorg. Alle risicovolle omstandigheden die die continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, dienen bij het zorgkantoor gemeld te worden. Ook risicovolle omstandigheden die te maken hebben met het andere zorgaanbod van de zorgaanbieder of die buiten het gebied van het zorgkantoor liggen, vallen onder deze bepaling. Dit voor zover zij de continuïteit van de zorgverlening (Wlz-zorg) bedreigen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
26 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 3 lid 2 staan limitatieve voorbeelden van risicovolle omstandigheden, waaronder tuchtrechtelijke maatregelen. Betekent dit dat het zorgkantoor van iedere waarschuwing en/of berisping op de hoogte moet worden gesteld? Een waarschuwing of berisping heeft geen direct risico voor de continuïteit van zorg. Waarom is dit als risicovolle omstandigheid gedefinieerd?	Het zorgkantoor moet o.a. van iedere waarschuwing en/of berisping in kennis worden gesteld. Wanneer u van mening bent dat een waarschuwing of berisping geen direct risico heeft voor de continuïteit van zorg, dan kan het nog altijd een indirect risico voor de continuïteit van zorg opleveren. Dat is voor het zorgkantoor voldoende reden om van dergelijke maatregelen op de hoogte gesteld te willen worden.
26 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 1 - dit maakt dat iedere ZZP'er vooraf moet worden aangemeld en moet worden afgewacht of het zorgkantoor de ZZP'er weigert of niet. Dat geeft administratieve last en vertraging bij het inschakelen van zorgverlenenden. Binnen welke termijn zal het zorgkantoor kenbaar maken of een onderaannemer wordt geweigerd? Kan voor ZZP'ers geen uitzondering worden gemaakt?	<p>ZZP'ers gelden als onderaannemers en dienen als zodanig gemeld te worden. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden. Zie verder de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.</p> <p>Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders ten minste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming. Om die reden kan voor ZZP'ers geen uitzondering worden gemaakt.</p> <p>Het zorgkantoor zal zo spoedig mogelijk kenbaar maken of een onderaannemer wordt geweigerd. Een specifieke termijn kan niet gegeven worden omdat de situatie niet elke keer dezelfde is.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
26 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 6 - Veel onderaannemers (zoals mondzorgorganisaties) werken zelf ook met ZZP'ers. Deze zullen dan allemaal door het zorgkantoor akkoord moeten worden bevonden. Dat geeft administratieve last en vertraging bij het inschakelen van zorgverlenenden. Binnen welke termijn zal het zorgkantoor kenbaar maken of een onderaannemer van een onderaannemer toestemming heeft verkregen? Kan voor ZZP'ers - mede gelet op de in de modelovereenkomsten veelal gehanteerde uitgangspunt van vrije vervangbaarheid - geen uitzondering worden gemaakt?	<p>Hoofddregel is dat de zorgaanbieder (hoofdaannemer) met alle onderaannemers aantoonbare afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg die zij van de zorgaanbieder hebben opgedragen gekregen. De zorgaanbieder dient strikt op naleving hiervan toe te zien. Daar is nog bij vermeld dat alleen met toestemming van het zorgkantoor aan de zorgaanbieder (hoofdaannemer) de inschakeling van onderaannemer(s) door een onderaannemer is toegestaan.</p> <p>Zie de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring en zie punt 6 van de Bestuursverklaring zelf.</p> <p>In het geval zoals door vragensteller geschetst, zal er eerst überhaupt toestemming moeten komen van het zorgkantoor dat onderaannemers zelf weer onderaannemers mogen inschakelen. Wij zullen geen uitzondering maken voor ZZP-ers.</p>
26 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 9 is opgenomen dat aanbieders en mondzorgprofessionals vooraf schriftelijke afspraken dienen te maken over de uit te voeren werkzaamheden. Welke afspraken dienen er specifiek vastgelegd te worden?	<p>De zorgaanbieder moet erop toezien dat de mondzorgprofessional de zorg verleent die het meest passend is voor de klant en dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. Om die taken goed te kunnen uitvoeren, dienen er afspraken te worden gemaakt. De zorgaanbieder zal via die schriftelijke afspraken moeten regelen dat hij de declaraties die de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor indient, kan controleren.</p> <p>Ook zullen er afspraken gemaakt moeten worden over de dossiervorming. De door de mondzorgprofessional geleverde zorg moet zowel vastgelegd worden in het klantdossier bij de zorgaanbieder alsook in het klantdossier bij de mondzorgprofessional.</p> <p>Verder moet in die samenwerkingsafspraken worden opgenomen dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz, zoals gepubliceerd op de website van het zorgkantoor, van toepassing zijn als de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor declareert. Bovenstaande zijn voorbeelden maar het is geen limitatieve opsomming.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
26 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 10 is opgenomen dat de zorgaanbieder er op toe ziet dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of geen andere of meer prestaties bij het zorgkantoor declareert dan daadwerkelijk geleverd. Op welke manier kan de zorgaanbieder dit controleren? De inzet van de mondzorgprofessionals wordt rechtstreeks gedeclareerd en vergoed door het zorgkantoor. Aanbieders worden met administratieve lasten en bijbehorende kosten belast door deze bepaling.	De zorgaanbieder kan in de samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional hierover afspraken maken; dat hij de mondzorg declaraties te zien krijgt en door de mondzorgprofessional in staat gesteld wordt de betreffende controles uit te voeren. Mondzorgprofessionals zijn onderaannemers met het enige verschil dat zij rechtstreeks bij het zorgkantoor declareren en andere onderaannemers via de zorgaanbieder/hoofdaannemer. In de situatie van reguliere onderaannemers heeft de zorgaanbieder ook administratieve lasten.
26 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 12 is opgenomen dat van de zorgaanbieder verwacht wordt dat minimaal 1 keer per jaar een interne audit uitgevoerd wordt naar de kwaliteit van de mondzorg. De bepaling dat de interne audit jaarlijks plaats dient te vinden verhoogt de administratieve lasten voor de aanbieders en is niet wenselijk.	Een slechte mondgezondheid van een cliënt/verzekerde heeft een negatief effect op diens algemene gezondheid. Vandaar dat wij een kwalitatief goede mondzorg van essentieel belang vinden. Daar hoort ons inziens ook een regelmatig terugkerende audit bij waarmee die kwaliteit gemonitord wordt.
26 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 2: Kunt u nader toelichten waarom u ervoor heeft gekozen dat een onderaannemer lid moet zijn van SIEV, Schoonmakend Nederland of Prezo Hulp bij het Huishouden?	Dit geldt voor onderaannemers die uitsluitend schoonmaak leveren met uitzondering van de ZZP'ers. Het lidmaatschap zegt iets over de mate van professionaliteit van de onderaannemer.
26 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 6: "De hoofdaannemer kan aantonen dat hij met alle onderaannemers afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg." Hoe is dit artikel te zien in relatie tot het inzetten van ZZP'ers door een onderaannemer?	Dit artikellid geldt ook voor de inzet van ZZP'ers door een onderaannemer.
27 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 10 lid 2 stelt u dat onderaannemers moeten voldoen aan de Wtza. Geldt dit ook voor de inhuur van bijvoorbeeld een pedicure/geestelijk verzorger en of vergelijkbaar?	De Wtza is van toepassing op zorgaanbieders/zorgverleners die zorg bieden die onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) valt of die laten verlenen. Voor vragen over de Wtza kan vragensteller het beste contact opnemen met het CIBG.
27 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 10 lid 2 stelt u dat onderaannemers moeten voldoen aan de Wtza. Bedoelt u hiermee dat onderaannemers een Wtza vergunning moeten hebben?	Nee, dat bedoelen wij niet. Onderaannemers moeten wel aan de meldplicht voldoen. Voor vragen over de Wtza kan vragensteller het beste contact opnemen met het CIBG.
27 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Voor het inschakelen van onderaannemers moet vooraf toestemming worden gevraagd. Wij maken gebruik van bijvoorbeeld pedicures die niet bij ons in loondienst zijn voor de voetverzorging. Voetverzorging is onderdeel van het intramurale pakket. Wij huren hiervoor gediplomeerde pedicures in en vinden het niet noodzakelijk om hier vooraf toestemming voor te vragen. Dit laten wij graag vormvrij over aan de voorzieningen. Als wij dit niet melden overtreden wij daarmee artikel 10 lid 1?	Ja, dan overtreedt vragensteller daarmee artikel 10 lid 1. Zie evenwel de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
27 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Bepaalde typen zorg volgens Artikel 5 van de Overeenkomst mogen niet geweigerd worden, de bepaling lijkt nu te impliceren dat deze zorg altijd geboden en geaccepteerd moet worden. Terwijl het zorgkantoor bij bijvoorbeeld crisiszorg een aantal bedden inkoop. We verzoeken u het slot van artikel 5 te wijzigen naar: "De zorgaanbieder dient overeenkomstig de gemaakte volume-afspraken altijd (...)". Kunt u, indien u zich niet kunt vinden in het voorstel, beargumenteren waarom niet?	Wij zullen het artikel niet aanpassen. De laatste zin van het artikel luidt dat de zorgaanbieder deze zorg (palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg) niet mag weigeren. Dat is belangrijk anders is het risico aanwezig dat in dergelijke omstandigheden deze zorg niet geleverd wordt en dat is geen optie. Als de volumeafspraken in de praktijk niet toereikend blijken te zijn, zou de zorgaanbieder daarover met het zorgkantoor in gesprek kunnen gaan.
27 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In de definities is voor onderaanneming aangegeven dat zzp-ers daar ook deel van uitmaken. In artikel 10 lid 1 is vermeld dat alle zorg in onderaanneming vooraf gemeld moet worden. Dat betekent ook dat alle zzp-ers gemeld moeten worden. Dat is gezien de huidige arbeidsmarkt onwenselijk. Verzoek is om de zzp-ers uit de definitie te halen. Advies: verzoek om artikel 10 lid 1 aan te passen naar: "Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers gemotiveerd te weigeren. Indien de zorgaanbieder meent dat een weigering niet terecht is en haar belangen als gevolg daarvan onevenredig worden geschaad, treden partijen over de weigering in overleg."	Wij zullen de ZZP'ers niet uit de definitie 'Onderaanneming' halen. Ook zullen wij artikel 10 lid 1 niet aanpassen. Zie evenwel de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.
27 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Is het uitvoeren van interne audits niet een integrale verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en het verbijzonderen en verplichten van een audit Mondzorg te eng geformuleerd?	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een specifieke interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
27 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoe moeten we in het kader van (Ont)zorg de zorg de administratieve last zien van het voeren van minimaal 1x per jaar het uitvoeren van interne audits op de mondzorg? Is dit niet dubbelop met hetgeen dat zal volgen uit het kwaliteitskompas? Hoe kijkt u hier tegen aan?	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een specifieke interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
27 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Wat zijn redenen dat het zorgkantoor onderaannemers kan weigeren? Graag uw toelichting.	Er worden bepaalde eisen aan onderaannemers gesteld. Als zij niet aan die eisen voldoen, moet een zorgkantoor hen kunnen weigeren.
27 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Behoren onderaannemers die werken met de rekenmodule voor dagbesteding ook als onderaannemer?	Ja, dat is het geval.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
279	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	pagina 16, Hoofdstuk 1, artikel 1, lid 1: U stelt: De zorgaanbieder verbindt zich om, met inachtneming van hetgeen tussen partijen is overeengekomen aan afspraken over prestaties en tarieven, zorg te verlenen aan de klant die zich daartoe tot hem wendt en zorg te verlenen op basis van aanspraken vermeld in het indicatiebesluit en conform het Voorschrift zorgtoewijzing. Vraag; betekent dit een acceptatieplicht voor iedereen?	Ja, in principe wel. Zie echter in het Voorschrift zorgtoewijzing de regeling omtrent het weigeren van zorg.
280	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoofdstuk 1, artikel 10, lid 4: u stelt: De hoofdaannemer geeft het zorgkantoor desgevraagd nadere informatie over de onderaannemer en diens verwachte te realiseren productie voor het desbetreffende jaar. In voorkomend geval kunnen partijen nadere afspraken maken met betrekking tot de onderaanneming en deze in een addendum vastleggen. Kunt u definiëren wat 'nadere informatie' inhoudt?	Bij nadere informatie kan bijv. gedacht worden aan informatie die aantoont dat de zorgverlening door de onderaannemer aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf zijn gesteld.
281	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	U schrijft in Deel III: Definitie: let op: iedere ZZP'er geldt dus als onderaannemer! Artikel 1 lid 3: Indien bevindingen van de IGJ leiden tot een oordeel ten aanzien van de levering van zorg, dan zal het zorgkantoor de gevolgen van dit standpunt op deze overeenkomst betrekken. Kunt u aangeven op welke manier de gevolgen van een eventueel oordeel van de IGJ bij deze overeenkomst worden betrokken?	Indien bijvoorbeeld de IGJ tot het oordeel komt dat de kwaliteit van de geleverde zorg onvoldoende is, zal worden bekeken of de zorgaanbieder nog wel aan de voorwaarden van de overeenkomst voldoet/de overeenkomst nog wel nakomt.
282	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Deel 3 artikel 18 lid 4 geeft aan dat er sancties op niet-nakoming gezet kunnen worden, waaronder een korting van 5% op de tarieven. Bent u bereid in geval van niet-nakoming af te zien van de mogelijkheid nieuwe tariefafspraken te maken of een korting op de tarieven toe passen? De tarieven staan reeds onder druk en andere tariefafspraken dan wel een korting van 5% op de tarieven heeft grote financiële gevolgen voor een zorginstelling. Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Het zorgkantoor zal zijn pakket aan maatregelen dat bij niet nakoming ingezet kan worden, niet inperken, zoals de vragensteller vraagt. Dat de afspraak over volumes, prestaties en tarieven wordt aangepast en/of dat een korting van maximaal 5% op de afgesproken tarieven wordt opgelegd, blijft tot de mogelijkheden behoren. Het blijft immers van belang voor de verzekerden dat gemaakte afspraken worden nagekomen door de zorgaanbieder.
283	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Soms hebben zorgaanbieders geen eigen AGB-code. Worden afspraken over onderaannemerschap ook goedgekeurd als een zorgaanbieder geen AGB-code heeft?	Ja, dat is het geval mits aan eventuele overige voorwaarden wordt voldaan zoals een benodigde kwalificatie.
284	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Blz. 18. Er wordt gesproken over Treeknorm maar zorgkantoor spreekt in Voorschrift Zorgtoewijzing van Streefnorm. Wat wordt nu gehanteerd? En kan dit eenduidig gemaakt worden?	De zorgaanbieder start in beginsel binnen de Treeknormen en als er in het Voorschrift zorgtoewijzing Streefnormen zijn vastgesteld, binnen de Streefnormen, met zorgverlening aan de klant.
285	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2 Niet nakoming	Lid 1; aan wat voor soort sancties moeten we denken?	Het is niet duidelijk naar welk artikel u verwijst. Wij kunnen uw vraag niet beantwoorden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
28 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	In artikel 11, Lid 2 f is opgenomen dat de aanbieders het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag/ kwaliteitsbeeld beschikbaar dient te stellen aan de zorgkantoren. In de landelijke visie en het regionale inkoopbeleid van de Zorgkantoren is geen informatie opgenomen over de aan te leveren plannen/ verslagen. Blijft de aard en inhoud van de plannen en verslagen gelijk?	Wat de aard en inhoud van de plannen en verslagen moet zijn staat beschreven in het vigerende kwaliteitskader. Het zorgkantoor volgt het kwaliteitskader en sluit aan op de werkwijze zoals staat omschreven in het kader.
28 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Art 11 lid 1: Het zorgkantoor heeft het recht om van de zorgaanbieder alle informatie op te vragen die het nodig heeft voor het uitoefenen van zijn taken in het kader van de Wlz en de wettelijke voorschriften die betrekking hebben op de levering van de zorg. Het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt. Op welke voorwaarden toetst u dat het tot geen extra administratieve last leidt?	Het gaat om informatie die nodig is voor het uitoefenen van de taken van het zorgkantoor en daarbij om niet onnodige extra administratieve lasten. Het is aan het zorgkantoor zelf om in een specifiek geval de afweging te maken welke informatie wel en niet nodig is en wat wel en niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt.
28 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, Hoofdstuk 2, art. 11, lid 2 onderdeel a; U stelt: De zorgaanbieder stemt ermee in dat het zorgkantoor deel kan nemen aan de bestuursgesprekken tussen de IGJ en de zorgaanbieder, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Vraag; Ons inziens is het aan de zorgaanbieder om in gesprek te gaan met de IGJ. In deze gesprekken zouden ook niet-Wlz gerelateerde onderdelen besproken kunnen worden. Het verzoek is dan ook om deze eis te laten vervallen.	Wij zullen deze eis niet laten vervallen. Als er niet-Wlz gerelateerde onderdelen besproken zouden worden, waar het zorgkantoor niet bij zou mogen zijn, dan kan daar agenda-technisch rekening mee gehouden worden, zo lijkt ons.
28 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, hoofdstuk 2, art. 11, lid 2 b: u stelt: b. Openbare rapporten van de IGJ worden door de zorgaanbieder goed vindbaar voor de klant op de website van de zorgaanbieder geplaatst zodra deze beschikbaar zijn. Vraag; Dit vraagt om extra administratieve lasten. Inspectierapporten zijn nu ook al openbaar en op te vragen via de website van het IGJ. Verzoek is om deze eis te laten vervallen.	Wij zullen deze eis niet laten vervallen. Wij vinden het belangrijk dat de betreffende rapporten ook op de website van de zorgaanbieder worden geplaatst.
29 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, Hoofdstuk 2, art. 11, lid 2 onderdeel a; U stelt: De zorgaanbieder stemt ermee in dat het Zorgkantoor deel kan nemen aan de bestuursgesprekken tussen de IGJ en de zorgaanbieder, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Kunt u specificeren in welke specifieke situaties dit gebeurt en op wiens initiatief dit gebeurt?	Wij kunnen niet specificeren in welke specifieke situaties dit gebeurt. De zorgaanbieder dient het zorgkantoor ervan op de hoogte te stellen dat er een bestuursgesprek zal plaatsvinden. Het zorgkantoor bepaalt dan zelf of zij zal deelnemen.
29 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	In artikel 11 lid f wordt aangegeven dat de GGZ sector kan volstaan met een onderbouwing van hoe invulling wordt gegeven aan de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten. Het zorgkantoor kan afspraken maken over de aanlevering hiervan. Wat betekent dit voor eventuele termijnen van aanlevering?	Indien een zorgkantoor hier afspraken met u over wenst te maken, zullen eventuele termijnen van aanlevering op dat moment samen overeengekomen moeten worden. Dit is dus op voorhand niet aan te geven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
29 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 3: Overige bepalingen	blz. 7 lid 5 wat is tijdig?	Wij kunnen uit uw vraag niet herleiden waar uw vraag over gaat en kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
29 3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 4: Controle	De bepaling in artikel 13 is vrij algemeen geformuleerd voor een bevoegdheid die grote financiële consequenties kan hebben. Niet duidelijk is hoe wordt vastgesteld dat een betaling ten onrechte zou zijn gedaan. Ook in het declaratieprotocol wordt hier niet op ingegaan. We verzoeken om artikel 13 aan te passen naar een meer evenwichtige bepaling waarin de procedure beter wordt uitgewerkt, dan wel wordt verwezen naar een bijlage waarin de procedure wordt uitgewerkt. In die procedure zou dan in ieder geval moeten worden opgenomen dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de constatering dat ten onrechte is betaald, wordt gehoord en gelegenheid krijgt om tegen verrekening of terugvordering bezwaar te maken.	Wanneer bijvoorbeeld in het kader van een materiële controle wordt geconstateerd dat niet op juiste wijze is gedeclareerd, dan kunnen daar terugvorderingen uit voortvloeien. Dat zijn betalingen die door het zorgkantoor ten onrechte zijn gedaan. De wijze waarop een materiële controle moet worden uitgevoerd is aan regels gebonden. Verder wijzen wij u op artikel 7 van Bijlage 5: het Declaratieprotocol Wlz.
29 4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	U stelt in Lid 3 van artikel 16: Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt/wijzigen, is de zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan het zorgkantoor. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat het zorgkantoor in staat is de onderzoeken, als bedoeld in lid 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden. Kunt u nader toelichten waarom de melding vooraf gedaan moet worden?	Het zorgkantoor mag op grond van de Sanctiewet en -regelgeving nooit betalingen verrichten aan een zorgaanbieder waarvan de UBO('s) is/zijn vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet en -regelgeving.  Als de melding van de nieuwe UBO('s) achteraf gedaan zou mogen worden en een UBO blijkt op een sanctielijst te staan, dan kan het zorgkantoor in de tussentijd al in strijd met wet- en regelgeving een betaling hebben gedaan. Om dat te voorkomen moet de melding vooraf gedaan worden.
29 5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	Art 15 lid 4 laatste alinea: zorgaanbieder dient de klant te informeren, dat geldt ook voor het niet gebruik hoeven maken van de Wlz (het stukje daarvoor) als een andere wet kan voorzien in ondersteuning van de cliënt? (m.a.w. er wordt ten onrechte gebruik gemaakt van de Wlz). Gezien de huidige opgave waar we in de Wlz voor staan, kan ik me voorstellen dat dit "breder" bekeken wordt.	Dank voor uw suggestie. In de praktijk zien wij weinig voorbeelden van onterechte Wlz-zorg. Vandaar dat dit ook niet is opgenomen in de overeenkomst.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
29 6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	U stelt in lid 6 van artikel 18 dat het zorgkantoor zonder ingebrekestelling tot (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst kan overgaan. Hoe verhoudt dit zich tot de redelijkheid en billijkheid. Kunt u dit nader toelichten?	Conform artikel 6:265 BW dient de tekortkoming de ontbinding te rechtvaardigen. De aard, omvang of betekenis van de tekortkoming in de nakoming is van invloed op de mate van ontbinding. Daarmee is de toepassing van de redelijkheid en billijkheid al een gegeven. Het zorgkantoor zal bij zijn afwegingen rekening houden met de ernst en mate van de onjuistheid in dan wel de tekortkoming in de nakoming van hetgeen de zorgaanbieder heeft verklaard. Ook zal bekeken worden of er volledige of gedeeltelijke ontbinding plaats kan vinden.
29 7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel 18 lid 5 en artikel 19 lid 4, in samenhang met artikel 23 lid 2. In artikel 23 lid 2 van Deel III van de Overeenkomst (Bijlage 1) is opgenomen dat de aansprakelijkheid van het zorgkantoor is beperkt, in die zin dat het zorgkantoor nooit aansprakelijk is voor gevolgschade. Dat is een redelijke bepaling, uiteraard mits dit omgekeerd ook geldt voor de zorgaanbieder. Hierbij wijzen wij er ook op dat een ongelimiteerde aansprakelijkheid van de opdrachtnemer sowieso als disproportioneel zou zijn aan te merken. Wij verzoeken u daarom om een artikel op te nemen (al dan niet door aanpassing van artikel 18 lid 5 en artikel 19 lid 4 Deel III Overeenkomst; Bijlage 1) waarin is bepaald dat de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder voor gevolgschade is uitgesloten en bovendien is beperkt tot het bedrag dat de aansprakelijkheidsverzekeraar uitkeert.	Wij zullen de overeenkomst op de gevraagde punten niet aanpassen. Wij merken daar nog bij op dat artikel 18 lid 5 niet alleen ziet op de schade van zorgkantoor maar juist ook op die van de klanten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
29 8	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel 18 lid 3 en lid 4. Een aantal onderdelen van artikel 18 lid 3 en 4 van de Overeenkomst, Deel III (Bijlage 1) is disproportioneel en/of niet transparant: 1) het is disproportioneel dat de zorgaanbieder ermee moet instemmen dat u in geval van niet-nakoming van afspraken door de zorgaanbieder een eenzijdig recht heeft om afspraken over volumes, prestaties en tarieven eenzijdig aan te passen. U beschikt bij wet immers over de mogelijkheden tot 'omzetting' van verbintenissen, of '(gedeeltelijke) ontbinding'. Een eenzijdig ongeclausuleerd recht geeft een vrijbrief om afspraken aan te passen, ongeacht of de tekortkoming dat rechtvaardigt. Wilt u de bepaling schrappen, dan wel opnemen dat u deze wijzigingen slechts mag doorvoeren voor zover de tekortkoming dit rechtvaardigt? 2) de mogelijkheid korting van 5% op de tarieven, als sanctie bij iedere vorm van tekortkoming, is volstrekt onredelijk. Het is helemaal niet gezegd dat een eventuele tekortkoming dit rechtvaardigt. Sterker nog: meestal zal dat geenszins het geval zijn. Wij verzoeken u deze clausule te schrappen.	U gaat er in uw vraag vanuit dat het zorgkantoor de betreffende bepalingen zal toepassen ongeacht de vraag of toepassing daarvan de tekortkoming in de nakoming rechtvaardigt. Dat is niet het geval. Aan het begin van Deel III: Algemeen deel is overigens al opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid. Verder merken wij nog op dat er sprake kan zijn van een korting van maximaal 5% en niet dat in alle gevallen een korting van 5% ongeacht de omstandigheden kan worden toegepast (artikel 18 lid 4). Wij zullen geen bepalingen of clausules schrappen.
29 9	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 - Wat verstaat het zorgkantoor onder beëindigen in de eerste zin? Is dat opzeggen of ontbinden?	Dat betreft niet ontbinden maar beëindigen/opzeggen. Tussen opzeggen met onmiddellijke ingang en beëindigen met onmiddellijke ingang is ons inziens geen verschil.
30 0	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 sub h - het enkele niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomen is reeds grond voor beëindiging. Is dat wel reëel? Is het mogelijk dit te koppelen aan de aard van de tekortkoming die van dien aard moet zijn dat deze in redelijkheid beëindiging ook rechtvaardigt?	Voor de goede orde wijzen wij erop dat er staat dat na een deugdelijke ingebrekestelling (voor zover vereist) er niet, niet behoorlijk of niet tijdig nagekomen wordt. Daarnaast zal de aard, omvang of betekenis van de tekortkoming in de nakoming van invloed zijn op de vraag of tot beëindiging zal worden overgegaan en zo ja, of er sprake zal zijn van gehele of gedeeltelijke beëindiging.
30 1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 sub i - het is afhankelijk van de aard van de tekortkoming die door overmacht ontstaat beëindiging reëel is en op welke termijn. Een termijn van 30 dagen in algemene zin voor alle situaties is niet reëel. Is het mogelijk deze termijn op 90 dagen te zetten?	De bepaling zullen wij ongewijzigd handhaven.
30 2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	artikel 19 lid 4 - de zorgaanbieder kan in redelijkheid alleen schadeplichtig zijn als de tekortkoming directe beëindiging van de overeenkomst rechtvaardigt. Bij overmacht is dat per definitie niet reëel. Verschillende beëindigingsgronden in lid 3 zijn bovendien wederkerig. Dan zou lid 4 ook wederkerig moeten zijn. Is het zorgkantoor bereid dit aan te passen?	Het zorgkantoor is niet bereid dit aan te passen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
303	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 21 lid 1 - wat verstaat het zorgkantoor onder "derden". Vallen daar ook dochtervennootschappen of andere groepsmaatschappijen onder?	Ja, die vallen daar ook onder.
304	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	Artikel 22, Lid 1: Kunt u deze bepaling nader toelichten?	De betreffende bepaling is op zichzelf duidelijk. Omdat de vraagsteller niet aangeeft wat daaraan niet duidelijk is, kunnen wij deze vraag helaas niet beantwoorden.
305	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	In artikel 22 lid 3 geeft u aan dat partijen zo snel mogelijk in overleg treden om bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Als er geen overeenstemming wordt bereikt kan elk der partijen de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Zorgaanbieder heeft een zorgplicht ten aanzien van de cliënt en kan de zorg aan cliënt niet zomaar stop zetten. Op welke wijze wordt in een dergelijk geval de zorg continuïteit gewaarborgd?	Wij wijzen u op artikel 19 lid 5 waarin de gang van zaken beschreven staat bij beëindiging van de overeenkomst.
306	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	Artikel 24 lid 2 u beschrijft: Het zorgkantoor is in een dergelijke situatie niet gehouden tot enige (schade)vergoeding. De zorgaanbieder heeft hier geen invloed op. Hoe verhoudt deze bepaling zich tot de redelijkheid en billijkheid?	Het zorgkantoor heeft ook geen invloed op dergelijke wijzigingen in wet- en regelgeving. Het zorgkantoor kan niet gehouden worden om een vergoeding te betalen voor zorg die niet meer bij of krachtens de Wlz vergoed wordt/mag worden. Ook anderszins is het zorgkantoor niet gehouden om een schadevergoeding te betalen.
307	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	DEEL I.A: ALGEMENE GEDEVENS	Wij maken bezwaar tegen artikel 1.F van bijlage 1, waarin een aantal bijlagen die integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst in de loop van de tijd eenzijdig kunnen worden aangepast. Het is voor ons niet mogelijk akkoord te gaan met een dergelijk artikel. Gaat u dit aanpassen?	Wij gaan dit niet aanpassen.
308	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	DEEL I: ZORGAANBIEDER ERGEBONDEN DEEL	De vragen die wij hebben gesteld voor de overeenkomst in Bijlage 1 gelden ons inziens dan ook voor Bijlage 2. Wilt u dit bevestigen? Zo niet, wilt u uw antwoord dan motiveren?	Deze vraag is niet in algemene zin te beantwoorden. Dat is afhankelijk van de bepaling waar het om gaat. Wij kunnen uw aanname dan ook niet bevestigen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
309	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL	Ik ben een bestaande zorgaanbieder. Heb al diverse documenten ingediend in vorige aanbesteding, die nu wel soms verouderd zijn. Moet ik dan opnieuw alle documenten indienen?	<p>Wij gaan ervan uit dat u een bestaande zorgaanbieder bent in zin van 'bestaande voor het zorgkantoor', een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.</p> <p>In Bijlage 1: Aan te leveren documenten, van bijlage 3A Bestuursverklaring is het volgende opgenomen: Bijlage 1: Aan te leveren documenten</p> <p>Voor bestaande zorgaanbidders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.</p> <p>U hoeft als bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' naast de bestuursverklaring niet opnieuw alle aanvullende documenten in te dienen. Hebben er wijzigingen plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 (of van eerdere jaren) dan dient u dit te melden bij het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.</p>
310	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL	Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024, Bijlage 2) U schrijft dat "Het zorgkantoor merkt de inschakeling van zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) - die beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen - aan als onderaanneming. Het zorgkantoor gaat er vanuit dat als een zorgaanbieder ZZP'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming." Wat is de reden dat u ZZP'ers als onderaannemers beschouwt? Zorgaanbidders schakelen immers met de inzet van ZZP'ers geen andere zorgaanbidders in, maar zorgverleners die eraan bijdragen dat de zorgaanbieder Wlz de zorg aan de verzekerden van het zorgkantoor kan blijven verlenen. Bent u bereid de definitie van onderaannemers aan te passen door ZZP'ers niet langer onder die definitie te scharen?	Wij beschouwen ZZP'ers als onderaannemer, omdat zij in opdracht werken van de opdrachtgever (hoofdaannemer). Volgens de Wtza en Wkkgz zijn ZZP'ers in de zorg een zorgaanbieder. Wij zullen deze definitie niet aanpassen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
31 1	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Art 10 lid 1 (Onderaanneming): Bij de uitleg Begrippen onderdeel 10 Onderaanneming geeft u aan dat u ZZP'ers ook beschouwt als onderaannemers. Vraagt u in art. 10 lid 1 aan ons om alle ZZP'ers die we inzetten voor Wlz-zorg voor inzet bij u voor te leggen? Gezien de arbeidsmarktproblematiek en verzuimproblematiek is een snelle inzet van ZZP'ers van essentieel belang. Een tussenstap zal onnodig extra tijd kosten. Bent u bereid het artikel aan te passen en de inzet van ZZP'ers uit te sluiten van het 'vooraf melden'? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij zijn niet bereid om het artikel aan te passen. Ook zorg in onderaanneming door ZZP'ers moet vooraf gemeld worden. Zie de Bijlage Opgave Onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de bestuursverklaring. Daarin staat hoe ZZP'ers gemeld moeten worden.  Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming.
31 2	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoe verhouden de verplichtingen van artikel 2 lid 10 en lid 12 zich tot de deelname aan het experiment vernieuwend verantwoord?	De verplichtingen van lid 10 en lid 12 van artikel 2 Mondzorg gelden tenzij het valt onder een Experiment vernieuwend verantwoord én in dat kader over de mondzorg specifiek andere afspraken zijn gemaakt. De NZa beleidsregel Experiment vernieuwend verantwoord geldt overigens tot en met 31 december 2023.
31 3	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Pagina 21; Deel III, artikel 3 Lid 2. De zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, het zorgkantoor meteen van die omstandigheden met inachtneming van privacyregels in kennis te stellen en dit schriftelijk te bevestigen. Hierbij geeft de zorgaanbieder het zorgkantoor inzicht in alle relevante stukken die betrekking hebben op de problematiek. Het zorgkantoor heeft het recht om, bij gerede twijfel, een extern (accountants)onderzoek in te stellen. De continuïteit van zorg wordt in ieder geval als risicovol beschouwd indien: e. Er sprake is van enige bestuursrechtelijke maatregel van de IGJ of van een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel. Vraag; kunt u bevestigen dat het hier uitsluitend maatregelen betreft vanuit Wlz geleverde zorg?	Nee, dat kunnen wij niet. Ook maatregelen vanuit niet-Wlz-geleverde zorg of anderszins vallen hier onder.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
31 4	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	Pagina 26: Artikel 15, Lid 4: U stelt: De zorgaanbieder heeft de plicht om de klant te informeren dat indien de klant een Wlz-indicatie heeft en verblijft op een plaats met behandeling en voor die dagen waarop door het Zorgkantoor een zorgzwaartepakket inclusief behandeling voor deze klant wordt vergoed, de zorg, die met de Wlz-indicatie samenhangt dan wel daar onderdeel van uitmaakt – zoals bepaald in artikel 3.1.1. Wlz –, niet bij de zorgverzekeraar in rekening mag worden gebracht. De zorgaanbieder ondersteunt de klant desgewenst bij het opzeggen van de inschrijving bij de huisarts, tandarts, apotheker en de hulpmiddelenleverancier in het geval de klant zorg als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz ontvangt. Verzoek, in kader van eigen regievoering cliënt, om de regievoering omtrent opzeggen, in eerste instantie bij cliënt zelf, diens belangenbehartiger of wettelijk vertegenwoordiger (bewindvoerder, mentor of curator) te beleggen. Indien deze niet aanwezig zijn, kunnen wij als zorgaanbieder uiteraard ondersteunen.	In het artikellid staat dat de zorgaanbieder de klant desgewenst ondersteunt bij het opzeggen van de inschrijving bij de huisarts, tandarts, apotheek en de hulpmiddelenleverancier. Ook in de situatie dat er een belangenbehartiger of een wettelijk vertegenwoordiger is, dient de zorgaanbieder die ondersteuning desgewenst te verlenen.
31 5	Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Volgens de titel hoofdstuk 6 bevat bepalingen over fraude, niet nakoming en geschillen. Klopt het dat hoofdstuk 6 geen bepaling bevat over geschillen, maar dit wordt behandeld in hoofdstuk 8?	Dat is juist. Wij zullen de titel van Hoofdstuk 6 aanpassen. Deze komt dan te luiden: Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming.
31 6	Bijlage_3A_Bestuurverklaring_2024	1. Algemeen	Is het nodig GGZ aan te klikken of is het i.h.k.v. persoonsvolgendheid afdoende wanneer je een enkele GGZ indicatie/cliënt hebt om enkel gehandicaptenzorg aan te vinken. Ofwel: zijn enkele sectorvreemde indicaties reden om als (hoofd)zorgsoort een extra zorgsoort aan te kruisen?	In de Bestuursverklaring kruist u de sector aan waarvoor u wilt inschrijven. In de bestuursverklaring hoeft u maar één sector aan de kruisen. Andere of subsectoren hoeft u niet aan te geven. In het ondernemingsplan – indien van toepassing – beschrijft u welke zorg u exact wilt gaan leveren.
31 7	Bijlage_3A_Bestuurverklaring_2024	1. Algemeen	Klopt het dat een zorgaanbieder die een Stichting is géén UBO registratie hoeft te hebben en kan volstaan met een inschrijving in het register KVK?	Nee, een stichting moet ook haar UBO's inschrijven/registreren.
31 8	Bijlage_3A_Bestuurverklaring_2024	1. Algemeen	Klopt het dat bestaande zorgaanbieders dus geen bewijsmiddelen conform het inkoopbeleid hoeven in te leveren?	In bijlage 1: 'Aan te leveren documenten' van de bestuursverklaring is aangegeven dat voor bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' (zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt) geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' ligt dat anders (zie bijlage 1: 'Aan te leveren documenten' van de bestuursverklaring).

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
319	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	1. Algemeen	Moeten we de bestuursverklaring voor elke regio apart invullen of mag je regio Twente en Groningen samen invullen? voor (bestaande aanbieders)	<p>In de Bestuursverklaring is het volgende opgenomen: De zorgaanbieder schrijft in voor de volgende regio('s) zoals beschreven in bijlage 4 Zorgkantoorregio('s)..... ..... (let op, indien u inschrijft voor regio's van meerdere zorgkantoren of aangewezen Wlz-uitvoerders, dient u in te schrijven per zorgkantoor of aangewezen Wlz-uitvoerder):</p> <p>U schrijft in per zorgkantoor/aangewezen Wlz-uitvoerder (Menzis, CZ, VGZ etc.) en per inschrijving/zorgkantoor/aangewezen Wlz-uitvoerder geeft u aan voor welke regio's van dat zorgkantoor/die aangewezen Wlz-uitvoerder u wilt inschrijven. Wanneer u zou willen inschrijven voor Twente en Groningen dan schrijft u dus in bij Menzis Zorgkantoor (omdat Twente en Groningen beide regio's zijn die onder Menzis Zorgkantoor vallen) én geeft u in de bestuursverklaring aan dat dit is voor deze 2 regio's.</p>
320	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	1. Algemeen	Wij hebben verschillende AGB-codes. Is het de bedoeling dat we de Koepelcode aangeven in de bestuursverklaring of de codes die er onder hangen?	In de bestuursverklaring vermeldt u de AGB-code van de juridische entiteit waarmee u inschrijft.
321	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Hoe verhoudt de 2e eis omtrent het UBO-register zich tot de brief van de minister van Financiën d.d. 22-11-22: <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/11/22/kamerbrief-over-tijdelijk-geen-informatieverstrekingen-uit-het-ubo-register-naar-aanleiding-van-uitspraak-eu-hof">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/11/22/kamerbrief-over-tijdelijk-geen-informatieverstrekingen-uit-het-ubo-register-naar-aanleiding-van-uitspraak-eu-hof</a>	<p>De eis houdt in dat de zorgaanbieder zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register heeft ingeschreven, voor zover daartoe verplicht.</p> <p>De brief van de minister van Financiën gaat over het tijdelijk niet meer verstrekken van informatie uit het UBO-register vanwege een uitspraak van een Europese rechter. Echter, de laatste zin van de brief geeft aan dat de uitspraak niet van invloed is op de plicht voor juridische entiteiten om UBO's te registeren. Die plicht blijft van kracht en daarmee kan onze eis in zijn oorspronkelijke vorm – die wij in de Bestuursverklaring 2022 voor het eerst in deze vorm hebben opgenomen – ongewijzigd gehandhaafd blijven.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
32 2	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Bijlage 3 Bestuursverklaring: Op pagina 4 het 1e vakje leeg: Nieuwe zorgaanbieder..... Klopt het dat we als bestaande zorgaanbieder dit vakje leeg kunnen laten?	Wij gaan ervan uit dat u doelt op de eis: 'De nieuwe zorgaanbieder – zoals gedefinieerd in onderhavige inkoopprocedure Wlz – heeft zich in het kader van de meldplicht op grond van de Wtza gemeld bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).....'.  Het is juist dat wanneer u kwalificeert als een bestaande zorgaanbieder u dit hokje leeg kunt laten en dus niet hoeft aan te vinken.
32 3	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Wij zijn een bestaande zorgaanbieder en hoeven derhalve alleen de bestuursverklaring aan te leveren. Daarin wordt vermeld dat de zorgaanbieder beschikt over een VOG RP. Onze VOG dateert van 29 juni 2020. Is deze nog geldig of moeten wij een nieuwe VOG RP aanvragen?	Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.
32 4	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	In het overzicht aan te leveren documenten wordt gesproken over een VOG RP. Wij zijn een bestaande zorgaanbieder. Er heeft wel een bestuurswisseling plaats gevonden. Is het dan nodig een nieuwe VOG RP aan te leveren?	U geeft aan dat u een bestaande zorgaanbieder bent in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt.  Hebben er wijzigingen plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 (of van eerdere jaren) dan dient u dit te melden bij het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Dat melden kan buiten deze inkoopprocedure om gebeuren. Hoe dit doorgegeven moet worden en binnen welk termijn is aan uw regionale zorgkantoor. Bij inschrijving hoeft u dus geen nieuwe VOG RP aan te leveren als bestaande zorgaanbieder.
32 5	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt	Bijlage 3: Bestuursverklaring Als we niet voornemens zijn met onderaannemers te werken, kunnen we de vinkjes op pagina 8 punt 4 dan leeg laten? Of is dit een harde knock out? Bij bijlage 2: onderaannemerschap vullen we "nee" in als antwoord.	U kunt de hokjes bij punt 4 op de Bestuursverklaring niet leeg laten, want dat betekent inderdaad een harde knock-out.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		voldaan, aanvinken).		
32 6	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).	Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024, par. 4: U schrijft dat de zorgaanbieder moet verklaren dat de inzet van onderaanneming vooraf wordt gemeld voor het geval daarvan sprake is. Wanneer is sprake van het tijdig melden van het inzetten van een onderaanneming?	Zodra het voor u zelf duidelijk is welke partij u als onderaannemer wilt gaan inzetten, kunt u dat al melden bij het zorgkantoor. In ieder geval moet dit voor zover mogelijk ruim vóór zorglevering zijn. Ook moet er in beginsel een redelijk termijn zijn voor het zorgkantoor om zo nodig een oordeel te vormen over de gemelde onderaanneming.
32 7	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Het zorgkantoor gaat ervan uit dat als een zorgaanbieder ZZP'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming. Is deze definitie ook van toepassing als bijvoorbeeld een zelfstandig verzorgende wordt ingehuurd op een intramurale afdelingen en zorg biedt aan meerdere klanten? Volgens ons is er dan geen sprake van onderaanneming, maar van personeel in loondienst. Deelt u onze mening?	Nee, in deze situatie is er sprake van onderaanneming.
32 8	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Een zorgaanbieder moet aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Kan in het kader van vermindering administratieve last deze opgave geschrapt worden. Zo nee, wat is de reden?	Dit kan niet geschrapt worden. Kwaliteitseisen worden nu juist gesteld om een bepaald niveau van kwaliteit te waarborgen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
329	Bijlage_3A_Bestursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Welke onderaannemers moeten wij op de bijlage onderaannemers vermelden? Dit is in ieder geval de categorie ZZP. Daarnaast werken wij met een SOG, met paramedici en met een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Twee van onze bewoners gaan voor een deel van de dagbesteding naar een externe locatie. Daarnaast maken we gebruik van externe zorgaanbieders voor het leveren van gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld wondzorg). Vallen deze categorieën ook alle onder de onderaannemers? Moeten wij deze op de bijlage opgave onderaannemers 2024 vermelden?	<p>U dient alle onderaannemers in het exceldocument op te nemen. Voor ZZP'ers hoeft u alleen het totale % inzet op te nemen.</p> <p>In de overeenkomst is Onderaanneming gedefinieerd (zie Deel III: Algemeen deel nr. 10 Onderaanneming onder 'Begrippen'. Het eerste deel van die definitie luidt:</p> <p>Er is sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (zelfstandige zonder personeel die beschikt over een overeenkomst met de zorgaanbieder (hoofdaannemer) waaruit blijkt dat deze geen loonheffing moet inhouden en betalen) (de onderaannemer) doorcontracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent.</p> <p>U dient zelf per geval aan de hand van wat wij hierboven hebben aangegeven, te bepalen of er sprake is van onderaanneming.</p>
330	Bijlage_3A_Bestursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	U schrijft met betrekking tot onderaanneming dat het uw richtlijn is dat de gecontracteerde zorgaanbieders 2/3 van de zorg verlenen. Klopt het dat deze richtlijn geen verplichting bevat waar de zorgaanbieder op kan worden afgestraft?	Het is wel degelijk een verplichting waar de zorgaanbieder op afgewezen kan worden. Wat u aangeeft is dus niet juist. Er zijn wel verschillende categorieën die niet meetellen voor de bepaling van het percentage onderaanneming. Zie de definitie '10. Onderaanneming' onder 'Begrippen' in Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
331	Bijlage_3A_Bestursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Moet een ZZP'er die wordt ingeleend via een bemiddelingsbureau ook worden gemeld als onderaannemer?	Ja, dat is het geval. Zie voor de wijze van melden de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
33 2	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Het komt regelmatig voor dat cliënten op een behandelplaats hun eigen huisarts behouden. Worden huisartsen ook gezien als onderaannemers?	In het kader van verblijf met behandeling door dezelfde Wlz-instelling komt de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg – kortweg gezegd, huisartsenzorg – ten laste van de Wlz (zie artikel 3.1.1 Wlz lid 1 onder d, sub 1°) en is de instelling verantwoordelijk voor de levering daarvan. De instelling kan deze zorg laten leveren door bijv. een verpleeghuisarts, specialist ouderengeneeskunde, die bij hem in dienst is of hij kan die zorg laten leveren door een huisarts in de wijk (zie de website van het Zorginstituut Nederland: <a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz">https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz</a> ). In het laatste geval wordt de huisarts ingehuurd door de Wlz-instelling en is de huisarts als onderaannemer te beschouwen en dient deze gemeld te worden bij het zorgkantoor.
33 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	U geeft op meerdere plaatsen in het document aan dat er nog mogelijke aanvullingen, aanpassingen of wijzigingen komen. Zoals bij de meerzorgregeling, het behandelbeleid, bij essentiële voorzieningen of paragraaf 7.7 e.d. Krijg je als zorgaanbieder op dat moment weer de mogelijkheid om voor de aanvullingen, aanpassingen of wijzigingen vragen te stellen of bezwaar te maken? Kunt u er voor zorgen dat zorgaanbieders niet achteraf met terugwerkende kracht geconfronteerd worden met aangepast beleid?	Beleidsaanpassingen doen wij in beginsel alleen als er landelijk in wet- en regelgeving iets wijzigt. Dit gebeurt meestal niet met terugwerkende kracht, dan zal ook het beleid niet met terugwerkende kracht wijzigen. Het is gebruikelijk om bij aanvullend beleid ook de gelegenheid te bieden voor vragen/bezwaren.
33 4	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	In een volgende versie wordt verwacht meer te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van o.a. de overheveling van behandeling. Wanneer verwacht u hierover te kunnen publiceren? Kunnen wij dan nogmaals vragen stellen? Op welke wijze denkt u te gaan voldoen aan het transparantiebeginsel als na inschrijving de aanvullende inkoopvoorwaarden worden gewijzigd? Of worden de nieuw gepubliceerde voorwaarden middels een addendum toegevoegd aan de lopende overeenkomst?	Het aanvullende beleid publiceren de zorgkantoren (naar verwachting) in de Aanvulling op het inkoopbeleid Wlz 2025. Daarbij hanteren de zorgkantoren een vragen- (Nvl) en bezwarenproces.
33 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	In de inleiding is opgenomen dat wordt verwacht in een volgende versie te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van o.a. LVHC. Wordt specifiek beleid t.a.v. de REC/DEC bekostiging van Huntingtonzorg per 1-1-2024 hier in meegenomen?	In zowel de Nota van Inlichtingen als een nieuwe versie van het document aanvullende voorwaarden wordt het beleid t.a.v. de bekostiging van Huntingtonzorg per 1-1-2024 meegenomen. Beide documenten worden op 7 juli 2023 gepubliceerd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
336	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	In de inleiding van de aanvullende inkoopvoorwaarden is vermeld dat een aantal onderwerpen op het moment van publiceren nog niet concreet genoeg is en dat wordt verwacht in een volgende versie te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van domeinoverstijgend samenwerken, LVHC, KIK-V en overheveling behandeling. Wanneer wordt dit aanvullend beleid gepubliceerd, zodat voor ons duidelijk(er) wordt waaraan moet worden voldaan?	De volgende versie is de Aanvulling 2025 (publicatie 1 juni 2024).
337	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	Wanneer verwacht u deze volgende versie van aanvullend beleid op het gebied van: domeinoverstijgend samenwerken, LVHC, KIK-V en overheveling behandeling gereed te hebben?	Het LVHC beleid wordt opgenomen in de Nvl en een nieuwe versie van de aanvullende inkoopvoorwaarden. Beide documenten worden op 7 juli 2023 gepubliceerd. De overige onderwerpen zullen in de aanvulling 2025 op 1 juni 2024 worden gepubliceerd.
338	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	Op een aantal punten verwacht ZN op een later moment beleid te kunnen publiceren. Graag ontvangt zorgaanbieder bevestiging dat bij nieuw beleid de gelegenheid gegeven wordt om vragen te stellen, bezwaar te maken enz. Zorgaanbieder kan immers niet zonder meer inschrijven en akkoord gaan met iets wat vooralsnog onbekend is.	Bij deze bevestigen we dat bij aanvullend beleid in principe zorgkantoren een vragen- (Nvl) en bezwarenproces hanteren, met uitzondering van het LVHC beleid.
339	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	Bijlage 4 (p.59): "(..) afspraken te kunnen maken in het kader van de zorginkoop 2024-2026" Is dit voor de periode 2024 tot 2026 of tot en MET 2026?	We kunnen uw vraag helaas niet beantwoorden. Bijlage 4 telt 28 pagina's (geen 59) en ook uw zoektermen (zorginkoop 2024-2026) zijn onvoldoende specifiek.
340	Bijlage_4_Aanvullende_Inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	Als zorgaanbieder hebben we te maken met minstens 4 zorgkantoren voor een relatief klein productievolume. Dat houdt in dat we met al deze partijen afspraken moeten maken, verantwoording af moeten leggen, plannen in moeten dienen, overleg moeten voeren etc. Zien zorgkantoren mogelijkheden hier met alle andere ZK-en afspraken over te maken dat wij gaan vallen onder 1 ZK? zal enorm effect hebben op administratieve lasten en eenduidigheid ten goede komen. Bij verantwoording over de kanslijnen zien we al zo'n lijn ontstaan!	Het is binnen de huidige wet- en regelgeving niet mogelijk dat één zorgkantoor met één zorgaanbieder afspraken maakt voor meerdere zorgkantoorregio's.
341	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Hoeveel transitiemiddelen zijn er beschikbaar voor de periode 2024-2026? Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbare transitiemiddelen 2023?	In paragraaf 6.1. van bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden staat vermeld welke extra middelen beschikbaar zijn.
342	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Zijn de transitiemiddelen de voorheen bekende kwaliteitsgelden van 4%?	Dit zijn extra middelen, dus niet de kwaliteitsgelden van 4%.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
34 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Wat is het beleid ten aanzien van Laag Volume Hoog Complexe zorg gedurende de periode van dit inkoopbeleid? Voor welke doelgroep precies?	Hierover leest u meer in de Nota van Inlichtingen en het gewijzigde document aanvullende inkoopvoorwaarden dat we op 7 juli publiceren.
34 4	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Er wordt gesproken over taakherschikking behandelaren. Heeft u onderzocht of er voldoende verpleegkundig specialisten op de arbeidsmarkt zijn om als alternatief in te zetten voor bijvoorbeeld een SO?	De zorgkantoren, branches en beroepsverenigingen onderzoeken momenteel de taakverdeling en publiceren daarover aanvullend beleid voor 2025. Over de invulling en uitvoering van het beleid maken de betrokken partijen en zorgaanbieders afspraken in de regio, waarbij er ruimte is om rekening te houden met regio-specifieke kenmerken (zoals de beschikbare capaciteit).
34 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	In hoeverre is het gebruik van technologie een voorwaarde voor de 24/7 bereikbaarheid van SO/AVG?	Zorgkantoren hanteren dit als aanvullende inkoopvoorwaarden om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op de inzet van technologie als dit een verbetering van de toegankelijkheid van (MGZ) zorg oplevert.
34 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Pagina 4: Waarom dient de zorgaanbieder de 24/7 bereikbaarheid van de SO t.b.v. de huisarts te organiseren?	In de (regionale) organisatie van de MGZ-zorg zijn huisartsen, Artsen VG en SO's afhankelijk van elkaars inzet. Dat geldt voor reguliere diensten, maar in het bijzonder voor de ANW (avond, nacht, weekenden). De zorgkantoren zetten in op een betere regionale samenwerking waarbij de inzet van technologie kan helpen om MGZ 24/7 toegankelijk te houden.
34 7	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Pagina 4: Wat wordt er bedoeld met integraal afgestemde zorgverlening en op welke wijze wordt getoetst of er voldoende verpleegkundige kennis is voor een goede triage?	Met integraal bedoelen wij dat de zorgaanbieder de kennis en expertise organiseert en betreft die nodig is voor de behandeling van de cliënt. Zorgkantoren toetsen niet proactief op verpleegkundige kennis voor triage, maar kunnen de aanvullende inkoopvoorwaarde wel betrekken als uit signalen blijkt dat de organisatie van de MGZ niet op orde is.
34 8	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	U stelt dat zorgaanbieders door intensieve samenwerking te zorgen voor een aaneensluitende keten van behandeling. Hoe past dit binnen de wet- en regelgeving van het ACM en wat kan dan wel en wat dan niet. Graag toelichten?	Binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk dat behandelaren en betrokken professionals samenwerken om integrale zorg te leveren. Wat mogelijk is, is afhankelijk van de casus.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
349	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Wie betaalt de investeringen in de technologie t.b.v. bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts? Waar dient deze technologie aan te voldoen?	Hoe zorgaanbieders middelen ontvangen voor de inzet van technologie is afhankelijk van de zorg en de technologie. Doorgaans is het zo dat middelen voor technische innovatie zijn verdisconteerd in het integraal tarief. Waar de technologie aan moet voldoen is afhankelijk van bijvoorbeeld de regionale samenwerking in de MGZ en daarbij horende uitwisseling. De aanvullende inkoopvoorwaarde is niet bedoeld om u vooraf een specifieke technologische standaard op te leggen (anders zouden we die wel vermelden), maar kan door zorgkantoren als aanwijzing worden gebruikt bij zorgaanbieders die niet kunnen samenwerken met andere MGZ-partijen doordat de technologie ontbreekt.
350	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Bijlage 4 - Aanvullende inkoopvoorwaarden, par. 2.1) Behandeling: Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling. Bouw een netwerk in de regio van AVG's, SO's, huisartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten. Maak afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid overdag en tijdens avond-, weekend- en nachtdiensten. Waaruit moet deze samenwerking blijken?	Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij de MGZ organiseren. Als blijkt dat de MGZ onvoldoende geborgd is, dan verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders afspraken maken in de regio over aaneensluitende behandelketen met een goede toegankelijkheid van zorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid).
351	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling, aan welke eisen moet deze intensieve samenwerking voldoen en op welke wijze past dit binnen de wet- en regelgeving van de ACM? Graag uw toelichting.	Binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk dat behandelaren en betrokken professionals samenwerken om integrale zorg te leveren. Wat mogelijk is, is afhankelijk van de casus.  De samenwerking in de MGZ is afhankelijk van de regio. De aanvullende inkoopvoorwaarde is ervoor bedoeld om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op de samenwerking als blijkt dat de toegankelijkheid tot MGZ onvoldoende geborgd is
352	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Is het ook mogelijk om de gedragswetenschapper onder de prestatiecode H336 in te zetten binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking? Dit kan bijdragen aan preventie en voorkomen van escalaties.	Ja, dat kan. De desbetreffende voorwaarden vindt u in de beleidsregel.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
35 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	In dit hoofdstuk wordt aangegeven dat de GZ-psycholoog kan declareren onder de code van de specialist ouderengeneeskunde H335. Klopt het dat de GZ-psycholoog ook de eigen prestatiecode H329 kan hanteren na verwijzing door de huisarts/SO?	Ja dat kan, de desbetreffende voorwaarden treft u in de beleidsregel.
35 4	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	De huisarts kan een SO of AVG consulteren voor een vraagstuk rond een cliënt. Het komt voor dat huisartsen bij geclusterde vpt- woonvoorzieningen niet de eindverantwoordelijkheid van deze groep klanten wil hebben (die wel ingeschreven staan bij de huisarts). In welke mate mag de SO deze inzet dan structureel overnemen?	Bij thuiswonende cliënten blijft de huisarts de regiebehandelaar. Zorgkantoren nemen deze ontwikkeling mee in hun beleidsvorming en publiceren hierover bij de Aanvulling voor 2025.
35 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Tenslotte committeert een gecontracteerde zorgaanbieder zich aan regionale afspraken over en regionale inzetbaarheid van de aan de aanbieder verbonden SO of AVG. Kunt u concreet maken wat u in deze verwacht van SO of AVG?	Dat is afhankelijk van uw zorgkantorregio. Branches, beroepsverenigingen en zorgkantoren werken momenteel aan nieuw beleid voor de MGZ en publiceren hierover in de Aanvulling voor 2025. In 2024 gaan partijen gezamenlijk met elkaar in de regio in overleg om de regionale organisatie van de MGZ vorm te geven.
35 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Verder constateren wij dat in de aanvullende inkoopvoorwaarden behoorlijk strikte eisen zijn opgenomen, waarbij wij ons afvragen 1) of deze in de praktijk haalbaar zijn, 2) hoe het voldoen aan deze eisen wordt gemeten en 3) welke consequenties worden verbonden als niet aan de voorwaarden wordt voldaan. Wij doelen hier onder meer (aldus niet-limitatief bedoeld, mede met het oog op het maken van bezwaar) op de voorwaarden met betrekking tot onder andere het realiseren van 24/7 bereikbaarheid van de Specialist Ouderengeneeskunde door gebruik te maken van technologie en de inzet van deze Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie. Kan het zorgkantoor op deze punten duidelijkheid geven?	Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij de MGZ organiseren. Als blijkt dat de MGZ onvoldoende geborgd is, dan verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders afspraken maken in de regio over aaneensluitende behandelketen met een goede toegankelijkheid van zorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) en dat zij daarvoor de technologische mogelijkheden gebruiken die daarvoor beschikbaar/gangbaar zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
357	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de daadwerkelijk geleverde mondzorg door de mondzorgprofessional. Verwacht het zorgkantoor dat er een zorgverlener bij de behandeling aanwezig is én dat deze de benodigde kennis heeft om te beoordelen welke de behandeling het meest passend is? En hoe verhoudt zich deze eis met de doelmatigheid van zorg?	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (artikel 2 deel 3 lid 9) staat dat u van tevoren afspraken maakt met uw mondzorgprofessional over uit te voeren werkzaamheden en het zorgplan. Dit is overigens niet nieuw en is die zin geen verzwarende van administratieve lasten.
358	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieder geeft prio aan verbetering van mondzorg. Gaat het zorgkantoor hier niet op de stoel zitten van de zorgaanbieder die zelf een kwaliteitsagenda beheert?	Nee, dat is niet zo. In uw overeenkomst met het zorgkantoor (artikel 2 deel 3) staat dat de zorgaanbieder van tevoren zelf afspraken maakt met de mondzorgprofessional. De verantwoordelijkheid voor de organisatie en de kwaliteit ligt dus bij de zorgaanbieder.
359	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Interne audits: hoe verhoudt zich dit met doelmatigheid van zorg, voorkomen van overhead én het zelf verantwoordelijk zijn voor ons kwaliteitsmanagementsysteem? En gaat het zorgkantoor hier niet op de stoel van IGJ zitten?	In uw overeenkomst (deel 3, artikel 2, lid 10) treft u meer informatie over de AOIC. Zorgkantoren werken vanuit vertrouwen. Zorgkantoren controleren daarom niet zelf, maar toetsen of de interne audit is uitgevoerd en geven daarmee een doelmatige invulling aan de uitvoering van deze zorg. Zorgkantoren stellen overigens juist in bijlage 4 dat de kwaliteit en de toetsing moet voldoen aan de pijlers van de IGJ.
360	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional. Kunt u nader toelichten waarom u dit opneemt in het inkoopkader?	Om te voorkomen dat er situaties voordoen waar het niet beide is vastgelegd. Daarmee borgen zorgkantoren tevens dat de relatie tussen zorgaanbieder en mondzorgprofessional is vastgelegd.
361	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor de inhoud van een tandheelkundig zorgplan en voor de behandeling. In het tandheelkundig zorgplan is de benodigde zorg beschreven. De zorgaanbieder ziet erop toe dat het tandheelkundig zorgplan deze beschrijving bevat. Op welke wijze dient de zorgaanbieder hierop toe te zien?	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (deel 3, artikel 2, lid 10) staat dat u hier zelf van tevoren afspraken over maakt met uw mondzorgprofessional.
362	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wat dient de zorgaanbieder vervolgens te doen met de controle op het tandheelkundig zorgplan?	Zorgkantoren verwachten dat de kwaliteit voldoet aan de drie pijlers van de IGJ (persoonsgericht, deskundigheid en kwaliteit en veiligheid).
363	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. Hij ziet erop toe dat de mondzorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast. Op welke wijze dient de zorgaanbieder toe te zien op de meest passende zorg?	Dit is niet anders dan bij reguliere zorgverlening. De uitvoering moet passen bij de wensen, omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt.
364	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wat dient de aanbieder vervolgens te doen met de informatie of de mondzorgprofessional de meest passende zorg heeft toegediend?	We verwachten dat zorgaanbieder van tevoren afspraken maken met hun mondzorgprofessional (overeenkomst deel 3, artikel 2) en dat zij achteraf controleren of de afspraken zijn nagekomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
36 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe strookt de controle door de zorgaanbieder bij de mondzorgprofessional met het vertrouwen in de professionaliteit van de mondzorg professional en de administratieve lastenverlichting van de zorgaanbieder?	Zorgaanbieders zijn als hoofdaannemers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van onderaannemers. Zorgkantoren geven met dit beleid op een zo doelmatig mogelijke manier uitvoering aan deze verantwoordelijkheid.
36 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg, waarbij de drie pijlers uit het relevante toetsingskader van de IGJ2 – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen. Het zorgkantoor kan toetsen of de audits zijn uitgevoerd. Vraag verwacht het zorgkantoor in deze dat alle teams meegenomen worden in de audits of kan dit op basis van een steekproef?	Zorgkantoren vragen van zorgaanbieders om de wijze van controleren vast te leggen in hun AIOC-plan. Hiervoor kunt u zelf een voorstel doen voor de werkwijze de gewenste controle op de kwaliteit van mondzorg die past bij uw organisatie.
36 7	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Is het redelijk en billijk dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is dat de mondzorgprofessional daadwerkelijk en rechtmatig levert? Licht uw antwoord toe.	Ja. Een zorgaanbieder is als hoofdaannemer altijd verantwoordelijk voor de kwaliteit en rechtmatigheid van zorg van diens onderaannemers.
36 8	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In hoeverre is het verminderen van administratieve lasten meegenomen bij het punt dat de mondzorgprofessional zowel in het eigen dossier als in het dossier van zorgaanbieder moet registreren? Licht uw antwoord toe.	Zorgkantoren vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg goed is geborgd tussen hoofdaannemer (zorgaanbieder) en mondzorgprofessional (onderaannemer). Daarom kiezen de zorgkantoren ervoor om dit bij beide vast te leggen.
36 9	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Pg 7. Mondzorg: "De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg". 1x per jaar dat is vaak, terwijl er ook elk half jaar een multidisciplinaire zorgleefplanbespreking is. 1x per 3 jaar vinden we reëler en meer in lijn met de frequentie waarop andere kwaliteitsindicatoren worden geaudit. Wij vragen dit aan te wijzigen in "De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per 3 jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg.	Uw verzoek komt niet overeen met de wijze waarop zorgkantoren de gewenste kwaliteit van mondzorg willen borgen tussen zorgaanbieder (hoofdaannemer) en mondzorgprofessional (onderaannemer).
37 0	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In artikel 2.3. staat " wanneer Cliënten een Wlz-indicatie hebben voor persoonlijke verzorging .... " Kunt u aangeven welke indicatie hiermee bedoeld?	Als persoonlijke verzorging onderdeel uitmaakt van de indicatie, dan moet de zorgaanbieder ook verantwoordelijk voor (organisatie van) de mondverzorging.
37 1	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional. Naar onze mening past dit niet in de kaders van administratieve lastenverlichting. Wij stellen voor om de verplichting voor de zorgaanbieder te laten vervallen. Graag horen wij of u akkoord bent. Indien niet akkoord, kunt u dan aangeven waarom niet?	Uw verzoek komt niet overeen met de wijze waarop zorgkantoren de gewenste kwaliteit van mondzorg willen borgen tussen zorgaanbieder (hoofdaannemer) en mondzorgprofessional (onderaannemer).

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
37 2	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. (p. 7: "Hij ziet erop toe dat de mondzorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd."). Hoe ziet u dit voor zich? Moet de zorgaanbieder de professional gaan controleren? Graag uw toelichting.	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (deel 3, artikel 2, lid 10) staat dat u hier zelf van tevoren afspraken over maakt met uw mondzorgprofessional.
37 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de aanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgaanbieder. Wat is hiervan de reden? Is toch dubbelop? Hoe verhoudt zich dit in het kader om te komen tot een administratieve lastenverlichting?	Zorgkantoren vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg goed is geborgd tussen hoofdaannemer (zorgaanbieder) en mondzorgprofessional (onderaannemer). Daarom kiezen de zorgkantoren ervoor om dit bij beide vast te leggen.
37 4	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	U vraagt van zorgaanbieders die de mondzorg uitbesteden vanaf 2023 onderaannemingsovereenkomsten/ samenwerkingsovereenkomsten op te stellen waarin afspraken worden vastgelegd. Verder vraagt u van de zorgaanbieder jaarlijks een audit uit te voeren naar de kwaliteit van mondzorg. Hoe verhoudt zich tot het streven naar minder regelgeving en het verminderen van de administratieve lasten binnen de zorg. Voor wat betreft het uitvoeren van de audit: hoe kun je als zorgaanbieder binnen de GHZ een audit uitvoeren bij een mondzorgaanbieder?	Zorgaanbieders zijn als hoofdaannemers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van onderaannemers. Zorgkantoren geven met dit beleid op een zo doelmatig mogelijke manier uitvoering aan deze verantwoordelijkheid.  Zorgkantoren vragen van zorgaanbieders om de wijze van controleren vast te leggen in hun AIOC-plan. Hiervoor kunt u zelf een voorstel doen voor de werkwijze de gewenste controle op de kwaliteit van mondzorg die past bij uw organisatie.
37 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettaire gefinancierde hulpmiddelen. Bij verblijf excl. behandeling is de inzet van deze paramedicus niet meegenomen in de tarieven. Kan deze inzet gedeclareerd worden als MPT-prestatie bovenop de ZZP excl. BH?	Bij klanten die verblijven exclusief behandeling vallen alleen mobiliteitshulpmiddelen onder de bovenbudgettaire regeling. De NZa heeft een vergoeding voor de indicatiestelling en andere activiteiten door de indicieerder opgenomen in de betreffende ZZP tarieven. Voor de vergoeding van indicatiestelling voor overige hulpmiddelen verzoeken wij u contact op te nemen met de zorgverzekeraar die het betreffende hulpmiddel vergoed. Deze zorg valt niet onder (Wlz-specifieke) paramedische behandeling zoals bedoeld in de beleidsregel MPT.
37 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Wat zijn de mogelijkheden voor maatwerkafspraken ten aanzien van hulpmiddelen en roerende goederen en aan welke voorwaarden moet dan worden voldaan?	Het is onduidelijk op welke maatwerkafspraken u doelt. Roerende voorzieningen vallen onder verantwoordelijkheid van de Wlz zorgaanbieders. Voor hulpmiddelen die worden gefinancierd vanuit de bovenbudgettaire regeling kan contact op worden genomen met het verantwoordelijke zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
377	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Eerste punt: zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de volgende hulpmiddelen (tillift, hooglaagbed en douchestoel) voor alle Wlz Cliënten die verblijven in een Wlz zorginstelling: onduidelijk of dit ook geldt voor kleinschalige woonvoorziening, die alleen VPT bieden. Nu in ieder geval niet, voorzieningen worden vanuit Wmo of Zvw vergoed. Kunnen jullie deze explicieter benoemen?	Dit geldt voor alle cliënten met verblijf in een Wlz-instelling. In het geval van VPT wonen cliënten thuis. Het geldt dus niet voor VPT.
378	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Op welke wijze gaat het zorgkantoor om met niet gecontracteerde leveranciers die een innovatief hulpmiddel - die niet bij gecontracteerde leveranciers verkrijgbaar is - op de markt brengen? Graag uw toelichting.	Hulpmiddelenleveranciers die van mening zijn een productinnovatie te leveren binnen de hulpmiddelen die vallen onder de bovenbudgettaire regeling, kunnen hiervoor contact opnemen met het zorgkantoor. Het betreffende zorgkantoor gaat hierover het gesprek met hen aan.
379	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Bij de aanvullende inkoopvoorwaarden (blz. 8) worden hulpmiddelen in de communicatie genoemd. Om welke bovenbudgettaire hulpmiddelen gaat het specifiek bij cliënten met een zintuiglijke/auditieve beperking?	Wij verwijzen hiervoor naar het Wlz-zorgkompas op de website van het Zorginstituut en/of naar het protocol hulpmiddelen Wlz dat de (meeste) zorgkantoren op hun website hebben geplaatst.
380	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Wat wordt bedoeld met "de volgende hulpmiddelen" bij het eerste streepje? Gaat het hier om roerende voorzieningen?	De roerende voorzieningen en de bovenbudgettaire mobiliteitshulpmiddelen.
381	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Hoe gaat het zorgkantoor ervoor zorgen dat dit zonder stijging van de administratieve lasten kan worden vormgegeven, gezien de eisen die nu al worden gesteld? Komt er weer additionele financiering?	De aanvullende inkoopvoorwaarden gaan over het aanvragen van het budget voor pilots van de wet DOS.
382	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Pagina 9: Het wetsvoorstel 'Domeinoverstijgend Samenwerken (DOS)' is nog niet gereed voor publicatie maar wanneer het voor 1 januari 2025 alsnog in werking treedt dan wordt dit door het Zorgkantoor gepubliceerd als aanvulling op het inkoopbeleid. Gezien het wetsvoorstel nog niet gereed is, is het niet mogelijk om vooraf akkoord te gaan.	Dat klopt. Het komt vaker voor dat tussentijds wijzigingen van wet- en regelgeving plaatsvindt.
383	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.6 Specialistische zorg (V&V en GZ)	Verbetering van infectiepreventie mag niet vrijblijvend zijn, maar moet een vast onderdeel worden van de kwaliteitscyclus. Welke verbetering wil het zorgkantoor hier graag gerealiseerd zien en hoe verhoudt zich deze eis tot de vermindering van administratieve lasten? Graag uw toelichting.	Inhoudelijk verwijzen wij hiervoor naar het Beleidsprogramma pandemische paraatheid van VWS. In verband met de administratieve lasten zijn zorgkantoren niet voornemens hierover aanvullende uitvragen bij zorgaanbieders te doen.
384	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	2.7 Infectiepreventie	IP wordt steeds belangrijker en kost steeds meer geld. Hoe komt dit terug in de tarieven?	Het ministerie van VWS stelt aanvullende middelen beschikbaar voor de V&V en de GZ.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
38 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het is mogelijk om de kosten van leegstand te declareren als een cliënt overlijdt en wordt opgebaard in zijn of haar eigen kamer. Is dat ook toegestaan bij vpt als het appartement wordt gehuurd van de zorgaanbieder? Zo nee, dan is er sprake van rechtsongelijkheid tussen de verstrekking aan zzp en vpt klanten. Vindt u dat vpt klanten ook het recht hebben om in hun gehuurde woning opgebaard te worden en daarvoor mutatie-dagen gedeclareerd mogen worden?	In de NZa beleidsregel staat niet vermeld dat de mutatie-dagen van toepassing zijn bij een VPT. Wij gaan er dus vanuit dat de kosten van leegstand als gevolg van overlijden en opbaren bij een VPT niet gedeclareerd kunnen worden.
38 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Gedragslijn: Kosten van de "lege" kamer mogen niet in rekening gebracht worden bij de nabestaanden. De zorgaanbieder kan maximaal dertien mutatie-dagen declareren op het moment dat de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden. Als de overledene in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. De zorgaanbieder kan deze mutatie-dagen declareren bij het zorgkantoor. Mutatie-dagen kunnen gedeclareerd worden door zorgaanbieders werkzaam in de sector VV. De zorgaanbieders in de GZ hebben met dezelfde situatie (kosten lege kamer) te maken en de wensen van de klant en verwanten/wettelijk vertegenwoordigers zijn hieromtrent gelijkwaardig aan de sector VV. Zorgaanbieders in de GZ hebben eveneens te maken met een hoge vergrijzingsgraad en een bovenmatig versterf. Hoe kunnen wij als instelling in de sector GZ eveneens voor de mutatie-dagen in aanmerking komen?	Deze NZa beleidsregel is alleen van toepassing op de sector V&V. Brancheverenigingen kunnen wijzigingen op de NZa beleidsregels bij de NZa agenderen via het proces onderhoud bekostiging. We adviseren u om hierover contact op te nemen met uw brancheorganisatie.
38 7	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het declareren van mutatie-dagen lijkt nu ook voor Vpt te kunnen. Nu niet het geval in geclusterde woonvormen, klopt het dat dit nu anders is?	Zorgkantoren hanteren het beleid dat het declareren van mutatie-dagen niet mogelijk is bij een VPT. Er is namelijk sprake van het scheiden van wonen en zorg in de financiering. De financiering voor de woning kan door blijven lopen, afhankelijk van de huurovereenkomst tussen woningverstrekkers en huurder. De woningverstrekker hoeft niet altijd de zorgaanbieder te zijn.
38 8	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het is mogelijk om de kosten van leegstand te declareren als een cliënt overlijdt en wordt opgebaard in zijn of haar eigen kamer. Is dat ook toegestaan bij vpt als het appartement wordt gehuurd van de zorgaanbieder? Zo nee, kan deze NZa beleidsregel aangepast worden op het WOZO beleid, waarbij in de toekomst alleen nog vpt plaatsen erbij mogen komen?	In de NZa beleidsregel staat niet vermeld dat de mutatie-dagen van toepassing zijn bij een VPT. Wij gaan er dus vanuit dat de kosten van leegstand als gevolg van overlijden en opbaren bij een VPT niet gedeclareerd kunnen worden.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
389	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	In de voorwaarden staat dat kosten van de "lege" kamer niet in rekening gebracht mogen worden bij de nabestaanden. Deze kunnen door V&V zorgaanbieders worden gedeclareerd als mutatiedagen, conform de voorwaarden genoemd in de beleidsregel. Destijds is landelijk benoemd dat van de 13 dagen, de nabestaanden 7 dagen de tijd hebben om de kamer leeg achter te laten en de organisatie 6 dagen beschikbaar heeft om i.v.m. opknappen kamer). Betekent het beleid dat je tot 13 dagen geen extra kosten in rekening mag brengen aan de nabestaanden? Of ook niet na de 13 dagen?	De kosten van leegstand van de kamer mogen nooit in rekening gebracht worden bij de nabestaanden, ook niet als dit het aantal van 13 dagen overschrijdt.
390	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	3.2 Overige zorgzwaartepakketten	Wat is hiermee anders/ aanvullend t.o.v. de bepalingen in het voorschrift zorgtoewijzing?	In het Voorschrift Zorgtoewijzing zijn geen aanvullende inkoopvoorwaarden opgenomen over de VG7 doelgroep.
391	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	4.1 Inkoop beveiligde bedden	U geeft aan dat bij het bieden van zorgprofiel W5 maatwerk nodig is. In het profiel wordt aangegeven dat dit Cliënten betreft die mogelijk een vorm van beveiliging nodig hebben zoals niveau 1 conform de forensische zorg. Om deze vorm van beveiliging te mogen inzetten bij een profiel 5 is een machtiging nodig in het kader van de Wvvgz. Hoe ziet u dit in het kader van dit beleid (aanvullende inkoopvoorwaarden) en de uitvoerbaarheid van beveiligde zorg bij deze Cliëntengroep. Kunt u dit toelichten?	Niveau 1 is vergelijkbaar met een gesloten afdeling in de reguliere GGZ. Dat houdt niet automatisch in dat een zorgmachtiging noodzakelijk is. Maatwerk dient gelezen te worden in de context van het bieden van verschillende vormen van beveiliging. Dit kan zowel fysiek in een gebouw als in de afdelingsstructuur en begeleiding (limitsetting) worden vormgegeven
392	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5. GZ	Wat verwacht u van de zorgaanbieder t.a.v. de aanvullende inkoopvoorwaarden op het moment van inschrijven?	Niets. Deze aanvullende voorwaarden hebben geen betrekking op de inkoopprocedure. Dit zijn aanvullende voorwaarden op de NZa beleidsregels of andere regelgeving. Hier moet u als zorgaanbieder aan voldoen om een bepaalde prestatie te mogen leveren om daarover vervolgens een productieafspraken met het zorgkantoor te kunnen maken.
393	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.1 Specialistische zorg	De begeleiding van de cliënt binnen de observatieplaats en de taken van het observatieproces worden uitgevoerd door medewerkers van hbo-niveau. Verwacht u hier een HBO opleidingsniveau of een werk- en denkniveau? Kunt u dit nader toelichten?	Wij verwachten in principe een HBO opleidingsniveau. .
394	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	In de aanvullende inkoopvoorwaarden staat bij de ZPP 7VG beschreven "er moet een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn". Kunt u aangeven wat u met de term aanwezig bedoelt?	Met aanwezigheid wordt bedoeld dat de genoemde disciplines op de locatie aanwezig moeten zijn, dan wel direct oproepbaar moeten zijn als dat nodig is.
395	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	U stelt aanvullende voorwaarden voor de zorglevering voor profiel VG7. Als aanbieder willen wij u er op wijzen dat deze voorwaarden enkel haalbaar zijn en blijven indien er kostendekkende tarieven voor VG7 geboden worden. Indien u niet-kostendekkende tarieven biedt is het niet realistisch om van aanbieders te verwachten aan deze aanvullende voorwaarden te voldoen. Bent u het hiermee eens?	Hier zijn wij het niet mee eens, aangezien wij deze aanvullende inkoopvoorwaarden al vele jaren in ons inkoopbeleid hebben opgenomen. Zorgaanbieders moeten hier al aan voldoen als zij zorg leveren aan cliënten met een VG7 indicatie.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
39 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn: in het KPMG rapport zijn de functies niet ingevuld. De slechte arbeidsmarkt laat de meest gewenste bezetting niet toe. Indien de geschetste samenstelling niet mogelijk kan zijn, wat betekent dat voor de overeengekomen inkoopvoorwaarden?	We kunnen ons met de huidige arbeidsmarkt voorstellen dat het lastig is om aan alle voorwaarden te kunnen voldoen. Uitgangspunt is dat de zorg op verantwoorde wijze kan worden ingezet met inachtneming van met name de veiligheid van de cliënt zelf, de andere cliënten en de medewerkers. Als u van mening bent dat dit niet meer kan worden gegarandeerd, adviseren wij u hierover contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
39 7	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Hier staat dat een Arts VG, gedragskundige en begeleiders van Hbo-niveau aanwezig moeten zijn. Ik neem aan dat hier (deels) beschikbaar bedoeld wordt in plaats van aanwezig? Kunt u dit aanpassen?	Wij bedoelen hiermee aanwezig of direct oproepbaar. Dit zullen wij aanpassen.
39 8	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	U geeft aan dat: Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn. Kunt u toelichten op basis waarvan u een Hbo-niveau vereist? Indien niet, waarom niet?	We kunnen ons met de huidige arbeidsmarkt voorstellen dat niet aan alle voorwaarden kan worden voldaan. Uitgangspunt is dat de zorg op verantwoorde wijze kan worden ingezet met inachtneming van met name de veiligheid van de cliënt zelf, de andere cliënten en de medewerkers. Als u van mening bent dat dit niet meer kan worden gegarandeerd, adviseren wij u hierover contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
39 9	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Borging van de WZD kost meer tijd voor de organisaties. Komt dat terug in de tarieven?	De NZa heeft in de tarieven een compensatie opgenomen voor de extra werkzaamheden als gevolg van de WZD.
40 0	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	U stelt dat een zorgkantoor geen LVG-indicatie meer om mag zetten naar zorg thuis dan wel een VG-toewijzing. Hoe wenst u om te gaan met cliënten die tijdens hun behandelperiode zwanger worden en niet meer in de behandelsetting kunnen verblijven? Is het in deze uitzonderlijke situaties mogelijk om toch een VG-toewijzing toe te staan zodat (intensieve) begeleiding voortgang kan blijven houden? Indien niet, hoe denkt het zorgkantoor aan haar zorgplicht te kunnen voldoen bij zwangere cliënten met een LVG-indicatie?	Dit is wettelijk niet meer toegestaan. VWS heeft zorgkantoren erop gewezen om de wet hierin te volgen. Andere invulling van de LVG indicatie is niet rechtmatig. Indien een dergelijke casuïstiek zich voordoet, adviseren wij om contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor om de casus te beoordelen om vervolgens samen te casus aan VWS voor te leggen met de vraag of een uitzondering mogelijk is.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
40 1	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	Op het moment dat een SGLVG client uitstroomt uit de WLZ naar de WMO en er nog geen huisvesting of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de indicatie maximaal drie maanden verlengen. Waarom is dit niet voor de LVG-doelgroep? Zij kampen met de zelfde huisvestigingsproblematiek en de indicatie voor deze doelgroep wordt niet verlengd. Is dit juist?	Dit geldt ook voor de LVG doelgroep. Op blz. 18 van het document aanvullende inkoopvoorwaarden staat het volgende: De cliënt krijgt géén Wlz-indicatie. Dan stroomt hij of zij uit naar Wmo-ondersteuning, al dan niet aangevuld met ambulante behandeling. De behandeling is dan een Zvw-aanspraak. Als er nog geen woning of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan dan langer in de (SG)LVG-instelling blijven. Zorgkantoren betalen de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende deze periode het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.
40 2	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	De behandelaren zijn minimaal opgeleid op wo-niveau. Is het akkoord indien de behandelaar in opleiding is? Indien niet, kunt u aangeven waarom niet?	Wij verwijzen hiervoor naar het vigerende beleid en de professionele standaarden van de beroepsgroep.
40 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Hoe komt het toekomstgericht opleiden van medewerkers terug in de tarieven?	Hierop kunnen wij geen antwoord geven. De NZa gaat over de vaststelling en de kostenopbouw van de tarieven.
40 4	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs: Het personeel wordt extra ingezet bovenop de reguliere formatie. Wat verstaat u onder de reguliere formatie?	Onder reguliere formatie verstaan wij het personeel dat standaard wordt ingezet voor de betreffende zorg.
40 5	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6. Transitie-middelen	Op welke wijze kunnen wij inzicht krijgen in de lopende en nieuwe projecten met betrekking tot het regionale stimuleringsbudget voor de ouderenzorg en het regiobudget voor scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg, zodat wij kunnen aanhaken bij deze projecten?	Dit kunt u navragen bij uw eigen zorgkantoor.
40 6	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6. Transitie-middelen	Transitiemiddelen. U benoemt de transitie-middelen in uw documenten, gezien dit een apart traject kent ten opzichte van de Wlz-contractering. Waarom wordt dit meegenomen in de zorginkoop?	De transitie-middelen zijn geormerkte middelen die beschikbaar zijn gesteld om de transitie mogelijk te maken naar een toekomstbestendige zorg. Deze middelen zijn toegevoegd aan de contracteerruimte en worden ook in de tariefafspraken met (kassier)instellingen vastgelegd. Daarmee is dit proces onlosmakelijk verbonden aan de Wlz-contractering.
40 7	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.1 Welke extra middelen zijn er beschikbaar voor de ouderenzorg en	Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van deze middelen. Op welke wijze worden deze afspraken vorm gegeven en gelden de gemaakte afspraken voor alle aanbieders? Graag uw toelichting.	In het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor leest u welke afspraken zorgkantoren willen maken en hoe deze afspraken tot stand komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		de gehandicaptenzorg?		
408	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget WLz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget per instelling beschikbaar is voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen en hoe worden de middelen verdeeld? Als kleine speler kan de zorgaanbieder beperkt invloed uitoefenen op besluitvorming in regionale samenwerkingsverbanden waar regiobudgetten verdeeld worden.	We streven ernaar om zo veel als mogelijk vanuit samenwerking de keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Uiteindelijk beslist het zorgkantoor aan welk project welk bedrag wordt toegekend. Indien een individuele zorgaanbieder ervaart onvoldoende invloed te kunnen uitoefenen op de besluitvorming in regionale samenwerkingsverbanden waar regiobudgetten worden verdeeld, kunt u dit bespreekbaar maken bij uw zorginkoper.
409	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget WLz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Zorgaanbieders en zorgkantoren trekken gezamenlijk op om regionale problematiek en uitdagingen aan te pakken. Op welke wijze wordt dit concreet vorm gegeven? Hoe verhoudt zich dit tot wet- en regelgeving vanuit de ACM? Graag uw toelichting.	De ACM staat onder bepaalde voorwaarden samenwerken tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgkantoor toe. Een en ander hangt af van concrete omstandigheden van het geval.
410	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget WLz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Onder modern werkgeverschap wordt verstaan dat er een goede afstemming is tussen wensen en behoeften van werknemers en de eisen die vanuit de werkgever gesteld worden aan het werk. Wat maakt dat u modern werkgeverschap definieert als wensen en behoeften van medewerkers en eisen van de werkgever? Graag uw toelichting.	Het is belangrijk dat het zorgpersoneel behouden blijft voor het werken in de zorg. Modern werkgeverschap is dan ook belangrijk om te zorgen dat de expertise van de medewerkers op de goede wijze wordt ingezet, er goede samenwerking is met de collega's om met veel plezier te blijven werken in de zorg.
411	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.3 Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg	Dit vergt aanpassingen in onder andere de bedrijfsvoering, infrastructuur, samenwerkingsrelaties en zorgverlening om de 24-uurs zorg in de nabijheid te kunnen blijven waarmaken, wanneer deze zonder verblijf wordt geleverd." Welke aanpassingen heeft u hierbij voor ogen? Graag uw toelichting.	Dit kan bijvoorbeeld gaan om een andere samenstelling van het team, de medewerkers hebben meer reistijd als ze de cliënt thuis gaan helpen in plaats van in een instelling. Het kan ook gaan om het invoeren van de mogelijkheid dat cliënten via beeldbellen contact hebben met het zorgpersoneel om ondersteuning te krijgen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
41 2	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.3 Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg	Bij de inzet van het regiobudget gaat het om ondersteuning bij de omvorming van de plannen. Afzonderlijk overleg zal nog worden gevoerd over compensatie van de kosten die samenhangen met bijstelling van de plannen. Aan welke criteria moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor het budget en kunt u toelichten wat u bedoelt met afzonderlijk overleg?	Deze zin gaat over de kosten die gepaard gaan als huidige capaciteits- c.q. bouwplannen worden herzien. Daarbij wordt het regiobudget scheiden wonen en zorg ingezet ter ondersteuning van de dialoog die gevoerd moet worden om tot bijgestelde capaciteits- c.q. bouwplannen te komen. Het afzonderlijk overleg over compensatie van de kosten die samenhangen met de daadwerkelijke aanpassing van gebouwen, zoals kosten die bijvoorbeeld gepaard gaan met het herzien van tekeningen van de architect, bouwkosten die gemaakt moeten worden om de gewenste aanpassingen te realiseren etc. Dus we financieren vanuit transitie-middelen wel het proces om tot bijgestelde plannen te komen, maar niet de stenen zelf.
41 3	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6.4 De zorgkantoren maken afspraken over de inzet van de middelen	Er zijn tijdelijk extra middelen beschikbaar zijn om de beweging in gang te zetten. De plannen voorzien in een structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering. Op welke wijze wordt deze financiering vormgegeven? Waar ligt het financiële risico? Kan het zorgkantoor achteraf bepalen dat niet het volledige toegekende bedrag wordt uitgekeerd? Hoe bepaalt het zorgkantoor of er aan de eisen voor een volledige uitkering van het bedrag is voldaan? Kan het zorgkantoor achteraf wijzigingen aanbrengen aan de wijze van financieren, bijvoorbeeld door het toekennen van een gedeelte van het bedrag? Heeft het zorgkantoor een bepaalde tijdslijm waarop de toegekende gelden aan de aanbieder worden uitgekeerd? Graag uw toelichting.	De antwoorden op deze vragen vindt u in het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
41 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Zo ja, hoe bent u tot deze conclusie gekomen? Als dat niet klopt, waarom meent u dan dat het proportioneel is van deze zorgaanbieders te vragen om onder kostprijs zorg te verlenen?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
41 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Ministerie van VWS stelde prijsindexcijfers 2,97 procent te hoog. Tarieven gaan dus omlaag. Zij gaan deze tarieven en beleidsregelwaarden voor 2024 op basis van het nieuwe, juiste percentage corrigeren en naar beneden bijstellen. Wat betekent dit concreet voor ons als zorgaanbieders t.b.v. het huidig gepubliceerde inkoopbeleid 2024?	Dit heeft geen gevolgen voor het inkoopbeleid van zorgkantoren.
41 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze is bij de berekening van het richttariefpercentage 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 zoals personeelskosten, energiekosten en voedingskosten?	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.
41 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van het richttariefpercentage rekening houden met hogere CAO kosten dan NZa tariefstijging. Ben u het hiermee eens? Zo ja, hoe heeft u dat gedaan? Zo niet, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
41 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wordt bij de berekening alleen uitgegaan van het Wlz resultaat?	Op pagina's 8 t/m 10 wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
419	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kunnen wij zelf uitrekenen in welke categorie wij vallen m.b.t. theoretische resultaat met het richttarief?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.
420	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de Wlz is. Waar komt deze aanname vandaan?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: "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."
421	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kunt u stellen dat 75% van de zorgaanbieders een positief of neutraal resultaat behaalt met het richttariefpercentage als de NZa maximumtarieven voor 2024 nog niet bekend zijn? Omdat deze nog niet bekend zijn maken wij bezwaar tegen deze systematiek.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
42 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen of wij volgens u vallen binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden? Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat? Of bij de organisaties die als 'outlier' buiten beschouwing zijn gelaten.	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.
42 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2021 enkel de Wlz-kosten en opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen (en dus niet de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/Zvw EN ook niet de vastgoedexploitatie)? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
42 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de Minister de NZa twee besparingen in de NZa maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de Minister: "Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing doorvertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd." - Vindt u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, dat het kortingspercentage vanuit het oogpunt van de zorgaanbieders en de (financiële) ontwikkelingen zou moeten worden verlaagd? Zo ja, welke actie gaat u ondernemen richting VWS? Zo ja, wilt u samen met ons actie ondernemen richting VWS? Zo nee, waarom niet? - Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
42 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttarief is voor 3 jaar geldig. In hoeverre is dit realistisch gezien de stijgende kosten? En staat u er voor open als blijkt dat het richttarief niet meer passend is deze voor 2025 en 2026?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506
42 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe legt u het ons uit dat bij een kostenstijging en tariefdaling uw onderbouwing steekhoudend is om als zorgaanbieder kostendekkend te blijven?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.  De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
42 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het landelijk richttariefpercentages geeft ruimte voor maatwerk binnen de regio. Hoe verhoudt het richttariefpercentage van de regio Midden-Holland zich tot de andere zorgkantoorregio's?	Het richttariefpercentage is voor alle zorgkantoren gelijk.
42 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In Bijlage 7 op pagina 11 wordt verwezen naar een bijlage met dezelfde naam 'Onderbouwing richttarief-percentages Wlz van juni 2023'. Wilt u deze bijlage eveneens openbaar maken?	Deze bijlage is reeds gepubliceerd bij het inkoopbeleid over 2024.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
429	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U stuurt op de ontwikkeling van geschikte woonvormen en verpleeghuizen in de regio (lees: opschalen = investeren), maar geeft aan de andere kant aan dat u wil sturen op de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Als dit op macro niveau al met elkaar te rijmen valt, lopen wij er als zorgaanbieder in elk geval tegenaan dat met de verlaging van de tarieven de lopende kosten niet eens gedekt kunnen worden of in elk geval ieder rendement wegvalt. Daarmee resteert geen enkele ruimte om nog te kunnen investeren. Hoe ziet u dat?	De tariefssystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefssystematiek 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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
430	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U heeft als zorgkantoor eerder tegenover de voorzieningenrechter de onderbouwing van het richttariefpercentage ter zitting toegelicht, maar daarbij het uitgevoerde onderzoek niet overgelegd. In het kader van transparante In het kader van transparante uitleg en onderbouwing binnen dit inkoopproces maken wij bezwaar tegen het niet openbaar stellen van het onderzoek. Bent u bereid tijdig binnen de normtijden van dit inkoopproces, het rapport waarin de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 is weergegeven publiceren, zodat wij daar van kennis van kunnen nemen en eventuele concrete vragen hierover kunnen stellen?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
431	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttariefpercentage voor de V&V is 95,5%. De NZa berekent o.b.v. kostenonderzoeken een maximum percentage vast van 100%. In het kader van proportionaliteit, waarom ontvangen zorgaanbieders deze niet? In beleid staat dat zorgkantoren een passend en voldoende tarief moeten aanbieden.	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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
43 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u uitleggen hoe we dienen te beoordelen of de tarieven kostendekkend zijn als de NZa maximumtarieven nog niet bekend zijn maar er al wel een richttarief percentage is vastgesteld?	<p>Om de eigen positie t.o.v. het richttariefpercentage te bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model wordt bepaald dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttariefpercentage uit dan valt de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.</p>
43 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij de bepaling van het richttariefpercentage is uitgegaan van de 75%-regel. Daarbij wordt er van uitgegaan dat het NZA-tarief dekkend is voor de kostenstijgingen. Wordt het NZA tarief dekkend voor de kostenstijgingen? Compenseert het zorgkantoor de tarieven indien het NZA tarief niet dekkend is voor de kostenstijgingen en daarmee niet voldaan wordt aan de uitgangspunten van het richttariefpercentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
43 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De raad van Ouderen stelt dat aan ouderenzorg is sinds 2017 minder geld besteed dan voorzien. Het CPB constateert tevens dat de verpleeg- en verzorgingshuizen inmiddels zó zijn uitgeknepen dat verdere efficiëntie nauwelijks meer mogelijk is. Daarom wil de Raad van Ouderen dat er structureel meer wordt geïnvesteerd in de langdurige zorg door hogere tarieven en minder administratieve verantwoording. Hoe kijken jullie daar tegen aan?	<p>Het is belangrijk op te merken dat deze kwestie complex is en verschillende belangen en perspectieven omvat. Het vinden van een evenwicht tussen de financiering van de zorg, de kwaliteit van de zorg en de beheersing van de kosten is een uitdaging. Het vereist zorgvuldige afweging van verschillende factoren, waaronder de beschikbare financiële middelen, de zorgbehoeften van de bevolking en de wens om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.</p> <p>De discussie over investeringen in de langdurige zorg en de mogelijke maatregelen om de zorg te verbeteren, is voortdurend gaande. Het vraagt om voortdurende evaluatie en beleidsaanpassingen om de zorgbehoeften van de samenleving effectief aan te pakken.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
43 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij maken bezwaar tegen een basisrichttariefpercentage! kunt u van het basisrichttariefpercentage afzien? Zo nee, kunt u dit toelichten?	Om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen hebben zorgkantoren een landelijk tariefmodel ontwikkeld. Dit landelijke tariefmodel dient als uitgangspunt voor de zorgkantoren in hun tariefafpraak richting zorgaanbieders. Door te kiezen voor een landelijk tariefmodel dragen zorgkantoren bij aan duidelijkheid en transparantie over de gemaakte modelkeuzes. Tegelijkertijd behouden we hierbij ruimte voor maatwerk binnen de regio. Het landelijke tariefmodel biedt een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders.
43 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden.	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
43 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	We maken bezwaar tegen onvoldoende onderbouwing van de berekening van het richttariefpercentage. Op welke wijze kan bepaald worden dat het resultaat met het richttariefpercentage voor 75% van de aanbieders kostendekkend is, terwijl de NZa maximumtarieven en de kostenstijgingen nog niet bekend zijn?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
43 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttarief van 95,7% geldt voor de looptijd van het inkoopbeleid 2024-2026. Naar verwachting zal de NZa per 2025 nieuwe maximum prestatietarieven vaststellen. Dit gebaseerd op de werkelijke kosten 2022. 1. Kunt u aangeven hoe u deze nieuwe maximale tarieven gaat meenemen in het inkoopbeleid? 2. En zo niet. Kunt u motiveren waarom niet?	De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens. Doordat het percentage dat hieruit volgt wordt toegepast op de maximumtarieven die door de NZa jaarlijks worden aangepast op basis van kostenontwikkelingen (indexatie) en periodieke herijking, nemen we de aanpassingen in de maximumtarieven mee in ons beleid.
43 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het uitgangspunt voor het richttarief is inziens onjuist. In hoeverre kan een onjuiste uitgangspunt gaan gelden voor een overeenkomst van 3 jaar die nog eens 2x met 1 jaar kan worden verlengd? Waar in deze kwetsbare tijden niet een contract voor 1 jaar?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
440	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u toelichten hoe u reële specifieke tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
441	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De NZa maximumtarieven Wlz zijn op het moment van inschrijven nog helemaal niet bekend (en worden door de herrekening met de juiste cijfers hoogstwaarschijnlijk nog later bekend), terwijl u ons een richttarief met eventuele opslagen aanbiedt dat hierop is gebaseerd. Hoe kunt u van ons verwachten hier nu al op in te (moeten/kunnen) schrijven? Wat kunnen wij als zorgaanbieder doen wanneer deze nu nog onbekende (maar zeker nog verder te verlagen) maximale NZa tarieven door ons te laag bevonden worden? Wij houden ons dan ook het recht voor om wanneer deze NZa maximumtarieven Wlz definitief bekend zijn gemaakt alsnog ook hierover een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
442	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bent u bereid om het richttariefpercentage jaarlijks bij te stellen volgens het NZa prijsindexcijfer voor personele en materiële kosten, inclusief risico-opslag? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
44 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bent u bereid om het richttariefpercentage jaarlijks te herzien op basis van de daadwerkelijke kostenstijgingen? Zo nee, waarom niet?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.</p> <p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
44 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er wordt een richttariefpercentage afgegeven van 95,5% echter zijn landelijk de maximale NZa tarieven nog niet gepubliceerd. We praten nu over de theorie, gebaseerd op aannames, maar hoe het daadwerkelijk gaat uitpakken weten we nog niet. Daarbovenop komt nog de foutieve berekening van NZa (zie bericht 07-06-2023) over het te hoog vaststellen van de materiële prijsindexatie. Hoe verhoudt de herijking van het landelijke tariefpercentage in deze zorginkoop zich ten opzichte van het maximale NZa tarief 2024 dat nog niet bekend is?	<p>Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt, dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen wij dit.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
44 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe is die 75% kostendekkende aanbieders bepaald? Is daarbij wel of geen rekening gehouden met alle kortingen die vanuit VWS in 2024 worden doorgevoerd, zoals de NHC korting, de generieke Wlz tariefsverlaging en de korting vanwege de doorontwikkeling op de kwaliteitsmiddelen?	<p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p> <p>Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC- en NIC-componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
44 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Tarieven NZa zijn nog niet gepubliceerd, om die reden kunnen we niet akkoord gaan met de genoemde tarieven. Wij maken om die reden bezwaar tegen het richttarief van 95,5%. Het voorstel is om een goed basistarief te bieden zonder extra administratieve lasten. Het NZa bepaalt jaarlijks de richttarieven. Voorstel is om deze tarieven voor 100% aan te houden als richttarief, zodat de zorgaanbieder goede zorg kan leveren.	Wij nemen dit voorstel niet over. De NZa stelt geen richttarieven, maar gewogen gemiddeld kostendekkende maximumtarieven vast. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
44 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij de vaststelling van de richttariefpercentages, op de wijze als omschreven in Bijlage 7, is uitgegaan van de NZa-maximumtarieven van 2021. De berekende 'ZiN gerelateerde Wlz-kosten' zijn daartegen afgezet en vervolgens uitgedrukt als een percentage van de NZa-maximumtarieven van 2021. De NZa-maximumtarieven van 2021 zijn echter niet representatief. Het is bekend dat de NZa-maximumtarieven per 2024, beduidend lager zullen zijn en per jaar ook verder zullen dalen. Blijkens de beschikking van de NZa van 5 juli 2022 en de Kamerbrief van de Minister van 17 april 2023, worden forse kortingen op de NZa-maximumtarieven doorgevoerd (8% verlaging NHC/NIC-component; 1,2% tariefkorting overig, oplopend tot 3%). Daarmee is bij de vaststelling van de richttariefpercentages ten onrechte geen rekening gehouden. Kunt u gemotiveerd aangeven waarom hiermee geen rekening is gehouden? Wij verzoeken u de tarieven te herzien, ofwel de NZa-maximumtarieven 2024 af te wachten en vervolgens percentages hiervan als tarieven te bepalen, ofwel door tarieven te bepalen die niet zijn uitgedrukt als percentage van de NZa-maximumtarieven (dan hoeft u niet te wachten op de nieuwe NZa-maximumtarieven), maar in ieder geval zodanig dat tarieven worden gesteld die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend zijn.	<p>Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
44 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij horen als zorgaanbieder niet bij de 75% kostendekkend. Moeten/Mogen wij dan beroep doen op hardheidsclausule? Want de zorgkosten zijn hoger dan gemiddeld en kunnen niet nog meer geprikkeld worden door complexe doelgroep.	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
44 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kan u van een zorginstelling vragen een inschrijving in te dienen op een moment dat de NZa maximumtarieven niet bekend zijn, maar enkel het tariefpercentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.  Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
450	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u toelichten op welke wijze u: acht slaat op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties; - rekening houdt met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen; - de prijs niet zodanig laag vaststelt dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg.	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek.</p> <p>Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
451	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Welke aantallen en percentages horen hierbij?	Wij kunnen uw vraag helaas niet beantwoorden omdat niet duidelijk is aan welke aantallen of percentages u refereert bij de door u genoemde paragraaf.
452	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Vanuit de wijkverpleging worden de ontwikkelingen gestimuleerd vanuit de SOW middelen en vanuit het IZA fonds. De ontwikkelingen die vanuit deze middelen zijn ingezet zijn voor alle thuiswonende cliënten. Dus ook WLZ cliënten. Hiervoor is geen afzonderlijke financiering vanuit de WLZ beschikbaar gesteld. Bent u bereid dat alsnog te doen en dit te verwerken in de richttarieven? Zo niet, wat is uw argumentatie? En hoe werkt het zorgkantoor samen met de verzekeraars om deze ontwikkelingen voor alle thuiswonende cliënten (Wlz en Zvw) te ondersteunen?	<p>De SOW middelen en IZA afspraken voor de wijkverpleging gelden sec voor de wijkverpleging. Deze middelen zijn niet voor de Wlz beschikbaar gesteld. Zorgkantoren kunnen dit dus ook niet meenemen in hun tariefstelling.</p> <p>Waar relevant zoeken zorgkantoren en de in de regio preferente verzekeraars elkaar op om de gewenste beweging volgend uit WOZO te ondersteunen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
453	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bijlage 7: Afgelopen jaren is er binnen de wijkverpleging ingezet op herkenbare en aanspreekbare wijkteams en op regionale coördinatie van de nachtzorg. Dit wordt gedaan voor alle thuiswonende cliënten (zowel Wlz als Zvw). De financiering hiervan vindt binnen de Zvw plaats via de systeemfuncties. Binnen de Wlz zijn er geen systeemfuncties en zijn de NZa tarieven hiervoor niet aangepast. Hoe zijn deze ontwikkelingen meegenomen in de richttarieven? Met welke argumentatie zijn de richttarieven hierop niet aangepast? Bent u bereid deze aanpassing alsnog te doen?	Dit is niet een punt dat meegenomen is in de berekening van het landelijke richttariefpercentage. Voor zover hier aanvullende afspraken over gemaakt moeten worden, is dit iets om met uw zorginkoper van het betreffende zorgkantoor te bespreken.
454	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij het vaststellen van het richttariefpercentage is gebruik gemaakt van de meest recente jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz. Is dit een representatief jaar gezien het feit dat er in dat jaar bij vele zorginstellingen Corona compensatie is toegekend?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.
455	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De NZa tarieven worden niet als realistisch beschouwd in de huidige markt. Zijn zorgkantoren bereid om met ons op te trekken richting VWS?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het makro kader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
456	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttariefpercentage is geen rekening gehouden met de herijking van NHC en NIC per 2024. In hoeverre kan het vastgestelde richttariefpercentage derhalve als reëel worden verondersteld?	Het richttariefpercentage is niet van toepassing op de NHC en NIC. De herijking van de maximum NHC/NIC vergoeding staat daarmee los van het richttariefpercentage.
457	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is er gekozen voor het jaar 2021 om de gegevens op te baseren? In 2021 was er coronasteun en in 2022 niet, waardoor dit een vertekend beeld kan geven. Hoe wordt hiervoor gecompenseerd?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, zal dit ook niet verdisconteerd worden in de Zin gerelateerde Wlz kosten.
458	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In 2022 en 2023 zijn de kosten (energiekosten, personeelskosten, etc.) van zorgaanbieders gestegen, hierdoor is er ten onrechte uitgegaan van de jaarverslagen van 2021. Waarom is de keuze gemaakt voor de jaarverslagen van 2021?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		ntages per sector		
459	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is de onderbouwing van het richttariefpercentage niet controleerbaar?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
460	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de bronnen geeft u aan dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders om de administratieve lasten te beperken. Wat zijn de beoogde gevolgen hiervan?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
461	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Houdt deze norm rekening met verschillen tussen organisaties en keuzes in specialisatie? Zo niet, zou dat in uw optiek niet noodzakelijk zijn? Zo nee, waarom niet?	In de methodiek van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met verschillen tussen organisaties en keuzes in specialisaties. Voor zover hiervoor al niet via de prestatie- en tariefregulering van de NZa voor wordt gecorrigeerd, bevat de tariefsystematiek hier via het zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wel de nodige ruimte toe. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
46 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze heeft u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader)? Zijn deze onderdeel van de omzet en declaraties? Zijn de totale kosten gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Wij zijn van mening dat met het voorgaande wel rekening moet worden gehouden. En als u het voorgaande niet geheel of gedeeltelijk heeft meegenomen in de berekeningen, bent u dan bereid om dit alsnog te doen. Zo nee, dan maken wij bezwaar.	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>
46 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
46 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2024 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
465	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader (gemiddeld 1,2% van het Wlz-kader) als gevolg van het effectueren van twee beleidsmaatregelen? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, zorgkantoren hebben een wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen. VWS heeft de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast. Wanneer zorgkantoren de kortingen niet doorvertalen in de inkoop wordt de beschikbare contracteerruimte overschreden.
466	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat outliers zijn uitgesloten. Kunt u aangeven hoeveel dit er zijn en wat hun impact zou zijn geweest indien wel meegenomen?	Voor de GGZ zijn 9 outliers uitgesloten, voor de GHZ 17 outliers en de V&V 37 outliers. Indien deze outliers waren meegenomen in de bepaling van het sectorpercentage/richttarief was voor de GGZ het richttarief gedaald met 0,07% procentpunt, voor de GHZ gedaald met 0,15% procentpunt en voor de V&V gestegen met 0,02% procentpunt.
467	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat u het jaar 2021 heeft gebruikt als basis om te bepalen bij welk richtpercentage 75% van de organisaties een neutraal of positief resultaat heeft. Waarom hanteert u dit jaar, een jaar waarin Corona een grote rol speelt en dus veel incidentele uitgaven en opbrengsten.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
468	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In 2024 wordt de NHC met 8% gekort. Veel organisaties hebben een positief resultaat, nodig voor toekomstige investeringen. In hoeverre houdt u hiermee rekening bij het bepalen van richttarief?	Hier is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. Het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
469	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft het zorgkantoor rekening gehouden met de vermogenspositie van de aanbieders? Is het zorgkantoor het met ons eens dat iedere organisatie een gezonde financiële positie moet kunnen opbouwen. Organisaties die onvoldoende weerstand hebben opgebouwd moeten gelegenheid krijgen op dit alsnog op een verantwoord niveau te brengen. Bent u bereid om daar gericht naar te kijken en een organisatie, mits voldoende doelmatig werkend, hierin een hoger percentage te bieden?	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
470	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het tarief mag niet ten koste gaan van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Is het zorgkantoor ook met ons van mening als maar 54% voldoende rendement haalt (2% of meer) dit bovengenoemde uitgangspunt in gevaar brengt en daarmee ook de zorgplicht die het zorgkantoor heeft?	Nee, dit zien wij anders. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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.
471	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U bent voornemens het richttariefpercentage vast te stellen voor drie jaar (of mogelijk vijf jaar). Bent u van mening dat u hiermee voldoende recht doet aan de actuele situatie in de komende jaren? Bent u bereid dit percentage waar noodzakelijk eerder te herzien op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
472	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is er gekozen voor het referentiejaar 2021 als we kijken naar de financiën van de VVT sector? Wij zijn van mening dat 2022 meer actueel en representatief is, ook omdat 2021 de resultaten waarschijnlijk oneigenlijk goed waren vanwege de covidcompensatie.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
473	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Ons is niet duidelijk geworden waarom het niet steeds het uitgangspunt is om het (maximale) NZa tarief te hanteren als vergoeding van de door ons te leveren zorg, bent u bereid dat te heroverwegen zodanig, dat steeds ten minste het maximale NZa tarief wordt gehanteerd? Zou u uw antwoord willen motiveren?	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. Daarnaast kunnen zorgkantoren nooit meer dan 100% van het NZa maximumtarief vergoeden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
47 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De tariefpercentages zijn o.a. gebaseerd op jaarverslagen uit 2021. De jaren 2022 en 2023 brengen grote financiële uitdagingen met zich mee welke de komende jaren zullen aanhouden. 2021 is volgens ons daarmee geen representatief jaar om reële tarieven op te baseren. Kunt u aangegeven waarom er voor jaarverslagen uit 2021 is gekozen?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
47 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre acht u het reëel om een richttariefpercentage vast te stellen als de NZa maximumtarieven nog niet gepubliceerd zijn?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule.
47 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De onderbouwing door Zorgkantoor van de generieke afslagen houdt geen rekening met regionale verschillen. Naar onze mening voldoet uw onderbouwing van het richttariefpercentage dan ook niet aan de motiveringseisen, zoals die zijn gesteld in het Vonnis en het Arrest van het Gerechtshof in Den Haag. Hieruit volgt namelijk dat een dergelijke afslag of korting op het maximum NZa-tarief niet anders tot stand kan komen dan op basis van deugdelijk onderzoek (Vonnis d.d. 1 oktober 2020, r.o. 5.22). Met andere woorden: de zorgkantoren moeten in dit geval aantonen dat er sprake is van reële tarieven in de ggz. In het Arrest d.d. 30 maart 2021 is deze motiveringsplicht bevestigd. Dat geldt ook voor de noodzaak om rekening te houden met de kostenstijgingen in de ggz. Een onderbouwing als: "Als zorgkantoor hebben we te maken met de contracteerruimte", past daar geenszins in. 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 het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale tariefaanpassingen verder vormgeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. Het landelijk richttariefpercentage moet beoordeeld worden mede in de context van de regionale aanpassingsmogelijkheden. Een bezwaar tegen het landelijk percentage gebaseerd op regionale verschillen, kan niet slagen omdat een voor de beoordeling relevant aspect buiten beschouwing is gebleven.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
477	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	<p>Wij denken dat vraagsteller hier refereert aan de opdracht van de Minister om de voorgestelde aanpassingen in de NZa tarieven door te vertalen in de inkoopafspraken met zorgaanbieders. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
478	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het jaar 2021 was een Corona jaar en er was destijds een andere vraag en inflatie dan vandaag de dag. Wordt bij de berekening van de tarieven voor 2024 rekening gehouden met de recente ontwikkelingen en op welke manier gebeurt dit?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van data 2021 (inclusief maximumtarieven). De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.
479	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kan inzicht worden gegeven in de uitkomsten van de outlier analyse per zorgaanbieder?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de uitkomsten van de outlier analyse niet delen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
480	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe is het aandeel in tariefafspraken per zorgkantoor gebruikt bij bovenregionale analyses?	Als wij uw vraag goed begrijpen wilt u weten hoe het aandeel van een aanbieder in het zorgaanbod mee is genomen in de analyses. In het eerste deel van het model is voor iedere aanbieder apart het 'kostenpercentage/kostenratio' berekend, in het tweede gedeelte telt iedere aanbieder in principe even zwaar mee. Een aanbieder met veel omzet heeft dus geen zwaardere 'stem' in de hoogte van het richttariefpercentage dan een kleine zorgaanbieder.
481	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe verhoudt het uitsluiten van outliers zich tot de uitspraak dat zorgkantoren rekening moeten houden met gelegitimeerde kostenverschillen als deze niet bij de aanbieder zijn uitgevraagd en derhalve geen onderbouwing heeft kunnen aanleveren?	De outlieranalyse ten behoeve van het richttariefmodel is bedoeld om tot een zo robuust mogelijk richttariefpercentage te komen. Om deze reden zijn zorgaanbieders met sterk afwijkende kostenpercentages naar boven en beneden niet meegenomen in de berekening. Het richttariefpercentage is een landelijk uitgangspunt. Om rekening te kunnen houden met eventuele gelegitimeerde kostenverschillen bestaat de tariefsystematiek van zorgkantoren daarnaast uit zorgkantoor specifiek beleid voor regionale aanpassingen en een hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
482	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft dat de kosten m.b.t. de Wlz worden berekend aan de hand van de ratio Wlz omzet/Totale Omzet. De totale omzet bestaat uit meerdere bronnen dan alleen de Wlz. Aan de kostenkant is het aandeel van de Wlz echter groter dan zal blijken uit de verhouding Wlz/Totale omzet. Ter illustratie: Binnen de Wmo hebben wij bijvoorbeeld huurinkomsten, waar wij relatief weinig personeelskosten voor maken. De verhouding Wlz kosten/totale kosten zal anders zijn dan de verhouding Wlz/Totale omzet. Hoe is hiervoor gecorrigeerd in de gehanteerde methodiek?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
483	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De zorgkantoren hebben een landelijk tariefmodel ontwikkeld waarvoor verschillende bronnen zijn gebruikt. Wij vragen u het tariefmodel en alle gebruikte bronnen voor het vaststellen van het richttariefpercentage openbaar te maken als onderdeel van de gepubliceerde inkoopdocumenten.	In de bijlage staan in figuur 1 de bronnen van de gebruikte gegevens vermeld. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
484	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is het tariefmodel getoetst door een onafhankelijke deskundige?	Ja, het model is extern gevalideerd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
48 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttariefpercentage is gebaseerd op de resultaten van 2021. In uw inkoopbeleid is echter een duidelijke verzwaring van eisen te onderkennen zoals b.v. beschikbaarheid strategisch vastgoed plan, eisen met betrekking tot duurzaamheid, inzet op innovatie en meer. Op welke wijze heeft u bij de bepaling van het richttariefpercentage rekening gehouden met de verzwaring van de eisen waaraan zorgaanbieders moeten gaan voldoen?	<p>In het model van het richttariefpercentage is geen standaard opslag verwerkt in verband met nieuwe eisen.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
48 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij maken bezwaar tegen de gekozen uitgangspunten: 1. de cijfers van 2021 zijn niet representatief voor de kostenontwikkelingen in 2022 en 2023 en daarom niet valide als uitgangspunt voor de start in 2024 2. Er is gebruik gemaakt van organisatiebrede cijfers voor omzet en kosten en niet specifiek Wlz-deel van de organisatie. Gezien de verschillen in omzet/kosten verhouding in de verschillende zorgsoorten is dit uitgangspunt niet valide voor bepalen van richtpercentage voor de Wlz vanaf 2024 3. als referentie is 0% resultaat genomen. Voor gezonde bedrijfsvoering is minimaal 2% resultaat nodig om te kunnen investeren. Hiermee zou het richtingspercentage voor 54% van de organisaties toereikend zijn en dus voor 46% niet toereikend 4. De bepaling van richtingspercentage zegt niets over de kostendekkendheid. Het is de combinatie van NZa-tarief en richtingspercentage die dit bepaalt. Aangezien de verwachting is dat het NZA tarief niet de volledige kostenstijgingen dekt, zal de 75% norm niet leiden tot kostendekkendheid voor 75% van de zorgaanbieders	<p>U stelt de representativiteit van het richttariefpercentage om verschillende redenen ter discussie. In reactie hierop geven we graag het volgende mee: Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
48 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u de berekening van het richttariefpercentage publiceren?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
488	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Indien u niet de berekening van het richttariefpercentage kunt publiceren, kunt u aangeven hoe dit in lijn is met de beginselen van transparantie die voor deze inkoopprocedure geldt?	In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richttariefpercentage is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. Het is feitelijk onmogelijk de berekening op geaggregeerd niveau aan te leveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
489	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft bij de vaststelling van het richttariefpercentage een rol gespeeld in welke verhouding zorgorganisaties hiermee kostendekkend kunnen werken? In een andere zorgkantoorregio wordt gesteld dat 75% van de zorgaanbieders uitkomen met het richttariefpercentage en dus 25% niet. Heeft dit een rol gespeeld? Zo ja, waarom is gekozen voor deze verhouding? En hoe verhoudt die 25% zich tot de hardheidsclausule?	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.  Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
490	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het met ons eens dat we geen personeel zouden moeten ontslaan ten gevolge van het beleid van het Zorgkantoor? Zo ja, hoe borgt u dat in uw tariefstelling nu het zeer reëel is dat de CAO fors hoger gaat uitvallen dan de OVA indexatie? Zo nee, welke oplossing ziet u voor de financiële mismatch die gaat ontstaan in onze begroting voor 2024?	<p>Wij delen het belang van het behoud van zorgpersoneel bij de zorgaanbieders.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
491	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttarief wordt aangegeven dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Kunt u, vanwege gemis aan transparantie, aangeven welke kwaliteitscriteria en rekenkundige uitgangspunten hierbij zijn gehanteerd?	Met bijlage 7 van het inkoopkader in combinatie met de beantwoording van alle vragen over het model in deze Nota van Inlichtingen zijn de gehanteerde uitgangspunten naar onze mening op voldoende wijze toegelicht zodat sprake is van een verifieerbare onderbouwing.
492	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er voldoende budget voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals voor de inzet van ICT en technologie? Op welke wijze is hiermee rekening gehouden?	In het model van het richttariefpercentage is hier niet apart rekening mee gehouden. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.
493	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft bij stap 5 aan dat u doelmatigheid wilt stimuleren. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders. Bent u bereid gegevens hierover met ons te delen?	U kunt altijd het gesprek aangaan met uw zorginkoper over de wijze waarop u werkt om zo samen te kijken welke mogelijkheden er zijn om uw doelmatigheid te vergroten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
49 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met het feit dat de CAO-VVT op 31 december 2023 afloopt en dat er op dit moment in de markt rekening wordt gehouden met een verwachte minimale stijging van de loonkosten-2024 met 10%? Zo nee, waarom niet? Hoe meent u dan aan uw verplichting te voldoen tot het betalen van een reëel tarief?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen (waaronder de impact van nieuw Cao's) en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
49 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij zijn van mening dat bij het berekenen van het richttariefpercentage alleen de Wlz-zorgexploitatie moet worden meegenomen. Heeft u in het berekenen van het richttariefpercentage en dus het analyseren van de jaarrekeningen van zorgaanbieders enkel de Wlz-zorgexploitatie in de berekening meegenomen (en dus niet bijvoorbeeld de vastgoedexploitatie of zorgexploitatie Wmo) ? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	<p>In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 &amp; 5 van de bijlage.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.</p>
49 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is rekening gehouden met de veelheid aan financieringsvormen die grotere zorgaanbieders hebben. Is hiervoor voldoende geschoond? Omzetresultaat hoeft immers niet altijd uit zorggerelateerde producten te komen. Hoe is hier mee omgegaan?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
497	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	was een bijzonder jaar. De jaarrekening is behoorlijk beïnvloed door de Corona (hoog ziekteverzuim) en de bijbehorende compensatie, door toenemende inflatie, door sterke stijging in gas- en energie. Is 2021 wel geschikt om te dienen als uitgangssituatie voor de berekening RTP 2024?	<p>De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – tot dusver meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).</p> <p>Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten en daarmee in de berekening van het richttariefpercentage.</p> <p>Kostenontwikkelingen worden meegenomen doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken. Het richttarief volgt daarmee dus automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
498	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de onderbouwing van het richttariefpercentage worden de resultaten (waaronder de jaarrekeningen 2021) als uitgangspunt genomen. De resultaten binnen de GZ-sector in 2022 laten een veel minder rooskleurig beeld zien (o.a. door krapte arbeidsmarkt, hoge inflatie, hoge energiekosten). Ik maak bezwaar tegen het feit dat 2021 als basisjaar wordt genomen en verzoek u 2022 als uitgangspunt te nemen. 2021 leidt immers tot een te laag richttariefpercentage.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa
499	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft u voor de berekening van het richttariefpercentage samengewerkt met consultancybureau en/of adviesbureaus? Zo ja, kunt u eventuele adviezen of rapporten van deze organisatie(s) met ons delen?	Zorgkantoren hebben het tariefmodel zelf ontwikkeld en de berekeningen zelf uitgevoerd. Wel is het model en de berekening extern gevalideerd.
500	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u het aandeel aan indexatie van de reële prijs voor het leveren van Wlz-zorg in het richttariefpercentage toelichten?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van data 2021 (inclusief maximumtarieven). De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
50 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2) Kunt u toelichten op welke manier u bij de berekening van het richttariefpercentage rekening hebt gehouden met verschillen in de uitvoeringswerkelijkheid tussen zorgaanbieders? Denk aan het verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders?	<p>In het eerste deel van het model is voor iedere aanbieder apart het 'kostenpercentage/kostenratio' berekend, in het tweede gedeelte telt iedere aanbieder in principe even zwaar mee. Voor verdere verschillen in uitvoeringswerkelijkheid en beleidskeuzes hierover verwijzen wij naar het regionale beleid.</p> <p>Er kunnen zich situaties voordoen waarbij de gehanteerde tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft nadelig dan is er de mogelijkheid om beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
50 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U stelt op pagina 3 van Bijlage 7 dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders, met als reden dat u de administratieve lasten voor zorgaanbieders wilt beperken. Wij waarderen het dat u aandacht heeft voor administratieve lasten maar achten het wenselijk dat de bronnen voor de onderbouwing van een richttariefpercentage actueel en zo volledig mogelijk en betrouwbaar zijn zodat deze met zekerheid kunnen worden betrokken in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Ondersteunt u dit en bent u daarom bereid om de deugdelijkheid van de onderbouwing van het richttariefpercentage alsnog nader te onderzoeken op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie, bijvoorbeeld door middel van een uitvraag op basis van een steekproef? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data.
50 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft in de onderbouwing van het richttariefpercentage enkel aan op welke gronden u aanneemt dat het percentage afdoende zou moeten zijn. Onduidelijk is welke elementen uit de tariefstelling van de NZa niet of lager zijn opgenomen in dit richttariefpercentage. Aanbieder verzoekt u om een gedetailleerde onderbouwing te geven van het verschil tussen de NZa tarieven en het richtpercentage.	De bepaling van de NZa tarieven en de bepaling van de richttarieven zijn twee verschillende methodes met ook twee verschillende soorten uitkomsten. De NZa heeft, op basis van gedetailleerde uitgevraagde gegevens van destijds 386 aanbieders, gekeken hoe ze kosten in verschillende kostensoorten kunnen indelen en toekennen aan specifieke prestaties om zo per prestatie tot een kostprijs te komen (Kostenonderzoek langdurige zorg, 2018, KMPG) waarna er nog een slag wordt gemaakt om tot de uiteindelijke tarieven te komen (Prestaties en tarieven langdurige zorg fase 2: van kosten naar tarieven, 2018, NZa). De zorgkantoren hebben, op basis van de beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van in totaal zo'n 900 aanbieders (optelling van alle sectoren excl. outliers), gekeken naar de kosten op aanbieder niveau en deze afgezet tegen de NZa tarieven, om vervolgens de sectoren te beschouwen en zo tot een percentage van het NZa tarief te komen. Twee verschillende methoden, met verschillende doelen en dus ook verschillende elementen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
504	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er rekening gehouden met de verduurzamingsopgave? En zo ja, wilt u nadere concretiseren hoe hier rekening mee gehouden is?	Nee, hier is in het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.
505	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij maken bezwaar tegen de herijking van 8 procent voor het NHC tarief omdat dit geen recht doet aan de daadwerkelijke kostenstijgingen.	Voor bezwaren over de herijking van het NHC tarief verwijzen wij naar de NZa.
506	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe heeft u gewaarborgd dat het richttariefpercentage per sector dat is gebaseerd op de jaarrekening uit 2021, ertoe leidt dat er een reëel tarief voor de in te kopen zorg wordt betaald voor 2024 in het bijzonder en de gehele periode 2024 - 2026? Dit mede gelet op het feit dat de indexering van de NZa niet de daadwerkelijke kostenstijgingen (volledig) dekt en de NZa-tarieven niet recent herijkt zijn (de NZa-tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2016) waardoor ze actualiteit missen. Zo wordt er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de stijging van de PNIL-kosten, hogere personeelskosten, hoger ziekteverzuim, de gestegen energiekosten, toenemende IT-kosten, de verzwaring/complexiteit van de zorgvraag etc.? Daarnaast bevat de jaarverslagen incidentele bijdragen zoals compensatie voor de Covid-19 pandemie. Kunt u dit toelichten?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
507	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de berekening van het tariefpercentage wordt alleen naar historie gekeken, niet naar de huidige situatie of de toekomst. Dit betekent dat een behaald resultaat uit het verleden geen garantie geeft voor de toekomst. Het richttariefpercentage staat voor 3 jaar vast. Hoe wordt rekening gehouden met toekomstige ontwikkelingen? Wordt tussentijds getoetst of het richttariefpercentage niet te laag is? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe doet u dit?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van nieuw beschikbare data worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de gehanteerde principes. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen, kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
508	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Gezien de onzekerheid dat ontwikkelingen in de sector niet worden vertaald in de NZa tarieven, wat zijn dan onze mogelijkheden met betrekking tot het tariefpercentage. Indien wij gedurende de looptijd van de overeenkomst (2024-2026) van mening zijn dat het tariefpercentage te laag is, omdat wij bijvoorbeeld negatieve resultaten behalen op de zorgexploitatie, wat zijn dan de mogelijkheden om tot een tariefpercentage te komen welke overeenkomt met een reëel tarief?	<p>In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p> <p>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.</p>
509	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van de percentages rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz kader (van 1,2% in 2024 naar 3% in 2026)? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?	<p>Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
510	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Wij ontvangen in 2024 als reguliere zorgaanbieder het richttariefpercentage van 95,5%. Dit is 0,3% lager dan in 2023. Daarnaast is er sprake van een generieke korting op de NZa tarieven V&V van circa 1,20% in 2024. dat heeft gevolgen voor de zorg in 2024. In welke mate beoordeeld u of er in 2024 sprake is van tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg? Indien in 2024 blijkt dat het tarief niet (meer) reëel is, wordt deze dan alsnog verhoogd?	Het is een reguliere taak van zorgkantoren om te monitoren in hoeverre er in de regio sprake is van tijdige beschikbaarheid van voldoende en kwalitatief goede zorg. De zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
511	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de bepaling van het richttariefpercentage zijn outliers eruit gehaald. Met het richttariefpercentage heeft 75% van de zorgaanbieders theoretisch over 2021 een neutraal of positief resultaat. Dit is wel excl. outliers. Hoeveel zorgaanbieders betreft dit en welk aandeel hebben zij in de V&V sector? Is daarmee de 75% wel representatief voor de sector V&V?	Voor de V&V zijn 6,7% van de aanbieders (op geconsolideerd niveau) aangemerkt als outlier, zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0,48% van de ZiN Wlz omzet van de totale groep (de meegenomen aanbieders en outliers). Wij zijn hiermee van mening dat de resultaten, met uitsluiting van outliers, representatief zijn.
512	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgkantoren maken gebruik van de jaarrekening 2021 voor de onderbouwing van het richttariefpercentage van 95,5%. Hoe verhoudt dit zich tot de toegepaste kortingen door het Zorgkantoor in 2022 en 2023?	Ervan uitgaande dat met 'de kortingen uit 2022 en 2023' de introductie van het originele richttarief van 95,8% wordt bedoeld zien wij dit als volgt: Dit richttarief was net als de richttarieven van dit jaar een uitgangspunt voor zorgkantoren om eigen tarieven vast te stellen. De uiteindelijke tarieven zijn bepalend voor de ZiN omzet die een aanbieder heeft gedraaid en die wordt meegenomen in het model.  De berekening is momenteel over het jaar 2021 gedaan. Daarin zijn geen gegevens verwerkt over de jaren 2022 en 2023. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie ook 506.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
51 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Er wordt gesproken over de verhouding 75e/25e percentiel (minimaal kostendekkend - positief resultaat / nihil). Als een instelling in het 75e percentiel valt, wordt gesuggereerd dat het merendeel van de zorgaanbieders goede zorg kan verlenen. In dit 75e percentiel is geen rekening gehouden met de kortingen die het Zorgkantoor heeft toegepast in 2022 en 2023. Hoe verhouden deze ontwikkelingen zich dit tot het toegepaste tarief?	<p>Ervan uitgaande dat met 'de kortingen uit 2022 en 2023' de introductie van het originele richttarief van 95,8% wordt bedoeld zien wij dit als volgt: Dit richttarief was net als de richttarieven van dit jaar een uitgangspunt voor zorgkantoren voor regionale aanpassingsmogelijkheden. De uiteindelijke tarieven zijn bepalend voor de ZiN omzet die een aanbieder heeft gedraaid en die wordt meegenomen in het model.</p> <p>De berekening is momenteel over het jaar 2021 gedaan. Daarin zijn geen gegevens verwerkt over de jaren 2022 en 2023. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie ook 506.</p>
51 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de incidentele opbrengsten in de jaarrekening 2021? Zijn die eruit gehaald bijvoorbeeld Coronaopbrengsten of andere incidentele opbrengsten van voorgaande jaren?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.</p>
51 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze zijn de opbrengsten NHC/NIC en de kosten NHC/NIC meegenomen in het richttariefpercentage voor 2024? Zijn deze opbrengsten en kosten geëlimineerd in de jaarrekening 2021 om tot richttariefpercentage te komen?	<p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
51 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Uiteindelijk zijn de aanbieders over de percentielen verdeeld (75 of 25) volgens de berekening die in deze paragraaf beschreven is. Een aanpassing in de berekening op basis van bovenstaande vragen (kortingen Zorgkantoor 2022 en 2023, korting 1,2% Minister Helder, incidentele opbrengsten, NHC/NIC niet goed verwerkt, CAO uitkomst, Coronaopbrengsten/kosten) kan leiden tot een hele andere verdeling waarbij de percentielen (75 /25) geheel anders kunnen liggen. Hoe verhoudt zich dit tot het toegepaste tarief? Aanvullend: kan dat leiden tot een aanpassing van het richttariefpercentage van 95,5% in 2024?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
51 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Er is t.b.v. van de vaststelling van het richttarief een outlieranalyse gedaan. Bij die outlieranalyse zijn uitschieters naar boven en beneden weggenomen. Het is niet transparant hoe dit gebeurd is omdat er daarna geen uitvraag meer gedaan is bij zorgaanbieders. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen deze outlieranalyse. Zo gaat zorgkantoor er nu vanuit dat het tarief kostendekkend is voor 75% ex. outliers, maar de outliers verlenen ook gewoon zorg. Voor hoeveel procent is het tarief incl. outliers dekkend?	Vanuit de aanname dat outliers niet representatief zijn voor de sector in zijn geheel en hiermee het richttarief onterecht kunnen beïnvloeden is ervoor gekozen outliers uit te sluiten in de berekening. Dit proces is, net als de andere onderdelen van het model, door een externe partij gevalideerd.  In bijlage 7 staan drie taartdiagrammen die de marge laten zien voor het gehele zorgveld bij gebruik van het richttarief. Deze diagrammen zijn inclusief de outliers.
51 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is bij de berekening van het richttariefpercentage en het 75e percentiel rekening gehouden met de aangekondigde kortingen (NHC + zorgdeel tarief)?	Voor de aangekondigde kortingen op het zorgdeel geldt dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven volgt. Het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
519	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt aan mij medegedeeld tot welke percentiel ik behoor als uitkomst van de berekening van het richttariefpercentage?	<p>Nee. Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.</p>
520	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de ActiZ rekentool impact Wlz bekostiging is aangegeven dat de NZa de NHC per 2024 gaat verlagen met gemiddeld 8 procent. Om deze verlaging deels te compenseren krijgen zorgorganisaties 4 procent 'terug' doordat VWS verduurzamingsmiddelen per 2024 naar voren haalt. Zover nu bekend betekent dit een netto verlaging van de NHC voor 2024 van gemiddeld 4 procent. Echter op dit moment is niet helder wat de voorwaarden en mogelijke aanspraak op de 4% zijn. Kunt u hier duidelijkheid over geven?	Nee, het hier geschetste beleid heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid. Zie het inkoopbeleid voor voorwaarden met betrekking tot verduurzaming.
521	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waar staat (wettelijk) vast gelegd dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn?	Het uitgangspunt is dat de tarieven voldoende moeten zijn om goede zorg te kunnen leveren, maar er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke aanbieder kostendekkend zijn, omdat dan de duurste aanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze zienswijze is in de jurisprudentie bekrachtigd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
52 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op basis waarvan is de veronderstelling dat evenredige verdeling/gebruik van een Wlz ZiN ratio (op basis van opbrengsten) leidt tot een juiste en volledige toerekening van de kosten aan Wlz? Voor zorgaanbieders met o.a. wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling bijvoorbeeld is toerekening van een evenredig deel van de energiekosten aan die opbrengstenstromen niet terecht. Merendeel van dergelijke kosten wordt gemaakt door Wlz/Grz en niet aan wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling. Dit geldt voor meer kostensoorten.	<p>Het hanteren van een veronderstelling in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.</p> <p>Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
52 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met een rendementopslag?	Nee, zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.
52 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is in onderbouwing en berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid? Zoals de stijgende loonkosten/ energiekosten en per 2024 te verwachten korting op de NZA tarieven en de NHC/NIC tarieven?	<p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek.</p> <p>Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
52 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke manier is in de onderbouwing en berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de regionale verschillen? (in mate van vergrijzing/ beschikbaarheid personeel etc.)	Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.
52 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het verleden werd het richttariefpercentage alleen gebruikt voor de personele en materiele component. En niet voor de NHC/NIC. Is bij dit richttariefpercentage al rekening gehouden met de NHC/NIC herijking?	Ook in het heden wordt het richttariefpercentage in principe alleen gebruikt voor de personele en materiele componenten van het NZa tarief.
52 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In dit hoofdstuk staat een aantal uitgangspunten beschreven bij de onderbouwing van het richttariefpercentage. Hoe waarborgt het zorgkantoor dat het richttariefpercentage van 95,5% gebaseerd op jaarrekening uitkomsten van 2021 ook toereikend is voor het jaar 2024 en met alle kostenontwikkelingen tussen 2021 en 2024 niet ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg? Gaat deze methodiek niet voorbij aan de bijzondere kostenontwikkelingen zoals bijvoorbeeld, maar niet uitputtend, de stijging van energiekosten, hoge inflatie van andere kosten en personeelskosten zoals CAO loonsverhogingen? Met de huidige tariefstelling verwachten we dat dit ten koste gaat van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg en overwegen we hiertegen bezwaar te maken.	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
52 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een driejarige overeenkomst met nog twee maal de mogelijkheid voor het zorgkantoor om dit eenzijdig te verlengen. Hoe gaat het zorgkantoor daarbij om met het richttariefpercentage? Blijft deze gelijk voor de hele looptijd en verbindt een zorgaanbieder zich dus voor 3 tot 5 jaar aan dit richttariefpercentage of wordt deze bijgesteld? Heeft de zorgaanbieder in die periode dan nog de mogelijkheid om alsnog bezwaar te maken wanneer het richttariefpercentage door externe omstandigheden niet passend is?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
529	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij het onderbouwen van de richttarieven per sector wordt gebruik gemaakt van historische data van 2021. De contractering is echter vooruitkijkend. Hoe garandeert u dat het richttariefpercentage voldoende is voor de toekomst en een reëel tarief biedt voor de in te kopen zorg? Voor 2024 zijn er verschillende factoren die de betaalbaarheid van de zorg beïnvloeden zoals korting macrokader, inflatie, forse CAO-verhoging, hoog oplopende PNIL-kosten, gestegen verzuimkosten, etc. In hoeverre is bij bepaling van het 75e percentiel en daarmee de hoogte van het basistarief rekening gehouden met deze factoren? Als hiervoor niet is gecorrigeerd dan vinden we dat bezwaarlijk omdat hierdoor geen reëel tarief wordt geboden. Het uitgangspunt is immers: "Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg" Bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden en het basistarief daarop aan te passen? Zo nee, waarom niet? Als met deze punten geen rekening gehouden is en u niet bereid bent dit alsnog te doen, dan maken we bezwaar tegen de onderbouwing van het richttariefpercentage.	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
530	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op basis van de onderbouwing en toegelichte principes (o.a. 75% grenswaarde) in bijlage 7 is ons inziens de logische consequentie dat de landelijke kortingen macrokader Wlz, macrokader VVT en kortingen op NHC en NIC gecompenseerd worden. De argumentatie is als volgt samen te vatten: door korting op landelijke kortingen te stapelen wordt het principe dat 75% van de aanbieders in 2024 break-even of een maatschappelijk verantwoorde winst realiseert ondergraven. Onze vraag is welke aanpassing van het richttarief nodig is zodat het zorgkantoor aan de eigen principes kan vasthouden? (en wordt voorkomen dat veelvuldig een beroep moet worden gedaan op de zogenaamde hardheidsclausule). Onze aanname is dat wij een reëel en kostendekkend tarief 2024 kunnen afspreken. In een kostendekkend tarief is ook ruimte voor een risico opslag (zie ook vraag 14).	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.  De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
531	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het verlengde van vraag 1 is onze vraag of bij landelijke kortingen in 2025 en 2026 een aanpassing van het richttarief (2024: 95,5%) mogelijk is? Concreet zou dit kunnen betekenen dat de tarieven 2024 in euro's met indexatie 2025 en 2026 worden doorgerekend. Of een opt out bij nieuwe majeure bezuinigingen door de rijksoverheid wanneer een % van de landelijke tarieven voor 2025 en 2026 wordt afgesproken.	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
53 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat met het berekend richttarief 75% van de aanbieders en neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen. Op welke wijze is hierbij rekening gehouden met de NHC/NIC en het "resultaat op kapitaallasten"?	Zowel de kosten voor zorg als vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden.
53 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat het gehanteerd tarief niet zodanig laag mag zijn dat dit ten kosten gaat van tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe denken jullie dat te realiseren als jullie het tarief uitsluitend baseren op de jaarrekeningen 2021? De in 2022 ingezette stijging van de kosten (personeel, energie, voeding), de door VWS in de kamerbrief aangekondigde kortingen op het WLZ kader (in 2024 gemiddeld 1,2%), de korting op de NHC van 8% en de CAO onderhandelingen lijken daarmee geen onderdeel van het richttarief. Klopt het dat deze elementen niet zijn meegenomen?	Zorgkantoren hebben ervoor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
53 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als de ontwikkelingen vanaf 2022 niet zijn meegenomen in de bepaling van het richttarief zijn jullie dan bereid het richttarief aan te passen zodat het tarief blijft voldoen aan de eisen die jullie zelf stellen aan een passend richttarief?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
53 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat met het berekend richttarief 75% van de aanbieders en neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen. Naar onze mening past een neutraal resultaat niet bij een reëel tarief aangezien voor een gezonde bedrijfsvoering altijd sprake moet zijn van een positief resultaat op de exploitatie (dus exclusief het resultaat op vastgoed aangezien dit naar onze mening geen resultaat is maar het sparen voor noodzakelijke toekomstige investeringen). Dit resultaat is nodig om te voldoen aan de eisen van externe financiers (banken en WFZ) en om eventuele risico's op te vangen. Zij jullie bereid het richtpercentage hiervoor aan te passen? Zo nee, waarom niet en op welke wijze moeten aanbieders dan blijven voldoen aan de eisen van financiers en in staat zijn risico's op te vangen?	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
536	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is rekening gehouden met de financieringsvormen die grotere zorgaanbieders hebben. Is hiervoor voldoende geschoond? Omzetresultaat hoeft immers niet altijd uit zorggerelateerde producten te komen. Hoe is hier mee omgegaan?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
537	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe kan het zorgkantoor uitleggen dat een historische berekening passend is voor de financiering van de zorg van de komende drie jaar mede in het licht van de komende CAO ontwikkelingen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.
538	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom gaat het zorgkantoor uit van het richttariefpercentage en niet van het 100% NZa-tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Zorgkantoren daarentegen 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. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendeckend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. En los hiervan, het voor de Wlz beschikbare macrokader zou niet toereikend zijn om alle zorg tegen 100% NZa-tarief te betalen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
539	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunnen we inzicht krijgen in hoe het richttariefpercentage tot stand is gekomen? Hoe is bepaald of Wlz-zorgaanbieders een neutrale of positieve marge hebben?	Om het theoretische resultaat met het richttarief te berekenen is de volgende berekening gehanteerd: bereken de 'theoretisch richttarief ZiN omzet' door '100% NZa maximum tarief scenario' te vermenigvuldigen met het richttarief percentage. De 'theoretisch richttarief ZiN omzet' is de omzet die een aanbieder zou krijgen als het richttarief als uiteindelijk tarief gehanteerd zou zijn. Trek van de theoretische omzet de 'ZiN gerelateerde Wlz kosten' af om het 'theoretisch richttarief ZiN resultaat' te krijgen. Dit kan dan als percentage uitgedrukt worden door het 'theoretische richttarief resultaat' te delen door de 'theoretisch richttarief ZiN omzet'.
540	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom heeft het zorgkantoor in deel 1 niet al gekozen voor een sectorpercentage?	De berekeningen in deel 1 (bepalen kostenpercentage) zijn noodzakelijk om de berekening van deel 2 (bepalen sectorpercentage/richttarief) uit te voeren. Deze twee delen samen vormen de bepaling van de richttarieven.
541	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de uitleg gaat het zorgkantoor uit van het 75e percentiel, maar daarvan heeft slechts 54% van de V&V organisaties een positief resultaat hoger dan 2%. Hoe ziet het zorgkantoor de 21% die tussen 0 en 2% zit als uitgangspunt voor een gezonde bedrijfsvoering?	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Hierbij heeft ruim 50% van de aanbieders een positief resultaat van minimaal 2%. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefssystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
54 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttarief van 95,7% is gebaseerd op boekjaar 2021. De jaren 2022 en 2023 worden gekenmerkt door hoge inflatie en daardoor hogere kosten. Wij achten het richttarief daarmee fundamenteel te laag. In hoeverre is het zorgkantoor bereid het richttarief te baseren op het boekjaar 2022	De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De in het inkoopkader 2024-2026 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopkader. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
54 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De definitie van de totale kosten is "som der bedrijfslasten" uit de jaarrekening. De rentekosten en soortgelijke kosten zijn hiermee niet meegenomen. Dit betekent dat in de berekening niet de totale kosten worden meegenomen. U wordt verzocht de rentekosten en soortgelijke kosten in de berekening mee te nemen. Als dit niet wordt aangepast, wat is de reden?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.
54 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De NHC-compensatie gaat met 8% omlaag, onze vraag is of de jaarlijkse indexatie van 2,5% daar al in verwerkt is. Ofwel is de NHC ten opzichte van vorig jaar -8% of $(-8\% + 2,5\%) = -5,5\%$ ?	Dit is een vraag voor de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
54 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Van welke zorgorganisaties zijn de jaarverslagen gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Van de 549 V&V aanbieders (op geconsolideerd niveau) waarvan ten tijde van de berekening de jaarverslagen over 2021 beschikbaar waren, zijn na uitsluiting van outliers 512 meegenomen in de bepaling van het sectorpercentage/richttarief. Outliers zijn bepaald middels een outlieranalyse. Tijdens de analyse worden op basis van de standaard deviatie grenswaarden bepaald. Aanbieders die buiten deze grenzen vallen worden eerst nader bekeken, tijdens deze controle wordt er gekeken naar de correctheid van gegevens (denk hierbij bijvoorbeeld aan de juistheid van het KvK nummer) en of er sprake is geweest van bijzondere inkomsten en/of uitgaven (denk hierbij bijvoorbeeld aan aan- of verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, etc.). Dit proces wordt 2 maal herhaald, daarna bij de 3e ronde van het bepalen van outliers worden er geen correcties meer gedaan, maar worden de aanbieders die dan buiten de grenswaarden vallen uitgesloten. Om de administratieve last van een aanbieder niet te vergroten is besloten geen aparte uitvragen te doen, bovenstaand proces gebeurt a.d.h.v. de beschikbare jaarverslagen. Dit proces is, net als de andere onderdelen van het model, door een externe partij gevalideerd. De individuele gegevens, waaronder de namen, van de 512 aanbieders die meegenomen zijn in de bepaling van het richttarief worden niet gedeeld. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
54 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U hebt bronnen gebruikt die betrekking hebben op het jaar 2021. In dat jaar was Corona van toepassing. In hoeverre is dit representatief naar uw mening?	Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EK/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
547	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft u bij de vaststelling dat 25% van de zorgaanbieders met het richttariefpercentage een negatief resultaat behaalt, enkel gekeken naar de solvabiliteit en/of rentabiliteit? Zo nee, hoe heeft u dit vastgesteld? Welke financiële kengetallen heeft u gebruikt en waarom? Hoe is vastgesteld dat de 75% ook echt financieel gezonde organisaties zijn?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
548	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De ontwikkelingen die vanuit de SOW middelen 2022 zijn ingezet hebben een plek gekregen in de tariefafspraken 2023. Verzekeraars hebben daar hun medewerking aan gegeven en zijn hier ook op aangesproken vanuit het IZA akkoord. Hoe hebben deze ontwikkelingen een plek gekregen in de richttarieven 2024? Hoe kan het richttariefpercentage niet zijn aangepast als deze ontwikkelingen in 2021 nog niet waren ingezet?	Waarschijnlijk doelt u hier op de middelen die beschikbaar zijn gesteld uit de Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleging (SOW). Wijkverpleging is Zvw-gefinancierde zorg en maakt geen onderdeel uit van de Wlz-zorginkoop door de zorgkantoren. Het richttariefpercentage heeft dan ook alleen maar betrekking op de Wlz-gefinancierde zorg.
549	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat het ten koste van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe rijmt u dit met de kostenstijgingen waaronder de salarisontwikkeling die fors afwijkt van de huidige marktontwikkeling en een toenemende concurrentie op de arbeidsmarkt die niet gedekt worden door de personele- en materiele indexen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.
550	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zijn de totale kosten (genoemd op pagina 4 onder stap1) gecorrigeerd voor kapitaalslasten?	Nee, zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
55 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunnen individuele aanbieders opvragen c.q. erachter komen of zij zijn ingedeeld in de groep van 25%? Als een aanbieder dan kan aantonen dat hij wel doelmatig is, kan hij dan een beroep doen op een hoger tariefpercentage? Zo nee waarom niet?	<p>Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
55 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Een van de uitgangspunten is: "Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg". Hoe heeft u dit uitgangspunt verwerkt in het tariefsvoorstel rekening houdend met een salarisontwikkeling die fors afwijkt van de huidige marktontwikkeling en een toenemende concurrentie op de arbeidsmarkt?	<p>De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
553	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij het onderbouwen van de richttarieven per sector wordt gebruik gemaakt van historische data van 2021. Voor 2024 zijn er verschillende factoren die de betaalbaarheid van de zorg beïnvloeden zoals korting macrokader, inflatie, CAO verhoging etc. In hoeverre is bij bepaling van het 75e percentiel en daarmee de hoogte van het basistarief rekening gehouden met deze factoren? Als hiervoor niet is gecorrigeerd dan vinden wij dat bezwaarlijk omdat hierdoor geen reëel tarief wordt geboden. Bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden en het basistarief daarop aan te passen? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
554	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven of u bij de vaststelling dat 25% van de zorgaanbieders met het richttariefpercentage een negatief resultaat behaalt, enkel gekeken heeft naar de solvabiliteit? Zo nee, hoe heeft u dit vastgesteld? Welke financiële kengetallen heeft u gebruikt en waarom?	Om het theoretische resultaat met het richttarief te berekenen is de volgende berekening gehanteerd: bereken de 'theoretisch richttarief ZiN omzet' door '100% NZa maximum tarief scenario' te vermenigvuldigen met het richttarief percentage. De 'theoretisch richttarief ZiN omzet' is de omzet die een aanbieder zou krijgen als het richttarief als uiteindelijk tarief gehanteerd zou zijn. Trek van de theoretische omzet de 'ZiN gerelateerde Wlz kosten' af om het 'theoretisch richttarief ZiN resultaat' te krijgen. Dit kan dan als percentage uitdrukt worden door het 'theoretische richttarief resultaat' te delen door de 'theoretisch richttarief ZiN omzet'.
555	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft in deze paragraaf aan dat het richttariefpercentage niet een gemiddelde, minimum, basis of maximum is en dat het slechts dient als uitgangspunt van gesprek. In de afgelopen jaren bleek het richttarief% niet onderhandelbaar en kon opslag alleen met projecten/ plannen van aanpak voor specifieke elementen verkregen worden. Wij concluderen uit deze passage dat we los van de mogelijkheden tot opslag ook op maat kunnen overleggen over het richttarief% en dat hierover onderhandelingen per aanbieder mogelijk zijn. Is dat juist? Kunt u daarbij tevens bevestigen dat gesprekken over maatwerkafspraken niet alleen verwijzen naar de hardheidsclausule wanneer aanbieder aangeeft het gesprek te willen voeren over het tariefpercentage?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. Dit richttariefpercentage is voor alle zorgkantoren gelijk. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. Wij verwijzen u derhalve naar het inkoopkader van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
55 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U stelt dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor iedereen kostendekkend zijn. Daarin heeft u volledig gelijk. Het tarief moet echter wel zodanig zijn dat voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg kan worden gegarandeerd. Uit cijfers van het CBS van oktober 2022 blijkt dat het gemiddelde resultaat uit gewone bedrijfsvoering van de VVT instellingen over 2021 2,4% bedroeg. Zorgaanbieder zat daarmee net onder dit gemiddelde en behoort tot de financiële middenmoot. In 2022 zien wij het resultaat dalen tot (in absolute zin) net boven 0. Uit doorrekeningen die wij hebben doorgevoerd op basis van de thans bekende vergoedingen en richtpercentages komen we tot een resultaatdaling in 2024 van ongeveer 7%. Voor het jaar 2023 voorzien we een daling van 3%. Al met al komen we in 2024 dus tot een geprognoseerd resultaat van negatief 10%. Het merendeel van de kosten die we naast personeel maken zijn voor ons niet of nauwelijks te beïnvloeden en wezenlijk voor de zorg (huur pand / voeding / overige bedrijfskosten). De enige "knop" waaraan vervolgens nog te draaien valt is het personeelsbestand. Bij een gelijkblijvend cliëntenbestand (in omvang en zorgzwaarte) zou dit betekenen dat het personeelsbestand met ongeveer 15% teruggebracht zou moeten worden. Bent u het met ons eens dat het in een tijd van excessief stijgende kosten en een grotere maatschappelijke opgave met een sterk gekrompen personeelsbestand onmogelijk is om kwalitatief toereikende zorg te garanderen?	In de nota van inlichtingen gaan we niet in op specifieke casuïstiek. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een 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 zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
55 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zo nee, hoe rijmt u dat alom bekende stijgingen van kosten (personeel, energie, huisvesting, voeding) een verlaging van tarieven rechtvaardigen?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
558	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De zorgaanbieders binnen de VVT doen openbaar verantwoording (binnen DigiMV) van hun resultaten en de daaraan ten grondslag liggende cijfers. Zonder al te veel administratieve lasten zou u deze cijfers kunnen raadplegen. Bent u bereid om alsnog de cijfers 2022 te betrekken in uw onderbouwing van de richtpercentages?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data. Wel zullen zorgkantoren jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
559	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgaanbieder heeft de afgelopen jaren zich enorm ingespannen een heel klein positief resultaat te behalen. Met de aangekondigde kortingen, al zijn de tarieven nog niet bekend kunnen wij voorspellen dat wij geen positief, noch neutraal resultaat kunnen bereiken. Voor een gezonde bedrijfsvoering is een beperkt resultaat een must. Bent u bereid het richttariefpercentage aan te passen zodanig dat 75% van de aanbieders een gezonde bedrijfsvoering (lees min. 2% resultaat) kan hebben?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
560	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als u bij de toepassing van de hardheidsclausule de solvabiliteit van de onderneming meeneemt als voorwaarde voor een hogere vergoeding, dan zou u ook een vergoeding moeten betalen voor het eigen vermogen dat de onderneming momenteel inzet voor de bedrijfsvoering. Banken vragen momenteel een vergoeding van minimaal 4% voor geldverstrekkingen, dan is een minimale vergoeding tot dat percentage voor risicodragend kapitaal op zijn plaats. Bent u bereid om - als u vasthoudt aan het hanteren van de financiële positie bij het toepassen van de hardheidsclausule - ook een redelijke vergoeding voor dat eigen vermogen te betalen?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het beoordelen van de hardheidsclausule wordt het eigen vermogen meegewogen. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
56 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Volgens ons dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij zien dit anders. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
56 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de tariefonderbouwing wordt geen rekening gehouden met investeringen voor zorgaanbieders. Doordat het tarief laag is blijft er geen ruimte over voor investeringen, hierdoor zijn de tarieven niet reëel. Kunt u toelichten waarom geen rekening wordt gehouden met investeringen?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefssystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
56 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De belangrijkste vraag bij het richttariefpercentage is o.i. van welk bedrag dit percentage is afgeleid. Kunt u de 100% tarieven per ZZP aangeven en zo nee, wanneer verwacht u deze te kunnen publiceren?	De maximumtarieven (100% tarieven) worden gepubliceerd door de NZa, voor vragen omtrent de publicatie van de nieuwste maximumtarieven verwijzen wij dan ook naar de NZa. Indien u doelt op de maximumtarieven van 2021, die gebruikt zijn in het model, verwijzen wij de naar de beleidsregels van de NZa waarin deze genoemd staan.
56 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het ermee eens dat de berekening van het richttariefpercentage gebaseerd moet zijn op de zorgexploitatie, en niet de vastgoedexploitatie, dat dit kostendekkend moet zijn omdat het anders impact heeft op de vastgoedcomponent? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
56 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Aanvullend heeft de organisatie naar verwachting nog steeds in 2024 te maken met een hoger langdurig verzuim waaronder een aantal ernstige long-Covid situaties onder medewerkers, in hoeverre is in het richttariefpercentage van 95,5% rekening gehouden met betreffende lasten en indien dit onvoldoende het geval is, staat het zorgkantoor open om hiervoor een opslag te verstrekken?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
566	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het voorschrift zorgtoewijzing staat beschreven dat no-show niet gedeclareerd mag worden aangezien dit in het tarief is verdisconteerd. Zorgaanbieders worden geconfronteerd met een hoog percentage no-show, dit geldt met name voor de Kinderdienstencentra (KDC). Nu het richttariefpercentage lager uitvalt legt dit nog meer financiële druk op de exploitatie. Wat gaat het zorgkantoor hier aan doen?	Deze regels rondom no show zijn vastgelegd in NZa-regelgeving. Indien u van oordeel bent dat deze kostenontwikkeling onvoldoende is meegenomen in de NZa-tarieven is het is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
567	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij lezen dat bij de onderbouwing van het richttariefpercentage de zorgkantoren uitgaan van bronnen uit 2021. Op dit moment zijn de gegevens van onze organisatie over 2022 bekend en kunnen deze worden toegepast. Ook is er inmiddels zicht op de gestegen kosten in 2022 en de eerste periode 2023. Wij willen dan ook vragen om deze informatie mee te nemen in de berekening van het richttariefpercentage. Hoe kijkt het zorgkantoor hier naar?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
568	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u de onderliggende berekening van het richttariefpercentage delen aan de hand van een voorbeeld? Welke berekeningscomponenten zijn toegepast? Indien u deze berekening niet publiceert, waarom niet?	Bijlage 7 zal worden aangevuld met een rekenvoorbeeld op basis van een fictieve aanbieder. De onderdelen/componenten van de berekening staan in de bijlage, specifiek bij deel 1 (bepalen zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).
569	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voospeller voor het jaar 2024?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
570	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom wordt het grotere deel beschikbaar voor de maatwerkafspraken niet toegevoegd aan het sectorpercentage? Ook in het kader van administratieve lasten vermindering. Waarom heeft u deze keuze gemaakt?	De tariefssystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
57 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is de ZVW en WMO omzet weggenomen uit de Wlz tariefberekening? Indien zorgaanbieders grotendeels Wlz gefinancierd zijn, werkt de statistische verdeling dan tegen ons?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
57 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Voorheen ontvingen we kwaliteitsgelden om te investeren in personeel en kwaliteit. Inmiddels is het aantal personeel afgenomen en staat de tarieven enkel afslagen kennen. Vertelt u eens, waar zijn de zorgkantoren nu mee bezig? Hoe ziet u dit voor zich in de toekomst? Want wij als zorgaanbieder begrijpen deze richting niet meer, we zijn het oprecht kwijt.	Onze doelen zijn geformuleerd in onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg. In het inkoopbeleid leest u hoe zorgkantoren hier in de regio invulling aan geven.
57 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom kiest u niet voor transparantie, door een X bedrag voor de regio om te besteden. Hoezo kan het niet op die manier?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
57 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voorspeller voor het jaar 2024? Welke waarborgen heeft u in de berekening gebouwd om alle verschillen juist mee te nemen?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
57 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft de onderbouwing is transparant en uitlegbaar. Wij maken hier bezwaar tegen. Waar staat deze transparantie? Kunt u een transparant document met de onderbouwing hiervoor aanleveren?	In bijlage 7 hebben we toegelicht op basis van welke bronnen en met welke modelkeuzes wij tot de richttariefpercentages per sector zijn gekomen. Wij zijn van mening dat wij hiermee voldoen aan onze transparantieverplichtingen.
57 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft zorgkantoren moeten rekening houden met bepaalde organisatie specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, wat verstaat u onder significante impact? Welke bepaalde organisatie specifieke aspecten zijn dit?	Bij organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw moet o.a. gedacht worden aan de rol die de aanbieder speelt in de regio en eventueel specifiek zorgaanbod. Of iets significant is, is afhankelijk van de omstandigheden. Dit wordt beoordeeld bij de hardheidsclausule.
57 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Geschreven wordt dat de jaarverslagen 2021 zijn gehanteerd bij de onderbouwing van het richttariefpercentage VVT. Kunt u daar inzicht in geven? Zijn de richttarieven gecorrigeerd voor incidentele opbrengsten (bijvoorbeeld COVID-19 compensaties) en andere neveneffecten als uitstel projecten en activiteiten? Graag ontvangen wij de berekeningsmethodiek welke ten grondslag aan het nu voorgestelde richttarief.	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz.. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.</p> <p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.</p>



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
578	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Krijgt de zorgorganisatie te horen van het zorgkantoor of deze ja/nee outlier is?	Er wordt niet gedeeld of uw organisatie een outlier was in de berekening.  Om de eigen positie t.o.v. het richttariefpercentage te bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model wordt bepaald dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttariefpercentage uit dan valt de aanbieder in de 25% groep.
579	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Artikel I. G Wat wordt er jaarlijks aangepast bij een 3-jarige overeenkomst? Wordt tariefpercentage jaarlijks aangepast o.b.v. actuele kostenontwikkelingen? Indien dit niet het geval is, dan maken we hier tegen bezwaar.	Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
580	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT-sector?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Dit zijn ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
58 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het is volstrekt onduidelijk en ontransparant welke jaarverslagen van welke organisaties precies zijn gebruikt voor het richttariefpercentage, alleen dat ze uit 2021 komen. Het is in ieder geval zeker dat 2024-2026 qua financiële situatie een heel andere tijd wordt dan 2021. In hoeverre is er rekening gehouden met de gestegen kosten de afgelopen jaren en de verwachting van de komende stijging van kosten de komende jaren? Graag uw toelichting.	Voor alle Wlz-sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn. Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
58 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De indexeringen van de NZa dekken niet de daadwerkelijke kostenstijgingen in onze sector en de NZa-tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2016. Hoe heeft het zorgkantoor ervoor gezorgd dat het richttariefpercentage, welke is gebaseerd op databronnen uit 2021, leidt tot een reëel tarief voor de gehele periode 2024 - 2026?	Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor de komende jaren. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
58 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kan het zorgkantoor aangeven welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector en hoe de selectie heeft plaatsgevonden?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
58 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven op welke wijze u in uw tariefsystematiek de onderstaande voorwaarden onderbouwt: Er is rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid (loonstijgingen, arbeidsmarkt krapte, gestegen energieprijzen, vergrijzingetc.); De kostprijs van de te leveren zorg door een redelijk efficiënt functionerende aanbieder moet tot uitgangspunt worden genomen; Er hoeven geen tarieven te worden vergoed die voor elke aanbieder kostendekkend zijn, omdat dan de duurste aanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen; Er is acht geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties; Er is rekening gehouden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kosten verschillen; De prijs niet zodanig laag vaststellen dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juist en kwalitatief toereikende zorg.	<p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
58 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector, allemaal of een gedeelte? Indien een gedeelte; hoe heeft de selectie plaatsgevonden?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
58 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In welke mate is er in het inkoopbeleid rekening gehouden met organisatie specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw van een zorgaanbieder? Kunt u dit toelichten?	Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met eventuele kostenverschillen volgend uit organisatie-specifieke aspecten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
587	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector? Zijn deze representatief voor de gehele VVT-sector in Nederland? Zo niet, dan maken wij hiertegen bezwaar. Wij verzoeken u spoedig te reageren op de vraag c.q. te antwoorden gelet op de vervaltermijnen om een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
588	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat maakt dat het richttarief gebaseerd is op 2021? Waarom is deze overweging gemaakt niet op jaar 2022 en het eerste half jaar van 2023? Het jaar 2021 kende in veel mindere mate een hoge inflatie zoals jaar 2022. De hoge inflatie zet ook in 2023 door. Dit baart zorgen over het richttarief 2021 en acht ik dan ook niet reëel. Tevens spelen er CAO ontwikkelingen (in 2022 is er al een loonsverhoging geweest) en naar verwachting komen die ook in 2024 en verder...	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.
589	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven waarom u bij de bepaling van het richttarief gebruikt maakt van een verouderd kostprijsonderzoek uit 2021?	Er is geen gebruik gemaakt van een 'kostprijsonderzoek uit 2021'. Wel zijn de jaarverslagen van 2021 een gegevensbron geweest voor de bepaling van de richttarieven. Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
590	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In deze paragraaf staat vermeld dat deze extern is gevalideerd. Kunt u aangeven welke partij deze externe validatie heeft uitgevoerd? Graag ontvangen wij de naam of achtergrond van deze partij.	Zorgkantoren hebben PwC gevraagd voor deze externe validatie. Toelichting PwC: "PwC heeft de 'conceptual Soundness' van het 'Model Tariefonderbouwing Wlz 2024' beoordeeld. Dat betekent dat PwC een wiskundige validatie heeft uitgevoerd op het model dat een landelijk sectorspecifiek tariefpercentage berekent. PwC doet geen uitspraak over de implementatie en over impact van het model in de praktijk door zorgkantoren, zoals regionale of aanbieder specifieke factoren. Ook kan PwC geen uitspraak doen over het model in verhouding tot de andere modellen van bijvoorbeeld zorgaanbieders (relatieve kwaliteit), maar wel ten opzichte van het model 2021. PwC geeft geen overall kwalificatie van de opzet van het model."

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
59 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttariefpercentage is gebaseerd op de jaarcijfers 2021. Inmiddels is de wereld en de zorgsector in 2023 drastisch veranderd. Veel VVT zorgaanbieder laten in 2022 al een verlies zien. De eerste doorrekening van 2024 met dit richttariefpercentage, de landelijke korting en mogelijke verschil tussen de cao en de indexeringen van de NZa laten per zorgaanbieder ernstige tekorten zien. Is in dat licht dit richttariefpercentage een goed uitgangspunt?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
59 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft dat u voor de bepaling van het tarief bronnen (jaarverslagen, declaratiegegevens en NZa maximumtarieven) uit 2021 heeft gebruikt. Gezien de effecten van de Covid-pandemie in 2021 en de diverse compensatieregelingen over 2021 is dat jaar toch niet representatief? Of vindt u dat wel? Zo ja, kunt u uitleggen waarom?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
59 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U beschrijft hoe u de richttariefpercentages heeft berekend. De minister van VWS heeft op 17 april de tweede kamer geïnformeerd (kamerbrief met kenmerk 3562662-1045844-LZ) dat zij de WLZ-tarieven met circa 1,2% door de NZA laat verlagen. Heeft u hiermee rekening gehouden bij totstandkoming van het richttariefpercentage? Zo nee, waarom niet? Dit komt niet terug in de tekst van de onderbouwing.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
594	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorginkoopdocument 2024 sector GZ, par. 5.1) Het tarief moet op grond van het proportionaliteitsbeginsel in redelijke verhouding staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet?	Voor het berekenen van de richttariefpercentages zijn de kostengegevens (uit de jaarrekening) in beschouwing genomen en niet de vermogenspositie van de zorgaanbieder.
595	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u bevestigen dat doelmatigheid (igv de bepaling van het richtpercentage) vooral betrekking heeft op de kostensfeer en niet zozeer op de wijze waarop zorg inhoudelijk verleend wordt? Als dit bevestigend wordt beantwoord, vinden wij het bezwaarlijk dat zorgaanbieders niet nader geconsulteerd zijn bij de interpretatie van de berekening van het tariefpercentage. Ook als zorgaanbieder moeten we kunnen oordelen of er voldoende argumenten zijn om dit (landelijk, eenzijdig door ZN) vastgestelde percentage te kunnen beoordelen. Een reëel tarief moet immers voor alle partijen acceptabel zijn.	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
596	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De jaarrekening cijfers zeggen onvoldoende over exploitatie resultaten op zorgprestaties. Het bronjaar 2021 is niet representatief, omdat er sprake was van coronacompensatie en uitgestelde kosten door de beperkende maatregelen. Daarnaast zorgt deze methode voor een race naar de bodem. Waar ligt de minimum grens van tariefstelling voor het zorgkantoor? Waarom hanteert het zorgkantoor een uithollende berekeningsmethode? Waar stelt het zorgkantoor een niet representatief bronjaar? Betekent het gestelde beleid dat bij een negatief totaal jaar de kortingen lager worden?	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. Uw vraag naar een minimumgrens voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet beantwoorden.</p> <p>Met betrekking tot uw vraag over de uithollende methode wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EK/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
597	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als bron wordt gebruikt: 'De meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz (V&V, GZ en GGZ)'. Dit is terugkijkend en zorgaanbieder acht dit bezwaarlijk. De contractering is namelijk vooruitkijkend. Wat garandeert dat het richttariefpercentage voldoende is voor de toekomst en een reëel tarief biedt conform de uitspraak van de rechter?	<p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
598	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Door elk jaar een ander kortingspercentage te hanteren heeft consequenties voor langdurige afspraken. Het lijkt of de risico's alleen bij de zorgaanbieder worden gelegd. welke continuïteit kan het zorgkantoor garanderen?	<p>Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p> <p>Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.</p>



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
599	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat is zodanig laag bij de geformuleerde uitgangspunten, hoe stel je dat vast? kunt u dit nader toelichten?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: " 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&amp;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."</p>
600	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat zijn de gelegitimeerde regionale of onderbouwde kostenverschillen zoals geformuleerd bij de uitgangspunten? kunt u hier voorbeelden van geven?	<p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
601	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefperce	De NHC zal 8% gaan dalen. Blijft dit daarna stabiel voor de jaren 2025 en 2026?	De NZa stelt de maximum tarieven vast voor de Wlz. Deze vraag dient u daarom voor te leggen aan de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		ntages per sector		
602	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er al bekend wat de NZa tarieven voor 2024 zullen gaan worden, c.q. met welke indexatie kan als richting gebruikt worden?	Voor deze vraag verwijzen we u naar de NZa.
603	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe wordt de afweging gemaakt door het zorgkantoor als het richttariefpercentage bijgesteld wordt? Welk kader wordt er toegepast hiervoor?	Zorgkantoren beoordelen jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten. Deze uitgangspunten vormen derhalve het kader voor deze beoordeling.
604	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het met ons eens dat bij de vaststelling van een reëel tarief ook rekening gehouden moet worden met een reële risico-opslag. Het is immers vaste jurisprudentie dat er bij het vaststellen van een reëel tarief ook rekening wordt gehouden met een risico-opslag. Is hiermee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefssystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
605	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u ons garanderen dat 'het landelijk richttariefpercentage voor zorg in de V&V' van 95,5% een reëel kostendekkend tarief oplevert?	Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefssystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
606	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het verwachte positieve resultaat is volgens de onderbouwing van het richttarief tenminste € 0. Een organisatie die een resultaat < 1% van de opbrengsten haalt, is volgens de meeste banken niet financieel gezond. Daarnaast heeft ZN in 2021 gemeld dat zij	Dit is geen vraag.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
607	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre is het richttariefpercentage onderhandelbaar? Waarom wel/niet?	Het richttariefpercentage is niet onderhandelbaar. Het richttariefpercentage is het (objectieve) resultaat van een berekening op basis van data uit de jaarverslagen van 2021 (ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen). Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
608	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre staat het richttariefpercentage vast in de jaren 2024-2026? Stel dat het percentage volgend jaar zakt naar 95% of stijgt naar 96%. Welk beleid volgt het zorgkantoor hier dan in? Beweegt dit mee of blijft dit vast staan?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
609	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is het realistisch gezien de macro-economische ontwikkelingen dat nog steeds 75% van neutraal of positief resultaat heeft? Kunt een berekening laten zien op basis van de cijfers van 2023?	Een berekening op basis van cijfers van 2023 is op dit moment uiteraard nog niet mogelijk, het is immers pas medio 2023. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa
610	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is ervoor gekozen het richttariefpercentage te baseren op 2021? In hoeverre is er rekening gehouden met o.a. de enorme inflatie en toenemende personeelskosten?	Er is gekozen voor data over boekjaar 2021 omdat dit tot op heden de voor zorgkantoren meest recent beschikbare gegevens zijn. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
611	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 van de visie staat o.a. dat zorgkantoren gezamenlijk in overleg gaan met de overheid om een realistisch meerjarig financieel kader onder de aandacht te brengen dat doorloopt (ook na de huidige kabinetsperiode) en die ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen. Dit vraagt ook een inhoudelijke onderbouwing van de kortingen in het macrokader uit het coalitieakkoord. Kan het zorgkantoor aangeven wat er wordt verstaan onder doelmatige tarieven (wanneer is het doel bereikt en komt er rust in de financiering?). Heeft het zorgkantoor de zorgen van zorgaanbieders voor 2024 ook onder de aandacht gebracht in relatie tot de stijgende kosten?	Doelmatige tarieven zijn tarieven waarvoor een gemiddeld redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder zorg kan verlenen die voldoet aan de geldende kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden. De zorgen van zorgaanbieders voor 2024 hebben wij ook besproken met het ministerie van VWS en de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
61 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	We maken bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
61 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Komen er aanvullende middelen beschikbaar indien een zorgaanbieder relatief veel kleine groepsgrootte (groepsgrootte 6 en 7) in haar vastgoed heeft waardoor het niet reëel is om te verwachten dat er een zelfde doelmatigheid wordt behaald als zorgaanbieders met grotere groepsgroottes? Zo nee, waarom niet?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
61 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe worden zorgaanbieders ondersteund bij de verduurzaming van de sector conform de doelen van de Green Deal 3.0, terwijl het voornemen is van de NZa om de NHC component per 1-1-2024 fors (-8%) te verlagen? Kunt u concreet aangeven hoe deze doelen van de Green Deal 3.0 concreet worden bereikt terwijl de financiële middelen beperkt worden en de kosten stijgen? Hoe ziet het Zorgkantoor dit voor zich? Zou u uw antwoord willen motiveren?	We sluiten aan bij de doelen uit de Green Deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.
61 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	U geeft aan dat ingezet wordt op passende zorg en kwaliteit. Door de aangekondigde bezuinigingen op de tarieven en de reeds en nog te verwachten kostenstijgingen (cao, energie etc.) is het zeer waarschijnlijk dat de zorgexploitatie structureel in de rode cijfers zal belanden, tenzij de aanspraak van de cliënt en de kwaliteit van zorg (lees: personele inzet) wordt verlaagd. Bent u bereid om met andere partijen (VWS, NZa, ZIN, IGJ) dit aan de orde te stellen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
61 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttarief percentage was in het inkoopbeleid van 2023 95,8% (dus 0,3%) hoger dan het richttariefpercentage van het inkoopbeleid 2024 (95,5%)? Hoe kan het dat het richttarief lager is in 2024, terwijl we te maken hebben door hoge inflatie oplopende kosten, hoge energieprijzen en vanwege personele krapte en CAO stijgingen hogere personele kosten? Op voorhand is al bekend dat door de gestapelde kortingen (NHC en korting op het zorgdeel van het tarief) het maximumtarief NZa lager zal zijn waarop het richttariefpercentage wordt toegepast. Er is dan dus sprake van een dubbele korting: richttariefpercentage is lager en het NZa-maximumtarief is door de gestapelde korting ook lager. Daarmee wordt ik als VVT-aanbieder voor een flinke bezuinigingsopdracht gesteld in een tijd van stijgende kosten en een toenemende vraag, die niet zomaar door efficiënter werken met gelijkblijvende kwaliteit kan worden gerealiseerd. Ik maak dus op voorhand bezwaar tegen deze systematiek van het richttariefpercentage.	In antwoord op uw vraag: het model om te komen tot een richttariefpercentage is op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt van gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021). De doorontwikkeling van het model betekende onder andere dat er meer zorgaanbieders konden worden geïncludeerd in de analyses en dat er per sector een richttariefpercentage kon worden bepaald in plaats van een gemiddelde over alle sectoren. Dus zowel het gebruik van de meest recente jaarrekeningen als de doorontwikkeling van het model leiden tot de huidige uitkomsten.
61 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	We delen met het zorgkantoor de opgaven die er liggen in de langdurige zorg: de toegankelijkheid, bemensbaarheid en betaalbaarheid staan onder druk. Het zorgkantoor stelt dat er voor het richttariefpercentage 75% kostendekkend kan werken: 1. Kostendekkend in definitie van het zorgkantoor is een resultaat van 0, terwijl onze financiers (banken, WFZ) etc., uitgaan van een rendement van 2%. Het is niet werkbaar als verschillende stakeholders andere normen hanteren? Kan worden toegelicht waarom wordt afgeweken van de algemeen geldende normen van financiers? Enige risico opslag lijkt ons wenselijk? Hoe is dat verwerkt?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefssystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
61 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	De zorgkantoren stellen dat er voor het richttariefpercentage 75% kostendekkend kan werken: Als door deze stelling een kwart van de VVT-sector failliet kan gaan, dan wordt de druk op de andere aanbieders groter. Een toenemende vraag met minder aanbieders oplossen, staat haaks op de opgaven die er liggen. We hebben toch iedereen nodig die kan bijdragen? Waarom is 75% als kostendekkend gekozen en niet 85%, 90% of 95%? Zijn de jaarverslagen van 2021 geschoond geweest voor de incidentele bedragen voor COVID, productieverlies en uitgestelde projecten? Zo ja, hoe is dat verwerkt en zo nee, waarom niet? Is 2021 dan wel een goed uitgangspunt voor kostendekkendheid?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: " 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&amp;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."</p> <p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Voor productieverlies en uitgestelde projecten is niet gecorrigeerd.</p> <p>Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
619	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	De jaarrekeningen 2022 zijn per 1 juni 2022 gedeponereerd. Kan het zorgkantoor aantonen dat met de jaarrekeningen 2022 nog steeds met 95,5% als richttarief een neutraal of positief resultaat mogelijk is voor 75% van de VVT-aanbieders? Als uit die toets, blijkt dat niet meer 75% neutraal of een positief resultaat behaalt bij 95,5%, is het zorgkantoor dan bereid het richttarief percentage te verhogen, omdat het uitgangspunt dan niet meer geldt?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
620	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttarief percentage is geen gemiddelde, geen minimum, basis of maximumtarief. Wat is het dan wel? Het zorgkantoor noemt dit een uitgangspunt voor het vormgegeven inkoopbeleid. In de uitwerking is het toch een basistarief (minimum tarief kan niet omdat historische lage tarieven blijven bestaan, gemiddeld is ook niet omdat het is bepaald op basis van 75% percentiel op basis van jaarrekening 2022? Waarom niet zo noemen dan? Deze semantische toelichting leidt niet tot extra duidelijkheid voor de tariefbepaling.	Zorgkantoren hebben in lijn met de afgelopen jaren gekozen voor de term richttariefpercentage. Zoals toegelicht in het beleid dient het richttariefpercentage als een landelijk uitgangspunt voor de tariefstelling door zorgkantoren.
621	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe verantwoord het zorgkantoor het feit dat door het "bewust" accepteren dat 25% van de VVT instellingen met het richttarief een verlies lijdt en er dus door 25% van de instellingen geen investeringen kunnen worden gedaan in de zo nodige transitie van de ouderen zorg.	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. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden 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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
62 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe verhoudt het korten van de tarieven zich met de beweging naar onder meer digitaal als het kan? Dit vergt investeringen die niet gedekt worden door het resterende tarief en eventueel aanvullende subsidies. Vindt het zorgkantoor niet dat zij hierdoor juist de beweging beknot in plaats van in gang zet?	De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van gewogen gemiddelde kostendeekkende maximumtarieven. Deze moeten ook voldoende ruimte bieden voor het verlenen van digitale zorg. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en dient als uitgangspunt voor de tariefbepaling door zorgkantoren. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen waarmee ook de beweging naar digitaal als het kan gemaakt kan worden.
62 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Zorgkantoren moeten een reëel en kostendekkend tarief aan zorgaanbieders bieden. Dit blijkt uit jurisprudentie. Hoe kijkt het Zorgkantoor naar de stelling van de minister dat de NZa de tarieven moet verlagen en daarmee vele zorgaanbieders in de problemen zullen komen omdat zij niet meer kostendekkend kunnen werken?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
62 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Een aantal jaren geleden is er in het macrokader van VWS ongeveer 2 miljard euro vrijgespeeld om de kwaliteit van de VVT zorg op peil te brengen. De combinatie van het huidige VWS beleid (landelijke kortingen) en ZN beleid (extra kortingen) heeft ons inziens als risico dat de doelstellingen van deze extra middelen en bereikte resultaten onder druk komen te staan. Onze belangrijkste vraag is om ook de doelstellingen van de kwaliteitsmiddelen te borgen in de te maken afspraken voor 2024. Hierna is een aantal meer technische vragen geformuleerd.	Deze kwaliteitsgelden voor de verpleeghuizen zijn sinds 2022 geland in de NZa-tarieven. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.
62 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Wij maken bezwaar tegen het voor 3 jaar vaststellen van het richttariefpercentage. Gegeven de systematiek zou een jaarlijkse vaststelling voor de hand liggen, immers de financiële resultaten van instellingen zijn elk jaar anders en er wordt in de huidige systematiek geen rekening gehouden met het toekomstig budgettair kader, tariefaanpassingen en autonome kostenstijgingen. Bent u bereid het percentage jaarlijks vast te stellen. Zo nee, waarom niet?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
62 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 staat dat bij de overheid onder de aandacht wordt gebracht dat er sprake moet zijn van een realistisch meerjarig financieel kader met ruimte voor doelmatige reële tarieven. Hoe verhoudt dit zich met het verlagen van het richttariefpercentage in relatie tot de stijgende kosten voor personeel (Cao) en inflatie?	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren.</p> <p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.</p>
62 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Innovatie in de vorm van zorgtechnologie en andere inzet van ICT vraagt om enorme investeringen. Hoe gaat u faciliteren dat deze transformatie inderdaad gemaakt kan worden en er voldoende budget voor beschikbaar wordt gesteld?	Financiering van innovaties vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. Mogelijk hanteert uw zorgkantoor een opslagpercentage voor het stimuleren van innovatie. Daarover leest u dan meer in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
628	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttariefpercentage is vastgesteld op 95,5%. Bent u bereid om het richttariefpercentage afdoende te verhogen als de stijging van de kosten (cao, energie, PNIL etc.) hoger is dan de indexerings van de tarieven?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
629	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	U geeft aan wanneer en op welke manier bezwaar gemaakt kan worden. We kunnen tot 20 juli alleen bezwaar maken als we over datzelfde item al een vraag hebben gesteld in de NVI. We hebben vernomen dat VWS de NZa een aanwijzing wil geven om de NZa (100%) tarieven te verlagen. De NZa tarieven zijn niet zomaar tot stand gekomen maar gebaseerd op een kostprijsonderzoek. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze (mogelijke) korting op de tarieven? Kunt u aangeven hoe u de houdbaarheid van de WLZ zorg en de toereikende salariëring van WLZ professionals inschat als deze aanwijzing realiteit wordt?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
630	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	In de afgelopen jaren is onze instelling steeds in staat geweest om een kostendekkend exploitatie te voeren. We hebben een interne doorrekening gemaakt aan de hand van de voorgestelde contractvoorwaarden en komen tot de conclusie dat we niet tot een kostendekkende exploitatie kunnen komen. Dat is een situatie die niet is vol te houden de komende jaren. Wij zullen door de tariefverlaging uit het coalitieakkoord niet meer kostendekkend kunnen werken. In hoeverre mogen we terugvallen op de jurisprudentie hierover, die stelt dat het zorgkantoor een reëel en kostendekkend tarief moet bieden?	Het model om te komen tot een richttariefpercentage is - in lijn met jurisprudentie - op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021).  De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
631	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	In navolging op bovenstaande vraag; In hoeverre bent u bereid om samen met de zorgaanbieders stelling te nemen richting VWS om zo te komen tot een reëel kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
63 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	welk percentage heeft u gebruikt voor "redelijke" overheadkosten?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
63 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	u heeft een richttariefpercentage vastgesteld waarmee 75% van de aanbieders een tarief betaald krijgen waarmee een positief of neutraal rendement mogelijk zou zijn. is 2021 representatief voor 2024? en waar baseert u dit op?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
63 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	wat zou een passend of wenselijk rendement in procenten zijn volgens u voor een zorgaanbieder? en waar baseert u dit op?	Zoals uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.
63 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe wordt de afwijking in richttariefpercentage voor de drie sectoren onderbouwd?	De drie sectoren bestaan uit verschillende aanbieders. Voor de V&V is gekeken naar V&V aanbieders, voor de GHZ naar GHZ aanbieders en voor de GGZ naar GGZ aanbieders. Aangezien de groep aanbieders tussen iedere sector verschilt zullen ook de uitkomsten bij bepaling van het 75ste percentiel van iedere groep/sector niet exact overeenkomen.
63 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	In hoeverre is er in het tariefpercentage rekening gehouden met de veranderende samenleving waarin zorg geleverd wordt: loonstijgingen, arbeidsmarktkrapte, gestegen energieprijzen, vergrijzing?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
63 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 zegt u in ZN verband het volgende: 'Een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen'. Waaruit blijkt dat zorgkantoren zijn gehouden aan het bieden van reëel, kostendekkend tarief?	Wij gaan ervanuit dat de vraagsteller bedoelt te vragen hoe uit het beleid van zorgkantoren blijkt dat zij gehouden zijn aan het bieden van reële en kostendekkende tarieven. Ons antwoord hierop luidt als volgt. Zorgkantoren hebben uitvoerig onderzoek gedaan om te komen tot het model van de richttariefpercentages. Tevens zijn alle hierbij gemaakte modelkeuzes extern gevalideerd. Het richttariefpercentage maakt daarnaast onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek, met naast het richttariefpercentage zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
63 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Tijdens de consultatiebijeenkomst van 6 juni jl. gaf u aan dat het richttariefpercentage niet onderhandelbaar is. ActiZ heeft aangegeven dat wel onderhandelbaar is. Kunt u nader motiveren waarom dit niet onderhandelbaar is?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule.  Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. Dit is een vast percentage en daarmee niet onderhandelbaar. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
639	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Pg 14, 3de bullit: ZN blijft aandacht vragen voor "Een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen. Dit vraagt ook een inhoudelijke onderbouwing van de kortingen in het macrokader uit het coalitieakkoord." We hebben er mee te maken dat VWS een daling van het tarief heeft aangekondigd, omliggende sectoren realiseren verhogingen in de cao waarbij de cao VVT niet achter kan blijven, hogere energietarieven, inflatie. Ons regionaal zorgkantoor biedt een lager tarief dan voorgaande jaren. Wij vinden dat de tarieven binnen deze context niet reëel zijn. Blijkbaar vindt ZN en de zorgkantoren de tarieven wel reëel, gezien het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Waar ligt voor ZN de grens wat betreft de zorgtarieven? Vanaf welke grens vraagt ZN niet alleen aan de zorgorganisaties om samen de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg te waarborgen – maar stelt ze een grens aan het ministerie, dat voor dat tarief geen goede langdurige zorg meer kan worden geleverd.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
640	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Is er in het tarief bekostiging voor e-Health? (systemen etc.) of budget voor opschalen van innovaties binnen WLZ?	Financiering van innovaties vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. Mogelijk hanteert uw zorgkantoor een opslagpercentage voor het stimuleren van innovatie. Daarover leest u dan meer in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
641	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Wat is de maximale risicobandbreedte bij wijzigingen? Bijvoorbeeld maximaal een impact van 0.2 %	Het is uit uw vraag niet duidelijk op welke risicobandbreedte of impact u hier precies doelt. Wij kunnen deze vraag daarom helaas niet beantwoorden.
642	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Heeft u rekening gehouden met de vermogenspositie van zorgaanbieders bij de bepaling van het resultaat? Zo ja, hoe verhoudt zich dit met de eis dat een tarief uit moet gaan van de kosten van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder? Gaag ontvangen wij het rapport waarin de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 is weergegeven en deze te publiceren.	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen. Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
643	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Klopt het dat de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
64 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Indien de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024, op welke wijze bent u voornemens de tariefpercentages voor 2025 en 2026 te berekenen	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
64 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Indien de tariefpercentages uit bijlage 7 alleen gelden voor 2024, waarom meent u dat reeds nu van inschrijvers kan worden verlangd dat zij bij inschrijving onvoorwaardelijk akkoord gaan met tariefpercentages waarmee zij nog niet bekend zijn?	<p>Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
64 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Inkoopbeleid 2.1 Als het tarief o.b.v. 95,5% van het NZa tarief aantoonbaar niet dekkend blijkt te zijn bij gemiddelde doelmatigheid, bent u dan bereid het tariefpercentage aan te passen naar een reëel kostendekkend tarief? Zo nee, waarom niet?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
64 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Met 95,5% is het richttarief voor de sector V&V 0,3% lager dan over 2023. Wij zien dat de zorgkantoren dit lagere richttarief hanteren in hun inkoopbeleid 2024 en dit ook leidt tot een daling van het totale tarief na opslagen. In haar brief (kamerbrief met kenmerk 3562662-1045844-LZ) aan de tweede kamer inzake de voorgenomen tariefsverlaging van de WLZ-tarieven voor 2024, schrijft de minister van VWS echter het volgende: "Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing doorvertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd. Wlz-uitvoerders mogen zich daarbij gesteund voelen door de opdracht vanuit deze brief waaruit blijkt dat de maatregelen ertoe kunnen leiden dat de zorg met behoud van kwaliteit doelmatiger kan worden georganiseerd." Hoe verhoudt de verlaging van het richttarief percentage zich met deze uitspraak van de minister van VWS? De minister vraagt u toch juist om het percentage niet te verlagen?	<p>Het model om te komen tot een richttariefpercentage is op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt van gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021). De doorontwikkeling van het model betekende onder andere dat er meer zorgaanbieders konden worden geïncludeerd in de analyses en dat er per sector een richttariefpercentage kon worden bepaald in plaats van een gemiddelde over alle sectoren. Dus zowel het gebruik van de meest recente jaarrekeningen als de doorontwikkeling van het model leiden tot de huidige uitkomsten.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
648	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 9 geeft u aan dat u inzicht wil in hoe de bedrijfsvoering is opgebouwd. Had u dit niet moeten doen voordat u het richttarief heeft vastgesteld?	Noch op pagina 9 van de door u geselecteerde bijlage, noch in de door u geselecteerde paragraaf 3 van deze bijlage hebben wij een opmerking over bedrijfsvoering kunnen terugvinden. Wij kunnen uw vraag derhalve niet plaatsen en (dus) niet van een adequaat antwoord voorzien.
649	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe ziet het Zorgkantoor het als passend dat er tariefkorting volgt als een zorgaanbieder kosteneffectief / lagere kostenniveau heeft? Met name ook in het licht voor de bedrijfsinvesteringen, digitalisering en opdracht vanuit het IZA.	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.
650	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Kunnen tarieven sneller bijgesteld dan de gebruikelijke OVA-systematiek? De vertraging leidt tot derving van inkomsten.	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
651	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht. Dat is voor een individuele aanbieder hoog over. Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat? Of bij de organisaties die als 'outlier' buiten beschouwing zijn gelaten.	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.
652	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Geldt het richttariefpercentage ook voor meerzorg? Indien nee, wat is het tariefpercentage voor meerzorg? Indien ja, waarom wordt er geen onderscheid gemaakt voor meerzorg? Meerzorg tarieven zijn niet kostendekkend, o.a. door overheadsopslag die niet vergoed wordt en PNIL die noodgedwongen moet worden ingezet.	Het richttariefpercentage is het vertrekpunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) komen er reële tariefafspraken tot stand. Het op die wijze met u afgesproken tariefpercentage geldt ook voor de meerzorg.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
65 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	De NZA-tarieven worden vastgesteld na de deadline voor stellen van vragen en indienen van bezwaren. De NZA tarieven i.c.m. het richttariefpercentage bepalen de kostendekkendheid. Welke mogelijkheden voor indienen van bezwaren of stellen van vragen zijn er na vaststelling van de NZA-tarieven?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De mogelijkheid tot het stellen van vragen en het maken van bezwaar nadat de NZa-tarieven gepubliceerd zijn, is echter niet nodig omdat bezwaar gemaakt kan worden tegen het richttariefpercentage met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gegeven. Wij geven geen nadere gelegenheid tot het stellen van vragen over de tarieven van de NZa omdat de zorgkantoren die niet vaststellen en zij ook aan de NZa-maximumtarieven gebonden zijn. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.
65 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Heeft de vorige week geconstateerde foutieve berekening door VWS van de prijsindexpercentage nog effect op het richttariefpercentage? Zo ja welk effect?	Nee, dit heeft geen effect op de hoogte van het richttariefpercentage.
65 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Is er bij de bepaling van het richttariefpercentage en dus het positieve, neutrale of negatieve resultaat van zorgaanbieders rekening gehouden met de benodigde investering(en) om de doelen uit het inkoopbeleid te behalen zoals bijvoorbeeld het implementeren van 3 bewezen effectieve innovaties? Zo nee, zou het richttariefpercentage dan niet hoger moeten zijn om nog steeds 75% van de zorgaanbieders tot een positief resultaat te kunnen komen?	In het model van het richttariefpercentage is geen standaard opslag verwerkt voor investeringen.  De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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.
65 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	In hoeverre is nagegaan wat de invloed is van de uitsluiting van outliers is geweest op de berekende marge? Zijn aanbieders onder de 75% gevallen nadat outliers zijn verwijderd?	Er zijn berekeningen uitgevoerd inclusief en exclusief outliers. In het geval van de GHZ en GGZ is het een beperkt aantal keer voorgekomen (samen nog op één hand te tellen) dat er aanbieders, na verwijdering van outliers, van de categorie niet-kostendekkend (25%) naar kostendekkend (75%) zijn overgegaan.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
65 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	De resultaat verdeling voor alle sectoren laat een gelijke verdeling zien (54%/21%/15%/10%). Hoe kan deze verdeling gelijk zijn gezien de verschillende profielen van de verschillende sectoren?	<p>De verklaring voor deze verdeling bestaat uit twee elementen. Aan de ene kant is deze verdeling gedeeltelijk inherent aan het gebruik van het 75% percentiel, hieruit zal volgen dat ongeveer 25% van de aanbidders een negatief resultaat zullen hebben en 75% een positief of neutraal resultaat.</p> <p>Ten tweede zien we dat er meer aanbidders zijn die een 'hoog' positief resultaat (&gt;2%) hebben dan een 'laag' negatief resultaat (&lt;-2%), dit wekt de suggestie dat er sprake is van een licht scheve normaal verdeelde aanbidders groep, iets wat terug te zien is bij alle drie de sectoren. De scheefheid richting het positieve theoretische resultaat is naar verwachting een gevolg van het gegeven dat er in een markteconomie de prikkel bestaat tot winstmaximalisatie.</p>
65 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Als het richtingspercentage voor onze organisatie niet tot kostendekkend tarief leidt, biedt het zorgkantoor dan een aanvulling om alsnog kostendekkend te kunnen werken en hoe voldoet het zorgkantoor aan de verplichting tot het bieden van een reëel tarief?	<p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
659	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Waar komt de norm vandaan dat het richttarief percentage voldoende is als 75% van Wlz aanbieders hiermee een neutrale of positieve marge behaalt?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
660	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Wat zijn de uitgangspunten voor het berekenen van de kostenratio en wordt deze berekend?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document hetzelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. Wij passen bijlage 7 op dit punt aan.
661	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 9 van de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u dat met een richttariefpercentage van 95,7%, 54% van de zorgaanbieders een theoretisch resultaat heeft van meer dan 2%. Op deze pagina wordt niet expliciet gemaakt dat het gaat om Wlz-resultaat. Kunt u bevestigen dat u met theoretisch resultaat 'theoretisch Wlz-resultaat' bedoelt en niet totaal resultaat van de zorgaanbieder? Zo nee, dan hebben wij hierbij bezwaren omdat deze onderbouwing bedoeld is voor het bepalen van het richttariefpercentage in de Wlz.	<p>Hier wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen.</p> <p>Naar aanleiding van deze vraag is dit verhelderd in bijlage 7.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
66 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Een jaar geleden was volgens een zelfde soort onderzoek het richtpercentage nog aangepast naar 95,8%. Wat is er de afgelopen 2 jaar veranderd dat het richttarief percentage naar beneden kan?	Wat een mogelijke (gedeeltelijke) verklaring is, is dat het richttariefpercentage dat van toepassing is in 2022 en 2023 geldt voor alle sectoren. Met het doorontwikkelde model berekenen we een percentage per sector en we zien dat dit tot verschillende uitkomsten leidt.
66 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Is er in deze berekeningen rekening gehouden met het feit dat er een aantal kortingen in 2024 - 2026 op het tarief worden gerealiseerd, waardoor de marges kleiner of zelfs negatief worden?	Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast.
66 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Voor een gezonde bedrijfsvoering is een resultaat kleiner dan 2% eigenlijk niet voldoende. Waarom wordt er gekeken naar groter dan 0% en niet groter dan 2%, financieel toekomst bestendige zorgaanbieders zijn toch ook in het belang van het zorgkantoor?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen, waarvan het merendeel een resultaat van +2% of meer. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.
66 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Waarom wordt niet gewoon 100% van het NZA tarief uitgekeerd aan de zorgaanbieders? Voor dat tarief zijn toch al uitgebreide inschattingen en analyses gemaakt?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage 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.
66 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Als straks blijkt dat niet 75% van de aanbieders 0% of beter draait maar slechts 50%. Wordt het tarief dan nog naar boven bijgesteld, ook al geldt dit inkoopbeleid voor 3 jaar?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
66 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Bij een richttariefpercentage van 95,7% heeft 75% van Wlz aanbieders een neutrale of positieve marge". De meeste aanbieders hebben nu een fors negatief zorgresultaat, wat gecompenseerd wordt door vastgoedresultaat. Daarnaast zijn investeringen uitgesteld en wordt er gespaard voor toekomstige investeringen (conform methodiek NHC) en wordt de NHC fors gekort. Is het daarmee niet onmogelijk en onjuist om op deze manier te bepalen of een zorgorganisatie een positieve marge heeft (op zorg)?	De situatie die u beschrijft is per zorgaanbieder verschillend. Het gebruik van NHC/NIC voor het compenseren van zorgresultaten verschilt sterk per organisatie. Omdat de correctie hiervan maatwerk vereist, is in dit model gekozen om het geheel van toepassing te laten zijn op alle kosten. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
668	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Geeft u hiermee aan dat 0% marge als resultaat gezien kan worden als uitkomst van gezonde bedrijfsvoering?	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen.
669	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Hiermee stelt u 0% marge als norm. Houdt u hiermee rekening dat financierders van vastgoed andere normen (2% marge op de zorgexploitatie) hanteren?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
670	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Heeft u in beeld welk resultaat er behaald wordt op de zorgexploitatie? Zo ja, waarom maakt u dat niet inzichtelijk? Zo nee, vindt u dat niet relevant in de te maken afspraken met zorgaanbieders?	Nee, vanuit dit model hebben wij geen inzicht in het resultaat wat specifiek met de zorgexploitatie is gerealiseerd. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
671	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Het richttariefpercentage is voor 3 jaren vastgesteld, en gebaseerd op bronnen uit 2021. Er is geen rekening gehouden met de kosten die sindsdien fors zijn gestegen en tarieven die zijn gedaald. Daarmee houdt de NZa indexering al geen rekening met de werkelijke kosten. 1. Kunt u toelichten hoe het mogelijk is dat er bronnen uit 2021 worden gebruikt die aantoonbaar achterhaald zijn? 2. Hoe is het te verklaren dat het richttariefpercentage voor 3 jaar wordt vastgesteld, ondanks alle onzekerheid voor de toekomst. Aanbieder maakt hier bezwaar tegen en verzoekt om de mogelijkheid voor jaarlijkse aanpassing. En om actuele en betrouwbare informatie als basis te gebruiken voor het vaststellen van het jaarlijkse richttariefpercentage.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar wordt bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
67 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Hier wordt gesteld: bij een richttariefpercentage van 95,5% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge. Hierbij wordt getoetst op basis van één peiljaar. In het resultaat van zorgaanbieders moet onderscheid gemaakt worden tussen de vastgoedexploitatie en de zorgexploitatie. In het voorliggende model wordt dit samengenomen. Door hierbij naar één peiljaar te kijken wordt geen recht gedaan aan de vastgoedopgaves die er voor zorgaanbieders liggen op de langere termijn. Het zou meer recht doen door te kijken naar de langere termijnontwikkeling van het resultaat met onderscheid naar zorg en vastgoedresultaat. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze meerjaren dynamiek met de langjarige vastgoedopgave en verwacht het zorgkantoor dat met dit richttariefpercentage ook meerjarig 75% van de Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge kunnen realiseren?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
67 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	In hoeverre wordt er in het richttarief voldoende rekening gehouden met een toename van gestegen bouwkosten en rente als gevolg van noodzakelijke sloop/nieuwbouw/renovatie-opgaven gecombineerd met de aangekondigde NHC tariefskorting van 8%?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.
67 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Houdt u hiermee rekening dat de resultaten vanuit NHC/NIC door verouderde vastgoed, het verlieslatende deel in de zorgexploitatie compenseren en dat met een neutrale marge er voor de toekomst dus ook weinig investeringsruimte beschikbaar is voor die verouderde vastgoed?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten.
67 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Wat is de reden dat met de korting op het macrobudget het richttariefpercentage niet met bijvoorbeeld 1% verhoogd is?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
67 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Is er gecorrigeerd voor de Corona kosten en bijbehorende regelingen / omzet van 2021? Deze verschillen erg per financieringsvorm en zorgen ervoor dat de kostenverdeling tussen het totaal en de WLZ niet vergelijkbaar is met 2024.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, zal dit ook niet verdisconteerd worden in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
67 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Door de nieuwe CAO stijging in de GGZ zal de indexatie van de tarieven in 2024 met circa 1,5% minder stijgen dan de personeelskosten. Hierdoor is het richttariefpercentage van 95,9% niet meer representatief. Wordt de impact van de nieuwe CAO doorgerekend om te bekijken of nog 75% van de WLZ aanbieders een neutrale of positieve marge overhoudt aan richttariefpercentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendeekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.  Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
67 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	is er rekening gehouden met een rendementsopslag bij de berekening?	Nee, het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tariefpercentage voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen.
67 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	In navolging op bovenstaande vraag; onze instelling heeft huurverplichtingen die jaarlijks worden geïndexeerd, waarin bij daling van de NHC het tekort wordt vergroot. Bent u bereid te kijken naar de daadwerkelijke ontwikkelingen van de NHC door bijv. aan te sluiten bij de indexering van de huurprijs en andere indices gekoppeld aan prijsstijgingen (CPI / materiaalkosten)?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
680	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	De data zijn gecontroleerd op basis van een outlier analyse waarbij zorgkantoren afwijkende waardes hebben bekeken en, indien nodig, uitgesloten. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, welke uitgangspunten zijn bij de outlier analyse gebruikt?	Tijdens de outlieranalyse wordt gekeken naar aanbieders met afwijkende waardes, dit is bepaald door grenzen in te stellen van tweemaal de standaard deviatie ten opzichte van de mediaan. Alle aanbieders die buiten deze grenzen vallen worden aangemerkt als 'outlier', dit is in totaal drie keer gedaan. Na de eerste twee keer bepalen van outliers zijn de aanbieders die als outlier naar voren kwamen nader gecontroleerd, hierbij is bijvoorbeeld gekeken naar bijzondere inkomsten en uitgaven waarvoor gecorrigeerd dient te worden (denk hierbij bijvoorbeeld aan de ver/aankoop van vastgoed of kwijtschelding van schulden). Na de eerste twee rondes met correcties is nog een derde maal gekeken welke aanbieders nog als outlier naar voren kwamen, deze aanbieders zijn uitgesloten. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlieranalyse iteratie naast de standaarddeviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen.
681	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Wat is de uitkomst van de berekening van de kostenratio 2021	Dat verschilt per aanbieder. Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. Ter verheldering is bijlage 7 hierop aangepast.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
68 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Is er inzicht waar welke zorgaanbieder zit in het margespectrum? En zo welke aanbieders geconfronteerd worden met verplichte doelmatigheid?	<p>Als een zorgaanbieder wil bepalen hoe het zich verhoudt tot het richttariefpercentage kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit dan zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.</p> <p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage 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 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.</p>
68 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Bij een richttariefpercentage van 95,5% heeft 75% van Wlz aanbieders een neutrale of positieve marge. 54% heeft een marge van meer dan 2% en 10% heeft een negatief resultaat van meer dan 2%. Met de huidige stijging van kosten (materieel en salarissen), is de kans aanwezig dat met 95,5% niet meer de norm van 75% wordt gehaald. Hoe gaat het zorgkantoor hiermee om? Wordt dit percentage jaarlijks gemonitord en eventueel het richttariefpercentage bijgesteld zodat die 75% van toepassing blijft? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen en vragen u het inkoopbeleid aan te passen op dit punt	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
68 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	In bijlage 7 van het inkoopbeleid staat op pagina 8 dat bij de berekening van het richttariefpercentage als norm is gehanteerd dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen met het tarief. Wij vinden de 75% grens niet reëel en maken daartoe dan ook bezwaar. De 75% grens is gekozen als doelmatigheidsprikkel. Betekent dit dat volgens u ten minste 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt? Kan de keuze voor deze grens worden toegelicht? Indien u niet van mening bent dat deze 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt, kan dan worden toegelicht waarom van hen kan worden gevraagd om onder de kostprijs zorg te leveren?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
68 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Heeft u bij de specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 – van 95,2% tot en met 100% – telkens rekening gehouden met de kosten van de beroepskracht? Zo ja, kunt u het aandeel van kosten van de beroepskracht per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	De kosten van de beroepskracht zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
68 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Heeft u bij de specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 – van 95,2% tot en met 100% – telkens rekening gehouden met redelijke overheadkosten? Zo ja, kunt u het aandeel van redelijke overheadkosten per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Onduidelijk wat hier in deze vraag precies bedoeld wordt met "95,2% tot en met 100%" en "per specifieke tariefpercentage". In het algemeen, dus voor de berekening van het kostenpercentage ongeacht of dit uiteindelijk tussen 95,2% en 100% uitkomt, geldt: De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
687	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Indien voor ons als zorgaanbieder het richttariefpercentage niet kostendekkend blijkt, kunnen wij dan wel aanspraak maken op een hoger tarief wanneer wij kunnen laten zien dat wij een doelmatige zorgaanbieder zijn? Zo nee, op welke wijze wordt er dan een reëel tarief geboden? Indien er geen kostendekkend richttariefpercentage geboden wordt terwijl we wel een doelmatige zorgaanbieder zijn én er geen mogelijkheid is om aanspraak te maken op een hoger tarief, maken we bezwaar.	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een 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 zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
688	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Uit welke heterogene groep zorgaanbieders is de 25% opgebouwd die verlies draaien bij het gunningspercentage van 95,5%?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij hier geen overzicht van delen.
689	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Welke 75% van de aanbieders vallen binnen dit kostendekkende tarief van 95,5%? Hoe komt onze regio hier uit? En onze organisatie?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij dit niet delen. Iedere aanbieder kan de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.
690	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Is het zorgkantoor het met ons eens dat het richttariefpercentage voor de VVT niet is gebaseerd op de sectorale uitvoeringswerkelijkheid van de huidige tijd? M.a.w. is het zorgkantoor het met ons eens dat het richttariefpercentage niet is gebaseerd op een doorkijk voor de jaren waarop het inkoopbeleid 2024-2026 van toepassing is? Ter toelichting: In de huidige uitvoeringswerkelijkheid hebben we in vergelijking met 2021 te maken met hoge inflatie, toenemend verzuim en daardoor kosten PNIL, hoge verduurzamingseisen en -investeringen, toename van administratieve lasten a.g.v. regelgeving en het wegvallen van corona compensaties (die er in 2021 wel waren). Aanvullend voor 2024 wordt er een daling van de NHC doorgevoerd en worden nieuwe CAO stijgingen verwacht die niet volledig zullen worden gecompenseerd in de OVA. Is het zorgkantoor het eens dat de huidige als ook de verwachte financiële situatie voor veel zorgaanbieders in 2024 rekening houdend met deze ontwikkeling negatief afwijkt van de situatie in 2021, op basis waarvan het richttariefpercentage voor de VVT is vastgesteld?	Nee, dat zijn wij niet met u eens. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
69 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Het richttarief van 95,5% is gebaseerd op het NZa tarief uit 2021 (index = 100). De NZa tarieven 2024 zullen in ieder geval voor 1,2% negatief worden bijgesteld als gevolg van kortingen in het macrokader (index = 98,8). Met het richttarief van 95,5% ontvangen zorgaanbieders in dit geval 94,4% van het NZa tarief. Dit is naar onze mening niet kostendekkend. Op welke wijze verantwoord u dat een geïndexeerd tarief van 94,4% kostendekkend is?	<p>Uw redenering is niet juist. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.</p>
69 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Uit de tariefonderbouwing wordt ons onvoldoende duidelijk wat de term 'kostenratio' betekent en welke uitgangspunten voor het berekenen hiervan zijn genomen. Kunt u dit toelichten?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. De bijlage wordt hier op aangepast.
69 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	4. Resultaten per sector	Als het richttariefpercentage voor mijn organisatie niet kostendekkend is, en ik wel een doelmatige zorgaanbieder ben, kan ik dan alsnog aanspraak maken op een wel kostendekkend tarief? Zo nee, hoe ziet u dit in het licht van uw verplichting om een reëel tarief te betalen?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een 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 zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
69 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Bijlage 7, paragraaf 1	U geeft aan bij relevante externe ontwikkelingen u het recht voor te behouden om binnen het meerjarige contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek waar deze op worden gebaseerd te herzien. De door u daarbij gegeven voorbeelden zijn niet limitatief. - Wat is een relevante externe ontwikkeling? - Hoe verhoudt deze disclaimer zich t.o.v. het door u gepropageerde bieden van meerjarige financiële zekerheid aan zorgaanbieders? - Hoe gaat u om met het verwerken in de tarieven van relevante externe ontwikkelingen die de kosten voor zorgaanbieders verhogen (bijv. inflatie, CAO, energiekosten, Green Deal 3.o., etc.)	<p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld met het oog op financiële zekerheid aan zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks worden geïndexeerd voor kostenontwikkeling in het veld, volgt het richttariefpercentage automatisch deze kostenontwikkelingen.</p> <p>Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.</p>
69 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Bijlage 7, paragraaf 1	Op dit moment is nog onduidelijk wat de tarieven voor 2024 zijn. - Op grond waarvan bent u van mening dat het redelijk en billijk is dat een zorgorganisatie nu al gevraagd kan worden akkoord te gaan met een richttarief en eventueel te realiseren opslagen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
69 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Bijlage 7, paragraaf 1	Wij maken we bezwaar tegen het feit dat het basisrichttarief voor meerdere jaren gaat gelden. Het lijkt ons meer dan redelijk om op basis van actuele, volledige en juist betrouwbare gegevens jaarlijks het opnieuw vast te stellen waar bij het zorgkantoor compleet transparant is in de berekening. Ziet u dit ook zo? Zo nee kunt u dit toelichten?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
69 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Bijlage 7, paragraaf 2, deel 1	Is bij het berekenen van het richttariefpercentage ook onderscheid gemaakt in zorg en huisvesting (NHC, NIC)? Als zorgaanbieders een positief resultaat behaalden op de huisvesting, door het gebruik van oude gebouwen, dan wordt zij daar nu op afgerekend en gekort in haar zorgopbrengsten.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
698	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Bijlage 7, paragraaf 2, deel 2	Het richttariefpercentage is landelijk bepaald op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend (inclusief resultaat) voor de Wlz is." Op welke wijze is die 75% bepaald? Is daarbij rekening gehouden met alle kortingen die vanuit het ministerie van VWS worden doorgevoerd met ingang van 2024? Zoals de NHC korting, de generieke Wlz-tariefsverlaging en de korting vanwege de doorontwikkeling op de kwaliteitsmiddelen? Graag uw toelichting.	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" 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&amp;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."</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
699	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In hoeverre is er bij de bepaling van het richttariefpercentage een uitsplitsing gehanteerd in zorgresultaat en huisvestingsresultaat? Het richttariefpercentage heeft alleen betrekking op het zorggedeelte (loon/materieel). Voor de bepaling of 75% van de zorginstelling nog een positief rendement behaald met de zorgtarieven, zal ook alleen moeten worden gekeken naar de uitkomst van het zorgresultaat. Immers stelt u in paragraaf 5.3 van het inkoopbeleid dat het niet wenselijk is de NHC-inkomsten in te zetten om tekorten in de zorg te compenseren. Deelt het zorgkantoor deze mening en is zij bereid het richttariefpercentage opnieuw te laten vaststellen?	<p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.</p> <p>Het richttariefpercentage wordt hierom niet opnieuw vastgesteld.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
700	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U geeft aan de NZa-methode te hanteren bij het toerekenen van kosten aan omzet. Op welke manier heeft u incidentele opbrengsten/kosten zoals COVID Meerkosten meegenomen of geneutraliseerd?	Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Op deze manier zijn de COVID kosten geneutraliseerd in het model.
701	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Om de richttarieven te bepalen (model bepaling zorgaanbieder percentage) wordt (visueel tenminste) een aannname gedaan van de opbrengsten en kosten van Wlz aanbieders (pagina 4 en 5) als onderbouwing voor het tariefpercentage. Nu wordt voor de totale kosten gebruikt " Totale kosten die een zorgaanbieder in het betreffende jaar gemaakt heeft, Jaarrekening post 'Som der bedrijfslasten' ". In de som der bedrijfslasten zitten bijvoorbeeld wel de afschrijvingen, huur en groot onderhoud, maar de rentelasten niet. Voor de totale omzet wordt van de WLZ omzet uitgegaan, waar weer de volledige dekking voor kapitaallasten (o.a. NHC) in zit. Het lijkt of de financiële lasten (bewust/onbewust) buiten de berekening gehouden zijn, terwijl de huur wel is meegenomen. Is het zorgkantoor het met ons eens dat bij verschillende financieringsvormen er een fluctuerend beeld van de ratio per aanbieder kan zijn door de wijze van berekenen zonder rekening te houden met de financiële baten en lasten? Is het zorgkantoor het met ons een dat een sector ten onrechte een (te) hoog rendement in de berekeningen laat zien wanneer zij vastgoed (deels) in eigendom financiert met een (langlopende) lening en bijbehorende (rente)kosten? En zo ja, hoe gaat zorgkantoor dit corrigeren?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.
702	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn de jaarverslagen verschoond van incidentele bijdragen die in 2021 zijn toegekend (zoals compensatie voor COVID-19)?	1) covid compensaties Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, wordt dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. 2) bijzondere inkomsten/uitgaven Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz.. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
70 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief dat er geen sprake is van reële, kostendekkende tarieven om de volgende redenen: Aanbieder kan niet de gewenste kwaliteit leveren, we moeten hoger opgeleid personeel inzetten. Dit in combinatie met een krappe arbeidsmarkt en hoge inflatie. We lezen dat er onderzoek is gedaan adhv jaarverslag 2021, Hieruit zijn Wlz kosten niet te differentiëren en wij zien het tevens al verouderde data. Hoe ziet zorgkantoor de invloed van deze elementen op de tarieven.	<p>De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Kostenontwikkelingen sindsdien wordt rekening mee gehouden doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet (in beginsel) passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
70 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In hoeverre biedt het richttariefpercentage ruimte om extra uitgaven te kunnen doen om de zorg toekomstbestendig te maken en te werken aan vernieuwing?	Dit is niet een vraag die in algemene zin beantwoord kan worden. Dit is sterk afhankelijk van de situatie van de individuele zorgaanbieder.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
70 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bent u bereid om het richttariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst aan te passen als actuele, volledige en betrouwbare informatie daartoe aanleiding geven? Zo nee, waarom niet?	<p>In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
70 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Deze systematiek is op historische basis tot stand gekomen. Hoe voorziet het zorgkantoor de dekking van kosten wanneer de transformatie van minder intramurale zorg naar meer zorg thuis moet worden bekostigd? Zorg thuis is inefficiënter dan intramuraal, dus meer reistijd.	Wij gaan er vanuit dat de NZa borgt dat de bekostiging via de prestaties en tarieven voor zorg thuis voldoende aansluit op de praktijk zodat de transformatie naar meer zorg thuis kan worden gemaakt.
70 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Indien u niet stapsgewijs en nauwkeurig kunt aangeven op welke manier de Wlz-kosten en opbrengsten gesplitst zijn van de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/ Zvw), kunt u aangeven hoe dit in lijn is met de beginselen van transparantie die voor deze inkoopprocedure geldt?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
708	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de kamerbrief van minister Helder wordt verzocht om een besparing van de NZa. Op dit moment is dus nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over de tarifiering van de komende jaren, met name na 2024. Wij kunnen niet akkoord gaan met het richttariefpercentage van het zorgkantoor zonder duidelijkheid van de NZa. Op welke manier kunnen wij ons akkoord met het richttariefpercentage herzien na publicatie van het NZa tarief?	Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
709	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn NHC kosten/baten in de berekening geschoond gezien de voorwaarden m.b.t. besteding van NHC benoemd in paragrafen 2.7 en 5.3?	Zowel de kosten voor zorg als de vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
710	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van inhaalslag van lonen van zorgmedewerkers schatten wij in dat het richtpercentage van 95,5% niet toereikend zal zijn. Zijn hier aanvullende afspraken voor mogelijk?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
71 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Graag ontvangen wij nader inzicht in de voor onze organisatie gebruikte gegevens, zodat wij deze kunnen valideren en inzicht krijgen in waar wij volgens het Zorgkantoor op dit moment staan. Aangezien deel 1 per aanbieder is opgesteld nemen wij aan dat u dit zonder al te veel inspanningen kunt aanleveren.	In bijlage 7 staat beschreven welke methodiek en databronnen zijn gebruikt voor de berekening van het richttariefpercentage. Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken In verband met de betrouwbaarheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
71 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Waar is de aanname "dat de verhouding tussen de Wlz omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz kosten en de totale op gebaseerd?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
71 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage de kapitaallasten uit de omzet en de kosten gehaald?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
71 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij zijn van mening dat bij de berekening van het kostenpercentage rekening gehouden moet worden met de ontvangen COVID compensatie, met sinds 2022 gestegen kosten (zoals personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten), dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader), correctie voor de kapitaalslasten, als dit niet geheel of gedeeltelijk is meegenomen in de berekeningen bent u dan bereid om dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>
71 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u bevestigen dat bij de berekening van het richttariefpercentage, door het gebruik van de post 'som der bedrijfsopbrengsten', de financieringslasten van zorgaanbieders buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	<p>Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.</p> <p>Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.</p>
71 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn er nog andere kostencategorieën die bij de berekening van het richttariefpercentage buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Nee, alleen de financieringsbaten en lasten zijn buiten beschouwing gelaten, andere kosten categorieën zijn onderdeel van de totale kosten.
71 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Uit de tariefonderbouwing wordt ons onvoldoende duidelijk wat de term 'kostenratio' betekent en welke uitgangspunten voor het berekenen hiervan zijn genomen. Kunt u dit toelichten?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
718	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u in het richttarief percentage de redelijke overheadkosten verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel aan redelijke overheadkosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
719	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u onderbouwen hoe u rekening heeft gehouden met redelijke overheadkosten?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet de zelfde specificeringen hebben.
720	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u kosten van niet productieve uren van de beroepskrachten als gevolg van verlof, ziekte, scholing en werk in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja kunt u het aandeel van deze kosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De kosten van niet productieve uren zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
721	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van de reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De reis- en opleidingskosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
722	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u toelichten op welke manier u met krapte op de arbeidsmarkt rekening hebt gehouden gelet op het feit dat jaarrekeningen van 2021 bepalend zijn geweest voor de berekening van het richttariefpercentage?	Dit is geen factor in de berekening van het richttariefpercentage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
72 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze hebt u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader)? Indien u hier geen rekening mee heeft gehouden, kunt u toelichten waarom niet en bent u bereid om dat alsnog te doen?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>
72 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn de totale kosten bij het vaststellen van het kostenpercentage gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet en bent u bereid om dit alsnog te doen? Kunt u toelichten of u hierbij aandacht hebt besteed of alsnog wilt besteden aan de omstandigheid dat veel Wlz-aanbieders hun exploitatie sluitend hebben gehouden door zeer weinig te investeren? Zo nee, waarom niet?	<p>Zowel de kosten voor zorg als de vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden.</p> <p>Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
72 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.' Wij zijn van mening dat het onwenselijk is dat u een onderbouwing baseert op een aanname en zijn daarnaast van mening dat uw aanname geen recht doet aan de werkelijkheid. Waarom heeft u niet gekozen voor betrouwbare informatie op dit punt zodat uw onderbouwing niet is gebaseerd op een aanname? Bent u bereid om uw aanname alsnog nader te onderbouwen? Zo nee, waarom niet?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen.
72 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de GZ-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de GZ als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van de bestanden die Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
72 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
72 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de bepaling van het richttariefpercentage en dus het positieve, neutrale of negatieve resultaat van zorgaanbieders rekening gehouden met de vermogenspositie van zorgaanbieders? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden?	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.
72 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van de tarieven rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
730	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht. Kan ik bij de zorginkoper opvragen of mijn organisatie behoort tot de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of tot de 25% organisaties met een negatief resultaat?	<p>Nee. Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken</p>
731	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de lagere NHC- vergoeding in 2024 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
732	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In dit deel wordt het tariefmodel weergegeven waarmee het kostenpercentage wordt berekend. Nu wordt in de exploitatiesturing van zorgaanbieders veelal onderscheid gemaakt tussen de zorgexploitatie en de vastgoedexploitatie. Met het voorliggende tariefmodel wordt dit bij elkaar genomen wat hetzij ten kosten gaat van de huisvestingsopgave, hetzij ten kosten gaat van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Vindt het zorgkantoor niet dat in het model ook rekening moet worden gehouden met dit onderscheid? Een positief resultaat op de vastgoedexploitatie is namelijk bestemd voor herontwikkeling van vastgoed om toekomstbestendig te blijven en niet om tekorten op het zorgresultaat te dichten. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze realiteit in het kader van dit rekenmodel?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
733	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het rapport "Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag" staat dat u niet alleen moet sturen op doelmatigheid door middel van het korten op de NZA tarieven maar dat juist een actieve en constructieve houding gevraagd wordt van de zorgkantoren. Toch grijpt u nog sterker dan voorgaande jaren naar het middel van tariefkortingen. Kun u dit toelichten?	Zorgkantoren hebben een verantwoordelijkheid aangaande de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de langdurige zorg. Ten behoeve van inkoop van doelmatig zorg hanteren de zorgkantoren een tariefsystematiek die bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
73 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Na 2021 zijn er hoge kostenstijgingen geweest, op welke wijze zijn deze meegenomen in het richttariefpercentage. Indien niet, kunt u toelichten waarom u deze niet heeft meegenomen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.
73 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u bij het bepalen van het richttariefpercentage rekening gehouden met investeringseisen van banken? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Nee, hier is niet specifiek rekening mee gehouden. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen. Wij zien het richttariefpercentage dan ook als reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
73 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u bij het bepalen van het richttariefpercentage rekening gehouden met de coronacompensatie die na 2021 is komen te vervallen en van invloed is op de jaarrekening? Zo niet, kunt u toelichten waarom u deze niet heeft meegenomen?	Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN-gerelateerde Wlz kosten.
73 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u in uw berekening rekening gehouden met de aan- en verkoop van vastgoed welke van invloed is op de jaarrekening. Indien niet, kunt u toelichten waarom u hier geen rekening mee heeft gehouden?	Aan- en verkoop van vastgoed wordt beschouwd als een onderdeel van bijzondere uitgaven en inkomsten waarvoor gecontroleerd/gecorrigeerd dient te worden als een aanbieder in de outlieranalyse in de eerste twee rondes naar voren is gekomen als outlier. De outlieranalyse staat als volgt beschreven in bijlage 7, pagina 3, voetnoot 2: "De outlieranalyse wordt standaard uitgevoerd en afwijkende waarden (>2 * stdev van de mediaan) zijn handmatig gecontroleerd door de zorgkantoren. Indien de bevindingen daar aanleiding toe geven (als er bijzondere uitgaven of inkomsten aan ten grondslag liggen) worden correcties doorgevoerd. Outliers die na twee correctierondes buiten de gestelde grens vielen zijn uitgesloten bij de bepaling van het sectorpercentage."

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
738	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u rekening gehouden met verschillende financieringsstromen binnen een organisatie en de impact hiervan. Indien u dat niet heeft gedaan, kunt u nader toelichten waarom u dat niet heeft gedaan.	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Tevens blijkt uit onderzoek dat er geen correlatie is tussen de kostenratio en de Wlz ZiN ratio.
739	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de rekenmethode wordt de aanname gedaan dat de kosten die de zorgaanbieder heeft gemaakt inzicht geeft in wat de zorgaanbieder nodig heeft om de zorg te kunnen leveren. Het is zeker denkbaar dat een zorgaanbieder bepaalde kosten niet heeft gemaakt omdat de tarieven daar geen ruimte voor geven maar die inhoudelijk wel wenselijk zijn. Daarnaast zijn verschillende kosten voor zorgaanbieders flink gestegen en is er onzekerheid over de stijging van de Cao-lonen. Wij maken dan ook bezwaar tegen het hanteren van percentages terwijl nog niet duidelijk is of een zorgaanbieder met deze percentages verantwoord goede zorg kan leveren.	Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
740	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De verhouding tussen de Wlz ZiNomzet en de totale omzet is niet representatief door de verhouding tussen de Wlz ZiNkosten en de totale kosten. Dit komt omdat bij een geïntegreerde GGZ instelling het klinische zwaartepunt binnen de WLZ ligt en daar de kosten ook naar verhouding een stuk hoger liggen. Hoe is hiervoor gecorrigeerd?	Hier is niet voor gecorrigeerd. Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.  Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
74 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de stijgende kosten van personeel niet in loondienst tussen 2021-2024 meegenomen in de berekening voor het richttariefpercentage?	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is vanuit hun wettelijke taak verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers.
74 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Veel (grotere) zorgaanbieders in de langdurige zorg met een eigen vastgoed portefeuille hebben relatief lage kosten van zorgvastgoed en een positief vastgoedresultaat. Orde van grootte: 2%-3% van de totale Wlz opbrengsten. Klopt onze redelijke veronderstelling dat voor zorgorganisaties die huren of geen ideaal complex van zorgvastgoed hebben maatwerk afspraken over het tarief percentage zorgexploitatie en NHC (>100% NZa tarief) te maken zijn? Anders ontstaat in onze ogen de onredelijke situatie dat het positieve vastgoedresultaat van de sector een korting wordt voor een instelling die zorgvastgoed huurt zonder de ruimte van een stabiel positief vastgoed resultaat. In onze situatie kan dit betekenen dat bij de verlenging van ons huurcontract in 2029 een negatief vastgoed resultaat ontstaat en wij hiervoor in 2024 gekort zijn.	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
74 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	wat is de onderbouwing van de WLZ ZINL omzet?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
74 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij hebben geleerd om niet van aannames uit te gaan en mee te rekenen. Hoe hebt u zelf de aannames die u doet gevalideerd en hoe kunnen wij de aanname die toetsen?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
74 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief (integraal) resultaat bereikt. Wij zijn van mening dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief, omdat voor een gezonde bedrijfsvoering een positief resultaat noodzakelijk is, ook voor het opvangen van onvoorziene risico's en maken dus bezwaar hiertegen. Bovendien is bij veel aanbieders sprake van een positief vastgoedresultaat en een negatief zorgresultaat. Door uit te gaan van het integrale resultaat bij de bepaling van het richttariefpercentage, wordt geen rekening gehouden met het negatieve zorgresultaat. Bent u bereid om het richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief zorgresultaat behalen? Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om een negatief zorgresultaat en/ of onvoorziene risico's op te vangen?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
74 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is het richttariefpercentage gebaseerd op zorg? Gaat het enkel om de zorgexploitatie?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
74 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Tijdens de bijeenkomst op 6 juni gaf u aan dat het weglaten van de covid meerkosten en omzetsderving uit de totale omzet leidt tot minimale verschillen. Waar blijkt dit uit? Wat is de berekening?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
74 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Welke selectiemethode is toegepast op de jaarverslagen?	Voor alle Wlz-sectoren zijn de meest recente beschikbare jaarverslagen gebruikt, op dit moment die van 2021. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
749	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Welke jaarverslagen heeft u gebruik ter onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector? En welk deel heeft u uit het de jaarverslagen gebruikt?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn. De gebruikte posten van de jaarverslagen zijn terug te vinden in bijlage 7, onder 'Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage' bij de gebruikte definities.
750	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In 2022 en 2023 hebben verschillende gesprekken plaatsgevonden met onze inkopers over ons vastgoed (kleinschalig Wonen), arbeidstekorten, en de veranderingen in de indicaties van het CIZ (lagere indicaties dan voorheen bij ingewikkelde problematiek). Volgens het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) moet het tarief voor passend zijn, en acht slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals (maar niet gelimiteerd tot) zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel etc. Kunt u, voor onze organisatie specifiek, aangeven hoe deze aspecten terugkomen in het geboden tariefpercentage?	De Nvl leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatie specifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders.  Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.  Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.  Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
75 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking NCH en korting op Wlz-kader)? Zijn deze onderdeel van de omzet en declaraties? Zijn de totale kosten gecorrigeerd voor kapitaallasten? Als het voorgaande niet geheel of gedeeltelijk is meegenomen in de berekeningen, bent u bereid dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>
75 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U schrijft de meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbidders binnen de Wlz (V&V, GZ en GGZ). In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, hoeveel jaarverslagen zijn geraadpleegd en waarom zijn deze dan representatief? Op welke wijze is rekening gehouden met incidentiele posten in de jaarrekeningen zoals coronasteun, voorzieningen, eenmalige hogere subsidieposten etc.?	<p>Voor alle Wlz-sectoren zijn de meest recente beschikbare jaarverslagen (op dit moment van 2021) gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.</p> <p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p>
75 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, in hoeverre wordt rekening gehouden met een genormaliseerd resultaat?	<p>Ons is uit de vraagstelling niet duidelijk wat u precies verstaat onder een 'genormaliseerd resultaat'. In de bijlage is onderbouwd hoe de sectorale richttariefpercentages zijn berekend. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
75 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze is rekening gehouden met andere financieringsstromen binnen de zorgaanbieders? Om een goed beeld te krijgen van dekkende WLZ tarieven moet je een gesegmenteerde jaarrekening van de WLZ hebben. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, op welke wijze is hier rekening mee gehouden?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
75 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 en hogere CAO kosten/hogere lonen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
75 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Het is onze organisatie onduidelijk welke verhouding tussen de Wlz ZiN omzet en totale omzet gehanteerd is om de kosten toe te rekenen aan het Wlz-domein. Daarbij wordt de aanname gedaan dat de verhouding tussen de Wlz ZIN omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is. Op basis waarvan kan deze conclusie worden getrokken en heeft een accountant de methodiek beoordeeld/gevalideerd?	De Wlz ZiN omzet is gedeeld op de totale omzet om zo tot een verhouding te komen (de Wlz ZiN ratio), deze ratio is noodzakelijk voor het benaderen/bepalen van de Wlz ZiN kosten. Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
75 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is binnen de berekeningen van het richttariefpercentage de vastgoedexploitatie van zorgaanbieders betrokken? Indien dit zo is maakt onze organisatie hier bezwaar tegen. De zorg-exploitatie dient immers kostendekkend te zijn.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
758	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de WLZ kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ ZVW, Overige) uit de jaarrekening?	Dit is gedaan middels de Wlz ZiN ratio, zoals beschreven in bijlage 7 onder 'Deel 1: bepalen zorgaanbieder percentage'.
759	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening rekening gehouden met de gevolg schade van Corona (2022 nog wel deels corona compensatie, 2023 niet meer); de gevolgen uit zich in hoog ziekte verzuim door longcovid, vermoeidheid als gevolg van de enorme druk? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	In het model om te komen tot het richttariefpercentage zijn geen kostenontwikkelingen sinds 2021 verwerkt. Echter, doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
760	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening rekening gehouden met de huidige arbeidsmarkt problematiek en de hoge inleen PNIL die de gevolgen hiervan zijn? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	Nee, hier is in de berekening zelf geen rekening mee gehouden. Echter, doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
761	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met regionale problematiek van vergrijzing, verduurzaming en de transformatie van de zorg zoals inzet van ICT en technologie? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Hier zult u ook het beleid omtrent regionale problematiek terugvinden.
762	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij merken op dat door voor deze berekening gebruik te maken van de jaarrekening 2021, er niet de effecten in betrokken zijn van de inflatie, energiekosten en de hogere kosten van uitzendkrachten/zpp als gevolg van hoog verzuim en/of onvervulbare vacatures. Door deze hogere kosten verwachten we dat het kostenpercentage per aanbieder en per sector anders zal zijn. Wij vragen inzage in de opbouw van het eigen kostenpercentage en in die van de sector.	In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de werking/opbouw van de berekening te illustreren, naast de reeds bestaande uitleg in 'Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage' en 'Deel 2: bepalen sectorpercentage'. Wat betreft de kostenontwikkelingen die u noemt: Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
76 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij vragen naast inzage in de opbouw van het kostenpercentage een doorrekening van de effecten van de hogere energielasten, inflatie en een opslag verzuim.	In bijlage 7 is de wijze waarop de sectorale richttariefpercentages tot stand zijn gekomen toegelicht. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
76 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hierbij hanteren we, evenals o.a. de NZa in haar berekeningen doet voor kosten die zij, o.b.v. gegevens die ze uitvragen bij de aanbieder, niet specifiek kunnen toekennen aan de WLZ, de aanname dat de verhouding tussen de WLZ ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten. Welke onderbouwing wordt hiervoor gebruikt en hoe betrouwbaar is deze in statistische zin?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
76 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor berekening van het richttariefpercentage V&V worden de resultaten van de jaarverslagen 2021 betrokken. Het richtlijnpercentage heeft alleen betrekking op het resultaat op de zorg. Het resultaat huisvesting dienst buiten beschouwing te worden gelaten. Zijn de resultaten in de jaarrekening 2021 wel gesplitst in een resultaat op de zorgexploitatie en het resultaat op de vastgoedexploitatie?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
76 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe is de bepaling van het resultaat rekening gehouden met het eigen vermogen van de zorgaanbieder?	In de bepaling van het richttarief en het hypothetische resultaat genoemd in hoofdstuk 4 van bijlage 7, wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.
76 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zo ja, hoe verhoudt zich dit met de eis dat een tarief uit moet gaan van de kosten van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
76 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Gaat u bij de vaststelling van de tarieven/afslagen op het NZa-tarief rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte)?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
76 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe gaan de Wlz-kosten gesplitst van de andere uitgaven (Wmo/Zvw) uit de jaarverslagen zonder extra aanvullende informatie? En als dit niet gebeurt geeft dit dan geen vertekend beeld van de doelmatigheid?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
770	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) Zijn de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader) onderdeel van de omzet en declaraties? Zo niet, kunt u toelichtingen waarom niet en bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het makro-kader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
77 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor de onderbouwing van het richttarief is uitgegaan van de beschikbare gegevens in het jaar 2021. Dit jaar is wat ons betreft niet representatief. In 2022 hebben we te maken gekregen met een enorme stijging van de energieprijzen en een enorme inflatie hetgeen zijn effect zal hebben op de cao-lonen. Deze zullen onevenredig veel stijgen zo is de verwachting. Percentages van 10% tot 15% worden genoemd. Het lijkt niet redelijk om voor 2024 uit te gaan van dit richttariefpercentage. Hoe ziet het zorgkantoor dit? Is het zorgkantoor bereid om, indien uit een goede onderbouwing blijkt dat het tarief niet kostendekkend is het percentage zondermeer te verhogen?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
77 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Er wordt benoemd dat de jaarrekening van 2021 als uitgangspunt is genomen. Dit is naar onze mening geen representatief jaar. Er was in 2021 nog geen sprake van inflatie, nog geen sprake van een energiecrisis, de duurzaamheidsopgave waar we voor staan was toen nog niet zo concreet in beeld, er was sprake van corona(compensatie) et cetera. Onze vraag is een representatief en recenter jaar te nemen als uitgangspunt voor de tarieven 2024 en de berekening over een meer representatieve periode uit te voeren. Zijn de Zorgkantoren bereid hier gehoor aan te geven?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
77 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U stelt dat u voor het richttarief ook gebruik heeft gemaakt van de NZa maximumtarieven van 2021. Kunt u uitleggen waarom u het jaar 2021 tot uitgangspunt heeft genomen? Dat betrof om diverse redenen een bijzonder jaar, gelet op de impact van de Covid-pandemie in 2020 en 2021. Was het in dat licht niet beter om meest actuele tarief dat bovendien verder staat van de Covid-pandemie, te weten het tarief van 2023, te betrekken bij de vaststelling van de tarieven?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
77 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de OVA volledig - zonder korting - doorvertaald in de tarieven, zoals overeengekomen in het IZA?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
77 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In welke mate wordt het eigen vermogen en de vastgoedpositie meegewogen in het resultaat? Indien het wordt meegewogen, in welke mate is rekening gehouden met het feit dat het tarief gebaseerd moet zijn op een organisatie met een redelijk efficiënte bedrijfsvoering?	Nee, in het model zelf wordt de vermogens- en vastgoedpositie van een aanbieder niet meegenomen.
77 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze zijn de kosten en opbrengsten WLZ geïsoleerd indien er meerdere financieringsstromen van toepassing zijn in een jaarrekening? Kunt u dit toelichten?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
77 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is bij de gebruikte jaarrekeningen rekening gehouden met incidentele bijdragen die in 2021 toegekend zijn zoals compensatie COVID 19	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
77 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De rekenmethode die gebruikt is voor de totstandkoming van het richttariefpercentage is voor ons niet duidelijk. Kunt u de rekenmethode toelichten op een wijze waarop wij de berekening die is gemaakt kunnen volgen en kunnen toepassen op onze eigen organisatie, zodat wij ook weten op wat voor resultaat onze organisatie uit zou komen op basis van de rekenmethode? Als u dat niet met ons wilt delen tekenen wij bezwaar aan tegen de gebruikte methode.	<p>Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.</p> <p>In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de rekenmethode nader te illustreren.</p>
77 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de uitleg over de berekening van het richttariefpercentage staat dat is aangenomen dat de verhouding tussen de WLZ ZiN- omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz-ZiN kosten en de totale kosten. Wij vinden dat deze onderbouwing geen recht doet aan de werkelijkheid. Bent u bereid deze aanname alsnog nader te onderbouwen? Zo nee, waarom niet? We maken bezwaar tegen deze aanname.	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
78 0	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de incidentele bijdragen die zijn toegekend in het kader van COVID-19? Wij zijn van mening dat hier wel degelijk rekening mee gehouden dient te worden. Indien hier geen rekening mee is gehouden, waarom is dit dan het geval en is het zorgkantoor bereid dit alsnog te doen? Indien het zorgkantoor geen rekening wenst te houden met de incidentele bijdragen in het kader van Covid-19 maken wij bezwaar.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
78 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	We maken bezwaar tegen onvoldoende onderbouwing van de berekening van het richttariefpercentage. Deze is gebaseerd op de aanname dat 75% van de aanbieders hiermee in staat moet zijn om een neutraal of positief resultaat te behalen. Wij zijn van mening dat voor een gezonde bedrijfsvoering een zeker resultaat noodzakelijk is. Wordt met de totstandkoming van het richttariefpercentage beweerd dat voor een zorgorganisatie een (nagenoeg) neutraal resultaat voldoende is voor een gezonde bedrijfsvoering? Zo nee, waarom vindt u deze 75% grens dan een deugdelijke grens voor de totstandkoming van het richttariefpercentage? Wij maken bezwaar tegen de aanname dat een neutraal resultaat voldoende is.	Zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
78 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders geverifieerd. Is dit alleen op basis van de gegevens van de zorgkantoren of is dit ook afgestemd met zorgaanbieders?	Declaratiegegevens voor 2021 zijn gebaseerd op aanlevering van zorgkantoren. Deze zijn niet apart afgestemd met zorgaanbieders.
78 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De kosten die je maakt voor de verschillende financieringsstromen kunnen verschillen. Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de tarieven?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
78 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u onderzoek gedaan naar reële tarieven bij de vaststelling van de verschillende specifieke tariefpercentages uit bijlage 8? Zo ja, kunt u dit onderzoek delen?	Bijlage 7 bevat de volledige toelichting op de methodiek voor het bepalen van de richttariefpercentages per sector. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
78 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de kosten voor niet-productieve uren van de beroepskracht als gevolg van verlof, ziekte, scholing en werkoverleg in specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van deze kosten per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	De kosten van niet-productieve uren zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
78 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de indexatie c.q. inflatie in de verschillende tariefpercentages uit bijlage 8 verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van deze indexatie c.q. inflatie in deze tariefstelling kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
78 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er rekening gehouden met de invloed van corona (minder opbrengsten, lagere instroom, zorgbonus, etc.) op de opbrengsten en de kosten? Jaar 2021 is niet representatief genoeg.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
78 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Ons inziens dient het Zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar. Wij verzoeken u spoedig te reageren op de vraag c.q. te antwoorden gelet op de vervaltermijnen om een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
789	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De Totale omzet die een zorgaanbieder in het betreffende jaar heeft gedraaid wordt als basis gebruikt. Hier kleven verschillende beperkingen aan (zeker in 2021). In hoeverre is hier rekening gehouden met de bijzondere omstandigheid zoals bijvoorbeeld de coronacompensatie, kwaliteitsmiddelen, zorgbonus en overige niet zorggerelateerde opbrengsten? Zo niet, dan maken wij bezwaar dat dat niet gebeurd is, omdat dat dan niet zal c.q. kan leiden tot een reëel tarief.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz ZiN zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties (o.a. die gerelateerd zijn aan Covid zoals de EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
790	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zorgkantoren kiezen ervoor om aan te sluiten op het landelijk vastgestelde richttarief dat is afgeleid van het NZa-maximumtarief dat is bepaald overigens op basis van een landelijk uitgevoerd kostenonderzoek. Het landelijk vastgestelde richttarief zou volgens opgave moeten leiden bij 75% van de Wlz-aanbieders tot een neutrale op positieve marge; van genoemde 75% had circa 25% slechts een exploitatieresultaat tussen de 0 en 2%. Als gevolg van de recente prijsstijgingen in de vorm hogere energie-, voeding- en salariskosten aangevuld met opgelegde kortingen door de overheid zijn de gehanteerde uitgangspunten/analyses op dit punten niet meer actueel/onjuist. Derhalve tekenen wij bezwaar aan tegen dit uitgangspunt en verzoeken zorgkantoren dit punt aanhangig te maken bij de NZa en tot actualisatie van uitgangspunten op dit punt te komen.	De NZa is wettelijk verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexcijfers. Dit is het vertrekpunt voor het berekenen van de richttariefpercentages. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. Zorgkantoren gaan het richttariefpercentage op dit moment dus niet aanpassen.  De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot gepaste tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet passend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
791	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, in hoeverre is hier rekening gehouden met verschillende financieringsstromen (Zvw, Wmo, subsidies, NHC). Wordt hier kostendekkend bedoelt op totaalniveau of op WLZ-niveau?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. Het gaat hier dus om de kostendekking op Wlz-ZiN-niveau.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
79 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Skipr (dd. 08-06-2023) heeft gepubliceerd dat de NZa alle tarieven 2024 opnieuw moet berekenen en dat deze tarieven hierdoor omlaag gaan. Gaat het richttarief 2024 van u hierdoor omhoog?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het makro kader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
79 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Uw tariefstelling moet transparant en uitlegbaar zijn. U dient reële tarieven te stellen en bovendien te motiveren hoe u dat doet, zodanig dat dit voor zorgaanbieders controleerbaar is. Hierbij gelden onder meer de volgende uitgangspunten: (a) u moet tarieven stellen die voor een "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend zijn, (b) u moet acht slaan op organisatie specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, (c) u moet rekening houden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen, (d) u moet een tarief stellen dat niet zodanig laag is dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg en (e) u moet rekening houden met de eventueel bijzondere positie die bepaalde zorgaanbieders kunnen innemen ten opzichte van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld omdat zij een bijzondere zorgfunctie vervullen met een daarbij horende bijzondere kostenstructuur. Deze kaders/uitgangspunten volgen uit de rechtspraak (zoals: Vzr. Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527; Hof Den Haag 30 maart 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:2375; Vzr. Rb. Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:11368; Vzr. Rb. Zeeland-West-Brabant 13 november 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:7312). Deels staan deze kaders/uitgangspunten overigens op pagina 3 van Bijlage 7 vermeld, echter niet volledig. Is volgens u, bij het bepalen van de door u gehanteerde tarieven, rekening gehouden met alle bovenstaande kaders/uitgangspunten? Zo ja, kunt u toelichten op welke manier? Zo niet, in hoeverre niet en waarom niet?	<p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
79 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Betekent dit bijvoorbeeld dat er geen wijzigingen zijn in de doelmatigheid van de sector? Of werkt in uw ogen 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig, en waar baseert u dat op?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat wij vinden dat er altijd 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is om te hanteren bij de berekening van de richttariefpercentages. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er 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. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.
79 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij het vorige inkoopbeleid heeft u eveneens een richttariefpercentage vastgesteld waarmee 75% van individuele zorgaanbieders een tarief betaald zouden krijgen waarmee zij een positief of neutraal resultaat kregen. Waarom denkt u dat het percentage van 75% voor de aankomende jaren redelijk is, mede gelet op de doelmatigheidswinsten van zorgaanbieders door het huidige tariefbeleid?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er 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. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
79 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een kostendekkend of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met het bereiken van een kostendekkend resultaat geen sprake is van een reëel tarief, immers voor een gezonde bedrijfsvoering is een zeker resultaat onontbeerlijk. Bent u bereid om het richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om risico's op te vangen?	<p>Nee, wij zijn niet bereid het richttariefpercentage hierop aan te passen. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
79 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u aangeven of wij als zorgaanbieder vallen in de 75% categorie?	Nee, als aanbieder kunt u dit zelf bepalen door de stappen in figuur 1 van de bijlage te doorlopen om het eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.
79 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In de berekening is gesteld dat voor 75% van de zorgaanbieders het tarief toereikend moet zijn. In hoeverre is hierbij rekening gehouden met de differentiatie van de zwaarte van zorg tussen zorgaanbieders?	In de onderbouwing van het richttariefpercentage is niet gedifferentieerd voor verschillen in zorgzwaarte. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximum tarieven. De NZa differentieert voor verschillen in zorgzwaarte op prestatieniveau.
79 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Is er rekening gehouden met de toenemende zwaarte van zorg intramuraal en dus de afbouw van de lichtere zorg intramuraal die verder is ingezet ook na 2021?	Nee, hier is in de berekening van het richttariefpercentage niet expliciet rekening mee gehouden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
800	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentages is gebaseerd op het 75ste percentiel. Bij dit percentiel is het dat het tarief voor 75% van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te kunnen verlenen. De loonkosten hebben het grootste drukkende effect op het resultaat van een zorgaanbieder. Door de komende wijzigingen in de CAO VVT, een verhoging van 10%-15% van de loonkosten in 2023 en 2024, slinkt dit resultaat aanzienlijk. Door deze verandering, verschuift het 75ste percentiel van de zorgaanbieders die een neutraal of positief resultaat hebben, en is het huidige richttariefpercentage direct achterhaald. Hoe kijkt het Zorgkantoor hiernaar en wat doen zij om de zorgaanbieders hierin tegemoet te komen?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
801	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Heeft u getoetst of het richttarief nog steeds bij 75% van de aanbieders kostendeckend is als de CAO met 10% wordt verhoogd en de tarieven met 1,2% worden verlaagd in 2024? Hoe bent u omgegaan met de verschillen in de regio? Als u hier geen rekening mee hebt gehouden, in hoeverre is deze conclusie dan valide?	Het richttariefpercentage het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale tariefaanpassingen verder vormgeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. Het landelijk richttariefpercentage moet beoordeeld worden mede in de context van de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule.
802	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u toelichten hoe het mogelijk is dat u een reëel richttariefpercentage kan vaststellen als de maximumtarieven van de NZa nog niet gepubliceerd zijn?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendeckende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
803	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe bent u gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat / 25% negatief resultaat in het bepalen van het richttariefpercentage? Waarom is niet gekozen voor een andere verhouding?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: " 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&amp;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."</p>
804	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen of wij volgens u vallen binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?	<p>Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
805	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Kunnen individuele aanbieders opvragen c.q. erachter komen of zij zijn ingedeeld in de groep van 25%? Als een aanbieder dan kan aantonen dat hij wel doelmatig is, kan hij dan een beroep doen op een hoger tariefpercentage? Zo nee waarom niet?	<p>Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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.</p>
806	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat het 75e percentiel voor het merendeel van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te kunnen verlenen, maar ook om doelmatigheid te stimuleren. 1. Zegt u hiermee dat 25 % van de zorgaanbieders niet doelmatig werkt? 2. Wat is de definitie van doelmatige zorg? 3. Wat is 'voldoende' om goede zorg te kunnen verlenen. 4. Wat is goede zorg volgens het Zorgkantoor?	<p>Nee, wij stellen niet dat wij vinden dat er altijd 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is om te hanteren bij de berekening van de richttariefpercentages.</p> <p>Zoals aangegeven op pagina 12 in de Visie zetten zorgkantoren gezamenlijk in op doelmatigheid. 'Concreet betekent dit dat we sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Daarin zoeken we vanuit onze zorgplicht een duurzame balans tussen enerzijds betaalbaarheid en anderzijds toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren.'</p> <p>Goede zorg sluit aan op de behoeften van de cliënt en voldoet aan de kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden van het veld.</p>
807	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Onze regio en daarmee ook onze instelling, herkent zich niet in de uitspraak dat het richttarief bij 75% van de aanbieders kostendekkend is als de tarieven worden verlaagd en de CAO met 10% wordt verhoogd. Hoe wordt door het Zorgkantoor rekening gehouden met regionale verschillen?	<p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek.</p> <p>Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
808	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wij zijn van mening dat bij de berekening van het richttariefpercentage alleen de Wlz-zorgexploitatie meegenomen moet worden. Heeft u in de berekening alleen rekening gehouden met de Wlz-zorgexploitatie? En niet de vastgoedexploitatie? Kunt u aangeven welke methode u heeft gebruikt en waarom? En indien u de vastgoed exploitatie wel heeft meegenomen in de berekening, is dan de verlaging van de NHC ook meegenomen? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
809	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Graag wil zorgaanbieder de feitelijke berekening ontvangen op basis waarvan het richttariefpercentage tot stand is gekomen. Tot die tijd, heeft zorgaanbieder bezwaar tegen het richttarief percentage.	Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
810	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wij maken bezwaar tegen de rekensystematiek van 75% daar hier ons inziens geen deugdelijke onderbouwing aan ten grondslag ligt.	Dit zien wij anders. Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: "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 Intra-koop 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 verhoogd die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
81 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze heeft u de loonkostenstijging na 2021 voor de sector meegenomen in de berekeningen? Indien u dat niet heeft gedaan, kunt u nader toelichten waarom u dat niet heeft gedaan?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
81 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze heeft u de impact van het stijgende ziekteverzuim na 2021 meegenomen in het bepalen van uw sectorpercentage. Indien niet bent u bereid hierop alsnog het sectorpercentage aan te passen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
81 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze houdt u rekening met het aantal Cliënten per zorgzwaarte per aanbieder en het financiële effect hiervan? Indien niet kunt u nader toelichten waarom niet?	Het aantal cliënten en de zorgzwaarte zijn factoren die de Wlz ZiN omzet, zoals gedefinieerd in bijlage 7, beïnvloeden. De Wlz ZiN omzet bestaat uit de som van de, door alle zorgkantoren, aangeleverde declaratiegegevens. Uitzonderlijke effecten van prestatie- en/of cliëntmix die zich niet uiten in de declaraties zijn niet meegenomen in de bepaling van het richttarief. 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.
81 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de aanbieders kostendekkend voor de Wlz." Uit welke zorgaanbieders bestaat deze 75% en uit welke zorgaanbieders bestaat de resterende 25%.	Bij de bepaling van de 75% en 25% groep is gekeken naar het "kostenpercentage/kostenratio" van elke individuele aanbieder in een sector. Het richttariefpercentage voor die sector is vervolgens bepaald op het percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders tenminste kostendekkend zorg kan leveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij niet delen welke aanbieder tot welke groep behoort.
81 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat u voor het richttariefpercentage alle organisaties binnen een bepaalde sector hebt meegenomen en de laagst/ hoogst scorende uit de berekening hebt verwijderd. Kunt u aangeven of en hoe u rekening hebt gehouden met de verschillen in kosten-en infrastructuur tussen de organisaties binnen een sector en de prestaties die zij bieden (GGZ B/ GGZW, leveringsvormen etc.)?	Met genoemde elementen is in het model van het richttariefpercentage geen rekening gehouden. Deze elementen kunnen wel terugkomen in het regionale inkoopbeleid. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de prestaties en bijbehorende tarieven van de NZa en een zorgaanbieder wordt gefinancierd op basis van de prestaties die worden geleverd, wordt hier in de financiering wel rekening mee gehouden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
81 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U baseert zich voor uw richtpercentage op het 75e percentiel. Dat ziet echter op het 75e percentiel van 2021. Als we echter zien dat de CPI in 2022 met 10% stijgt en de stijging van de vergoeding daar zeker geen gelijke tred mee hield, is de stelling dat er in 2022 minder instellingen zijn met een kostendekkende exploitatie geen gewaagde. Bent u bereid als blijkt dat het 75e percentiel in 2022 niet kostendekkend was om het richtpercentage daaraan aan te passen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
81 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U stelt dat 25%, verwijzend naar de afgelopen jaren, van de aanbieders altijd ondoelmatig zal werken. Waar baseert u dat op?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. 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.
81 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is uw vangnetconstructie voor de 25% die het niet met dit richtpercentage redden, in relatie met de toenemende zorgvraag?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de 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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
81 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u aangeven welke componenten u heeft meegenomen bij het bepalen van het richttariefpercentage?	De onderdelen die zijn meegenomen in de bepaling van het richttariefpercentage met daarbij ook de methode hoe deze onderdelen uiteindelijk zijn gebruikt in de berekening staan benoemd in bijlage 7, specifiek deel 1 (bepalen zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
820	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U hebt het richttariefpercentage bekend gemaakt voordat bekend werd dat het BKZ en daardoor de Wlz tarieven in 2024 naar beneden worden bijgesteld. In 2025 komt daar nog een extra daling bovenop. In hoeverre is het richttariefpercentage dat u hebt vastgesteld nog actueel?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
821	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In welke mate is er bij de berekening van het richttariefpercentage 2024 regionaal sprake van verschillen in het richttarief? Licht uw antwoord toe.	De richttarieven zijn op landelijk niveau per sector berekend en gelden ook landelijk voor een specifieke sector. De richttarieven zijn voor alle regio's dus gelijk. De uiteindelijke tarieven zijn onderhevig aan regionaal beleid, hiervoor verwijzen wij naar het inkoopbeleid van uw regio.
822	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is het richttarief 2024, indien er bij de berekening rekening wordt gehouden met de korting van 8% op de NHC/NIC in de NZA tarieven van 2024?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
82 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe is het zorgkantoor gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat/ 25% negatief resultaat bij het bepalen van het richttariefpercentage? Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen in welke categorie wij vallen? Wij ontvangen hiervan graag een onderbouwing en de berekening die heeft geleid tot het bepalen van de 75% positief/ neutraal en 25% negatief. Het zorgkantoor lijkt ervan uit te gaan dat de zorgaanbieders in het 25e percentiel onvoldoende doelmatig zijn. Waarop baseert u deze conclusie en wat zijn hiervan de consequenties voor het toepassen van de hardheidsclausule?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: " 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&amp;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."</p> <p>Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.</p> <p>Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.</p> <p>Wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
				<p>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. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen in beginsel binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
82 4	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De NZa verlaagt de NHC-vergoeding in 2024 met 8%. Daarnaast geeft de minister een aanwijzing (Kamerbrief van 17 april jl.) aan het NZa om twee besparingen in de NZa-tarieven door te voeren, wat in 2024 leidt tot een korting van 1,2% op de maximumtarieven en een aanwijzing aan de zorgkantoren om de gemiddelde kortingspercentages niet te verlagen. Hoe verhouden de diverse aanpassingen van het tarief zich tot het bieden van een reëel, kostendekkend tarief, voor zowel de zorg- als de vastgoedexploitatie?	<p>Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage. Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>In combinatie met de overige onderdelen van de tariefssystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
82 5	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Vindt u dat het eigen vermogen een rol speelt voor een kostendekkende zorgexploitatie?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet.</p>
82 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is het omzet niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de Wlz is? Welk percentage, welk vermogen, welke gegevens liggen hier ten grondslag?	<p>Er is in de berekeningen geen sprake van een bepaald omzetniveau. Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Het richttariefpercentage stellen wij vervolgens vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen.</p> <p>Overige toelichting treft u verder aan in de bijlage 7.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
82 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat betekent het voor de sector als 25% van de zorgaanbieders negatief draait en niet meer kan investeren? Hoe denkt u dat de toekomst er dan uit gaat zien?	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. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden 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. Met deze driedelige systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan er dan ook vanuit dat uiteindelijk niet 25% van de aanbieders een negatief resultaat behaalt.
82 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het eigen vermogen is in onze optiek irrelevant voor een kostendekkend tarief. Op welke manier is het richttariefpercentage tot stand gekomen?	In de bepaling van het richttarief wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen. Voor uitleg over de berekeningsmethode verwijzen wij naar bijlage 7, specifiek deel 1 (bepalen zorgaanbiederpercentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).
82 9	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Is het reëel te veronderstellen dat de 25% zorgaanbieders die niet uitkomt met het tarief een beroep doen op de hardheidsclausule?	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. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Een en ander staat los van de samenstelling van- en uw positie in- de 75/25 groepsverdeling.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
830	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Er wordt gesteld dat het 75 percentiel voor het merendeel van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te verlenen. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing, waarop is dit gebaseerd? Waar en hoe is bepaald wanneer goede zorg wordt verleend?	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. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden 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.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
83 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat het richttarief gebaseerd is op de door u uit de jaarrekening 2021 gestedilleerde gegevens. Het feit dat u zich hiervoor baseert op jaarrekening 2021 om te concluderen dat 75% van de zorgorganisaties vervolgens met het richttariefpercentage voor 2024 (!) uit kan is de facto onjuist. Externe omstandigheden zijn in de 2022 fors gewijzigd (inflatie, energie, salarissen) en zullen dat in 2024 e.v. blijven doen. Denk aan de nog te maken afspraken over een aanpassingen van de CAO (gesprekken tussen werkgeversorganisaties en vakbonden lopen nu), de daling in de NHC/NIC die wordt doorgevoerd en de besparingen op het macro-kader Wlz voor de 2024 en verdere jaren. Het percentage zorgorganisaties dat uit kan komen met het nu door u bepaalde richttariefpercentage zal, zonder aanpassingen hierin, dan naar verwachting onder de 75% uitkomen. - Deelt u de hierboven beschreven verwachting dat voor minder dan 75% van de zorgorganisaties het richttariefpercentage kostendekkend zal blijken te zijn? - Zo ja, bent u bereid het richttariefpercentage aan te passen zodat uw vertrekpunt dat voor 75% van de zorgorganisaties het richttarief kostendekkend is, ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt? - Op welk richttarief zou u uitkomen als u de gerealiseerde en voorziene ontwikkelingen in resp. 2022 en 2023 en komende jaren doorrekent en vasthoudt aan uw uitgangspunt dat als 75% van de organisaties er dan mee uit de voeten kan?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten</p>
83 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Er wordt aangegeven dat er gestreefd wordt naar duidelijkheid en transparantie voor de gekozen modelkeuzes, met als doel dat 75% van de zorgaanbieders kostendekkend is voor de WLZ. Het is echter niet duidelijk welke instellingen behoren tot deze 75% en welke tot de 25%, dit strookt met de gestelde duidelijkheid en transparantie.	Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
833	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is de visie van het zorgkantoor op de 25% zorgaanbieders die structureel verlies gaan leiden in de uitgevoerde berekeningen? Hoe zouden deze aanbieders zonder financiële ruimte voor investeringen (in bijvoorbeeld zorgtechnologie en verduurzaming) naar het inzicht van het zorgkantoor in algemene zin (los van de individuele situatie) kostenefficiënter moeten kunnen gaan werken?	Dit is niet een vraag die in algemene zin beantwoord kan worden. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage 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 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.
834	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In hoeverre is een richttariefpercentage van 95,7% (GZ) voor 75% kostendekkend, wanneer deze is gebaseerd op 2021 en de kosten sindsdien alleen maar stijgen?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
835	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De 75% zou zijn gekozen als doelmatigheidsprikkel. Als het tarief voor alle zorgaanbieders kostendekkend zou zijn, zou de prikkel om efficiënt te werken wegvallen. Eenzelfde prikkel zou worden gegeven als het tarief voor 90% kostendekkend zou zijn en de 10% minder doelmatige zorgaanbieders efficiënter zou moeten gaan werken. Op basis van welke cijfers is verondersteld dat 25% van de zorgaanbieders doelmatiger zou kunnen werken?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.</p> <p>In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: " 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&amp;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."</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
83 6	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Pg. 27. 2.1: het richttariefpercentage zou landelijk bepaald zijn op een niveau waarbij 75% van de zorgaanbieders kostendekkend (en enig resultaat) zou zijn. Gezien de noodklok die alle zorgaanbieders luiden, naar aanleiding van het onderhavige inkoopbeleid, ontvangen wij graag een onderbouwing van dit percentage.	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht: "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 Intra-koop 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."
83 7	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentage is voor 75% van de aanbieders kostendekkend stelt ZN. In hoeverre is deze 75% een representatieve weergave van de type aanbieders (bijv. groot/klein/specifiek aanbod) in die er zijn? Graag ontvangen we de uitkomsten van het onderzoek hiernaar.	Er is gekeken naar het marktaandeel van de verschillende groepen per sector, hierbij is gekeken naar de 25% groep aanbieders die boven het richttarief liggen, de 75% groep aanbieders die onder het richttarief zitten en de uitgesloten outliers. De uitkomsten hiervan zijn toegevoegd aan bijlage 7.
83 8	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij de bepaling van het richttariefpercentage zijn outliers eruit gehaald. Met het richttariefpercentage heeft 75% van de zorgaanbieders theoretisch over 2021 een neutraal of positief resultaat. Dit is wel exclusief outliers. Hoeveel zorgaanbieders betreft dit en welk aandeel hebben zij in de VG sector? Is daarmee de 75% wel representatief voor de sector VG?	Voor de GHZ zijn 5,7% van de aanbieders (op geconsolideerd niveau) aangemerkt als outlier, zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0,13% van de ZiN Wlz omzet van de totale groep (de meegenomen aanbieders en outliers). Wij zijn hiermee van mening dat de resultaten, met uitsluiting van outliers, representatief zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
839	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De NZa heeft een onjuiste indexering gehanteerd, wat is hiervan de impact? Er is een onjuiste aanname gemaakt, hierdoor ziet mogelijk de 75% van de zorgorganisaties met een positief resultaat er anders uit. Wordt dit nog aangepast?	De ontdekte omissie in de indexatiecijfers t.b.v. de maximumtarieven 2024 heeft geen gevolgen voor de onderbouwing van ons richttariefpercentage. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
840	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe zijn de Wlz-kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ZVW) uit de jaarverslagen?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
84 1	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	<p>Waarom is er geen adequaat onderzoek verricht onder alle aanbieders, geïntegreerde en woonaanbieders? Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief maken dat er geen sprake is van reële, kostendekkende tarieven om de volgende redenen: - Aanbieder kan de gevraagde zorg niet met de vereiste kwaliteit leveren, omdat hierbij geen rekening is gehouden met diverse kostenstijgingen zoals bijvoorbeeld het toenemende beroep dat gedaan moet worden op personeel niet in loondienst (PNIL), én de tarieven ook geen opslag bevatten voor het bekostigen van innovaties. - De toegenomen complexiteit van de zorgvragen maakt dat behandeling en begeleiding in de gehele Wlz-ggz steeds complexer en intensiever wordt. Zorgaanbieder moet daarom gemiddeld genomen hoger gekwalificeerd personeel inzetten. De afslag die wordt gehanteerd, maakt dat wij geen zorg meer kunnen leveren die aan de geldende kwaliteitsnormen voldoet. - De herstelgerichte behandeling volgens de zorgstandaarden, generieke modules en de ART-methodiek en de brede inzet van ervaringsdeskundigen brengen extra kosten met zich mee. Zorgaanbieder kan de herstelgerichte behandeling en de inzet van ervaringsdeskundigen alleen blijven bekostigen als daar reële, kostendekkende tarieven tegenover staan. Ook andere disciplines als maatschappelijk werkers, de ggz-verpleegkundig specialist, de psycholoog en arbeids- of hersteldeskundigen hebben een belangrijkere rol in het multidisciplinaire team. Hun opleidingsniveau ligt ook hoger dan het opleidingsniveau waar bij de huidige zzp's rekening mee is gehouden.</p>	<p>De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
84 2	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	<p>Indien u de vastgoedexploitatie wél heeft meegenomen in de berekening van het richttariefpercentage, heeft u rekening gehouden met het gegeven dat de NHC vanaf 2024 wordt herijkt met 8 procent? Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar.</p>	<p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon &amp; materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen. Aangezien het richttariefpercentage niet geldt voor de NHC en de doorrekening o.b.v. gegevens uit 2021 is gedaan is de herijking van de NHC voor 2024 niet meegenomen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
84 3	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U stelt vast dat 75% van de aanbieders voldoende is om een acceptabel tarief te bieden. Daarmee sluit u direct 25% uit en lijkt het erop dat zij met dit beleid in de financiële problemen komen voor zover dat al niet het geval is. In hoeverre hebt u rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023? Te denken valt aan personeelskosten en materiële kosten.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
84 4	Contracteerprocess	1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Op pagina 10 beschrijft u uw beleid met betrekking tot onderaannemers. Vallen hier zzp'ers ook onder? En wilt u dan van elke individuele zzp'er weten wie er heeft gewerkt?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 die onderdeel is van Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Hierin kunt u lezen dat de inzet van zzp'ers ook onder onderaanneming valt. U hoeft geen namen van zzp'ers te vermelden, wel een opgave van de te verwachten inzet door zzp'ers.
84 5	Contracteerprocess	1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Benoemd wordt dat nog te publiceren documenten integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst. We kunnen niet instemmen met nog nader te publiceren documenten aangezien de inhoud en impact hiervan vooraf niet bekend zijn. Hiertegen hebben wij bezwaar.	Wij nemen aan dat vraagsteller hier op het nog niet gepubliceerd zijn van het Voorschrift zorgtoewijzing doelt. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Beide onderdelen kunnen van invloed zijn op de inhoud van het Voorschrift zorgtoewijzing. Dit is de reden dat deze later wordt gepubliceerd.
84 6	Contracteerprocess	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Klopt het dat bestaande aanbieders met een lopend contract dit jaar geen instemmingsverklaring hoeven in te dienen, maar dat de instemmingsverklaring slechts geldt voor de jaren 2025 e.v. bij een doorlopende overeenkomst?	Ja, dit klopt.
84 7	Contracteerprocess	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Maken de tariefpercentages zorg en het tariefpercentage NHC/NIC deel uit van dit perspectief?	Uit uw vraag is niet te herleiden welk perspectief u bedoelt. Derhalve kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
848	Contracteerprocedures	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Leidt de 'instemming' met het perspectief tot beperkingen in de mogelijkheden van het stellen van vragen over het inkoopbeleid in de komende jaren? Wij refereren daarbij aan de afgelopen jaren, waarbij vragen stellen beperkt werd tot gewijzigde onderdelen van het inkoopbeleid. Als dat zo is, dan hebben we daar bezwaar tegen, want ook gewijzigde omstandigheden kunnen leiden tot een ander inzicht op het inkoopbeleid en leiden tot nieuwe vragen en bezwaren over het inkoopbeleid dat op zichzelf ongewijzigd wordt voortgezet.	Bij inschrijving op een inkoopprocedure op grond van een meerjarig inkoopbeleid waarbij er later sprake is van gewijzigd beleid, kunnen er bij bekenmaking van dat gewijzigde beleid alleen vragen worden gesteld over de betreffende wijzingen.
849	Contracteerprocedures	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In 3.3 geeft u aan dat Bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', in aanmerking komen voor een overeenkomst voor 3 jaar, waarbij het zorgkantoor eenzijdig 2 keer met 1 jaar kan verlengen. Kunt u aangeven welke criteria u hiervoor aanhoudt? Verder is onduidelijk of een zorgaanbieder die verlenging moet accepteren en onder welke voorwaarden die verlenging dan geaccepteerd moet/kan worden. Kunt u dit toelichten?	Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt. Het gaat verder om een eenzijdige verlengingsmogelijkheid van het zorgkantoor. Wanneer de zorgaanbieder inschrijft op de inkoopprocedure stemt hij in met de verlenging zoals deze is omschreven.
850	Contracteerprocedures	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In het beleid staat: "De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer." Onderaanneming is niet altijd een keuze van de zorgaanbieder maar kan ook op verzoek van de cliënt zijn (door overgang Zvw naar Wlz). Het is niet reel dat de zorgaanbieder hierin alleen eindverantwoordelijk is maar we zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, wat maakt dat u dit anders ziet?	Nee, wij kunnen dit niet bevestigen. Het zorgkantoor heeft alleen een contractuele relatie met de zorgaanbieder die hoofdaannemer is en onderaannemers inzet voor de levering van de zorg waarvoor hij door het zorgkantoor is gecontracteerd. Als met de kwaliteit van de zorg verleend door een onderaannemer iets mis is, dan kan het zorgkantoor alleen de zorgaanbieder/hoofdaannemer aanspreken. Vandaar dat is bepaald dat de zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorgverlening altijd volledig verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer.
851	Contracteerprocedures	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Zit er aan de VOG RP een verlooptermijn ofwel een geldigheidsduur of hoeft deze maar eenmaal aangevraagd te worden?	Indien u een bestaande zorgaanbieder bent, verklaart u in de Bestuursverklaring dat u beschikt over een Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Schrijft u in als nieuwe zorgaanbieder, dan dient u bij uw inschrijving een VOG RP bij te voegen die niet ouder is dan 1 jaar op het moment van inschrijven en specifiek is aangevraagd ten behoeve van de inschrijving op de inkoopprocedure van het zorgkantoor waar u inschrijft. Zie het 'Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders'.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
852	Contracteerprocess	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In paragraaf 3.1.1 van het regionaal inkoopbeleid beschrijft u het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Is het juist dat een inschrijver die in de loop van 2023 een overeenkomst heeft gesloten met het zorgkantoor op basis van een tussentijdse inschrijving, valt onder 'bestaand voor het zorgkantoor'?	De definitie 'Bestaand voor het zorgkantoor' luidt: een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. Dit kan een overeenkomst zijn die in 2023 is gesloten op grond van een tussentijdse inschrijving en van kracht is op moment van inschrijven.
853	Contracteerprocess	3.3 Contracteerproces	Er wordt beschreven dat het zorginkoopdocument een looptijd van 3 jaar heeft, met een mogelijkheid tot verlenging - Hoe wordt de indexering toegepast? - Wat zijn de andere randvoorwaarden? - Mochten er grote beleidswijzigingen zijn, kan het dan opengebroken worden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee. Voor de vraag hoe zorgkantoren handelen bij grote beleidswijzigingen verwijzen wij vragensteller naar de passages in het inkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren die over het wijzigen ervan gaan.
854	Contracteerprocess	3.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar met de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. We gaan er vanuit dat dit niet zonder de goedkeuring van de zorgaanbieder geschiedt en dat derhalve de overeenkomst alleen tweezijdig kan worden verlengd?	In de overeenkomst is de mogelijkheid voor het zorgkantoor opgenomen om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Een eenzijdige verlenging houdt per definitie in dat daar niet de goedkeuring van de zorgaanbieder voor nodig is. Die zal dan ook niet gevraagd worden, indien het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik wenst te maken.
855	Contracteerprocess	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Geldt de eenzijdige verlengingsoptie van 2 x 1 jaar voor de periode na drie jaar, dus voor jaar 4 en jaar 5, of geldt het meerjarencontract als eenjarig, met twee eenzijdige verlengingsopties van een jaar?	De verlengingsoptie opgenomen in de meerjarenovereenkomst (de overeenkomst 2024-2026) van 2 maal 1 jaar geldt voor jaar 4 en jaar 5.
856	Contracteerprocess	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Waarom is er sprake van een eenzijdige verlengingsoptie?	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
857	Contracteerprocess	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	In paragraaf 6.4 is opgenomen dat het zorgkantoor de overeenkomst 2024-2026 met bestaande aanbieders eenzijdig twee keer met de periode van een jaar kan verlengen. Wordt de aanbieder betrokken bij het besluit ten aanzien van de verlenging? En op basis van welke criteria wordt al dan niet tot verlenging over gegaan?	De zorgaanbieder wordt niet betrokken bij het besluit ten aanzien van een eventuele verlenging. Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
858	Contracteerprocess	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	U geeft op bladzijde 8 aan financiële afspraken te maken voor 2024-2026 in een driejarige overeenkomst. Gezien de onzekerheden van kostenstijgingen zoals inflatie en loonkosten (CAO) hoe wordt daar rekening mee gehouden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden vanwege de aspecten die vragensteller noemt, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee.
859	Contracteerprocess	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Wat maakt dat het zorgkantoor kiest voor een eenzijdige verlengingsoptie? Hoe heeft de zorgaanbieder inspraak op het verlengde beleid en tariefpercentage.	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. De zorgaanbieder heeft geen inspraak op het verlengde beleid of het tariefpercentage.
860	Contracteerprocess	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Klopt het dat een bestaande zorgaanbieder alleen een inschrijving KvK en een UBO hoeft aan te leveren bij een volledig aan te leveren Bestuursverklaring 2024? De andere eisen voor de bestuursverklaring zijn alleen voor nieuwe aanbieders?	Nee, een bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' dient alleen de gehele, ingevulde en ondertekende bestuursverklaring aan te leveren of als deze in een digitale vragenlijst is verwerkt, de vragen te beantwoorden en het geheel digitaal te ondertekenen. Aanvullende documenten hoeven niet te worden aangeleverd; ook niet een afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK en een afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register.
861	Contracteerprocess	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	U vraagt hier om een VOG rechtspersoon. Wilt u aangeven wat het verschil is met een GVA, wat maakt dat een GVA niet voldoet? U verwijst naar de website van het Ministerie, maar naar ons idee worden bij een GVA en een VOG rechtspersoon dezelfde zaken gecontroleerd. Wat maakt dan het verschil dat u een VOG rechtspersoon wenst i.p.v. een GVA?	Op de volgende webpagina ( <a href="https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden">https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden</a> ) kunt u zien wat de verschillen zijn tussen de twee documenten. Daar is o.a. te lezen dat bij een VOG RP in de beoordeling aandacht besteed kan worden aan strafrechtelijke veroordelingen die voor de specifieke sector relevant zijn waar de VOG RP voor aangevraagd wordt. Verder beziet de VOG RP of het bedrijf ook voldoende betrouwbaar is om specifiek zorggerelateerde werkzaamheden uit te voeren. Dat zijn met name aspecten die voor een inschrijving op een inkoopprocedure die de Wlz-zorg tot onderwerp heeft, relevant zijn.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
86 2	Contracteerproce s	5. Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Bij de GVA en VOG rechtspersoon staat geen termijn, is onze aannname correct dat we deze documenten mogen inleveren wat maximaal 2 jaar oud is?	<p>Nieuwe zorgaanbieders dienen een VOG RP aan te leveren die niet ouder is dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van deelname aan deze inkoopprocedure. Zie het 'Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders' dat is opgenomen in het inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor.</p> <p>Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Dat speelt dan ook geen rol bij het al dan niet voldoen aan de betreffende geschiktheidseis.</p>
86 3	Contracteerproce s	5. Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Op moment van inschrijven moeten zorgaanbieders voldoen aan de vigerende Governancecode Zorg. Op welke wijze moeten we dat bij inschrijving aantonen?	<p>Als bestaande aanbieder moet u hieraan voldoen. U verklaart door ondertekening van de bestuursverklaring dat u eraan voldoet.</p> <p>Als nieuwe aanbieder dient u hieraan te voldoen (uiterlijk op moment van zorglevering). In de statuten die een nieuwe aanbieder bij inschrijving moet aanleveren, moet de vigerende Governancecode Zorg geborgd zijn. Zie het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders voor de nadere details.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
86 4	Contracteerproce s	5. Wat moet u doen voor een Wlz- overeenkomst?	Voor de bestuursverklaring dient aangegeven te zijn dat er een afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register is dat beheerd wordt door de KvK. In onze organisatie is recent een bestuurderswissel geweest. Een wijziging in het UBO is in aanvraag, maar op moment van inschrijven is nog niet helder of deze is verwerkt. Als de aanvraag nog niet is verwerkt kan het vinkje worden gezet voor het onderdeel 'De zorgaanbieder heeft zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register ingeschreven, voor zover daartoe verplicht.'?	<p>Uw vraag ziet op de situatie dat de aanvraag wijziging UBO('s) op het moment van inschrijving nog niet is verwerkt.</p> <p>In dat geval vragen wij u een afschrift van de inschrijving UBO('s) in het UBO-register op dat moment met uw inschrijving mee te sturen en daarbij te vermelden dat dit afschrift niet de werkelijke situatie weergeeft maar dat u – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – een nieuw afschrift zult nasturen.</p> <p>Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft.</p> <p>Mocht deze laatste situatie van het niet kunnen aanvragen van een afschrift aan de orde zijn, dan vragen wij u naast de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, de bevestiging van de oude UBO-registratie met toelichting met uw inschrijving mee te sturen en – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – de bevestiging van de nieuwe UBO-registratie na te sturen.</p> <p>Als u zich aan het bovenstaande houdt, kunt u het vinkje bij dit onderdeel zetten.</p>
86 5	Contracteerproce s	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U geeft aan dat een integriteitstoets deel uit kan maken van de beoordeling. Een VOG RP kan hier een aanvulling op zijn. Welke geldigheidsduur hanteert het zorgkantoor voor deze VOG RP?	Zoals benoemd in het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders, mag deze niet ouder dan 1 jaar zijn op het moment van inschrijving. Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
866	Contracteerprocess	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?	<p>Zorgkantoren hebben de volgende passage in hun inkoopprocedures staan, waarbij de termijn kan verschillen: Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.</p> <p>Zorgkantoren hebben dus de mogelijkheid om een toelichting te vragen maar zoals in de passage staat vermeld, is het een bevoegdheid van de zorgkantoren en zijn ze geenszins verplicht dat te doen.</p>
867	Contracteerprocess	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Er wordt gesproken over het aanleveren van een ondernemingsplan. Klopt het dat dat niet van toepassing is voor bestaande aanbieders?	<p>Dit klopt voor zover het bestaande aanbieders betreft in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor'. Bestaande zorgaanbieders in zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' moeten een beknopt ondernemingsplan aanleveren (tenminste het bedrijfs- en financieel plan).</p>
868	Contracteerprocess	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Tijdpad: Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 2024. De termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten?	De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is dat wij daarmee nog een werkdag extra hadden om de vragen te kunnen verwerken, gelet op de geplande publicatiedatum 7 juli 2023.
869	Contracteerprocess	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Komt er naar aanleiding van uw antwoorden op de vragen, een vervolg mogelijkheid om vragen te stellen? We zouden ons voor kunnen stellen dat uw antwoorden opnieuw vragen oproepen.	Er komt geen vervolg-mogelijkheid om vragen te stellen.
870	Contracteerprocess	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	We verzoeken u artikel 5.4.4 van het Voorschrift zorgtoewijzing aan te passen zodat van zorgaanbieders niet wordt verlangd dat zij elkaar gaan aanspreken op verplichtingen of verantwoordelijkheden die het zorgkantoor aan aanbieders oplegt. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.	Het Voorschrift zorgtoewijzing is geen document dat op 1 juni 2023 is gepubliceerd en valt hierdoor niet onder deze Nota van Inlichtingen. Bovendien merken wij op dat wij in het huidige Voorschrift geen paragraaf met de aanduiding '5.4.4' tegenkomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
87 1	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Het Voorschrift zorgtoewijzing maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Echter wordt deze op een later moment gepubliceerd en wordt dus op dit moment transparantie gemist. Is het mogelijk dat er bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing nog een Nota van Inlichtingen volgt? Graag uw besluit motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
87 2	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Bijlage 6 is op dit moment (12-6-23) niet gepubliceerd. Wat maakt dat u deze niet tijdig gepubliceerd heeft? Wat zijn de gevolgen van het niet tijdig publiceren? Graag uw toelichting.	Dit document kent een andere cyclus van herziening. Dat het Voorschrift zorgtoewijzing later wordt gepubliceerd, heeft verder geen gevolgen. Zodra het wordt gepubliceerd zal het conform de bepalingen in de overeenkomst automatisch onderdeel worden van de overeenkomst.
87 3	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Het Voorschrift zorgtoewijzing ontbreekt nog. Daarmee is het onmogelijk om zicht te hebben op hetgeen artikel 1, lid 1 van deel III (zorglevering) en artikel 6 van deel III (zorgweigeren en -beëindiging) voor de zorgaanbieder zou kunnen betekenen. Op welke wijze wordt de zorgaanbieder in staat gesteld om vragen over dit Voorschrift te stellen nu dit niet kan d.m.v. de Nota van Inlichting en op welke wijze kan zij eventueel inhoudelijk bezwaar tegen dit Voorschrift aantekenen?	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen dan wel om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen.
87 4	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Graag houden wij de mogelijkheid over om additionele vragen te stellen zodra dit document (het Voorschrift zorgtoewijzing) beschikbaar komt.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.
87 5	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Wanneer wordt Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing Wlz gepubliceerd? Over dit document kunnen nu geen vragen gesteld worden. Op welke wijze ondervangt u dit hiaat?	Naar verwachting zal het Voorschrift zorgtoewijzing eind 2023 gepubliceerd worden. Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.
87 6	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	U biedt een richttarief aan dat is gebaseerd op de NZa-tarieven die omstreeks 1 juli 2023 pas bekend worden gemaakt. Op dat moment kunnen aanbieders geen vragen meer stellen. De werkelijke tarieven zijn met het inkoopbeleid dus nog niet inzichtelijk. U heeft slechts één Nvl voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde Nvl te organiseren (nog afgezien van het feit dat verwacht kan worden dat gegadigden zeer veel vragen zullen stellen tijdens de Nvl over de procedure en dit al een reden zou moeten zijn om een tweede en zelfs derde Nvl ronde te organiseren). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
87 7	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	De termijn om vragen te stellen en/of bezwaar te maken is te kort, zeker gelet op het feit dat vanaf 2024 met een geheel nieuw inkoopbeleid wordt gewerkt en onze belangen bij dit nieuwe inkoopbeleid groot zijn. Wij verzoeken u om deze reden te voorzien in een tweede inlichtingenronde, waarbij ook vragen kunnen worden gesteld over de antwoorden op vragen in de eerste vragenronde. Dit verbetert het inkoopbeleid voor het zorgkantoor en de zorgaanbieders. - Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
87 8	Contracteerproce s	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerpro ces 2024?	Klopt het dat bestaande zorgaanbieders geen VOG rechtspersonen hoeven aan te vragen en dat dit verzoek enkel geldt voor nieuwe zorgaanbieders?	Een bestaande zorgaanbieder moet hier conform de bestuursverklaring over beschikken. Deze hoeft door een bestaande zorgaanbieder niet aangeleverd te worden bij de inschrijving. Een nieuwe zorgaanbieder dient wel een VOG RP aan te leveren en deze mag niet ouder zijn dan een jaar op het moment van inschrijving.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
879	Contracteerprocess	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Onderaannemers moeten bij inschrijving gemeld worden. Dit geldt ook voor zzp'ers. Deze bepaling strijdt met artikel 11 lid 1 van de overeenkomst die luidt: het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt. Daarnaast is de vraag voldoet deze bepaling, gelet op de arbeidsmarkt, aan de voorwaarden van doelmatigheid en proportionaliteit?	<p>Wij zijn het niet met vragensteller eens. In de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 van de NZa is in Artikel 9 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders het volgende opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. (....) Toelichting (....) Artikelsgewijs (....) Artikel 9, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p> <p>Wij krijgen geenszins de indruk dat ZZP'ers van de informatieverstrekking inzake onderaanneming aan het zorgkantoor uitgezonderd zouden zijn. Zie voor de wijze van melden de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Daarin kunt u lezen dat u geen namen e.d. van ZZP'ers hoeft te vermelden; wel moet u een opgave doen van de te verwachten inzet door ZZP'ers.</p>
880	Contracteerprocess	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	De mogelijkheid tot stellen van vragen is tot 15-06-2023 12.00. Alle stukken zijn pas op 1 juni in de namiddag gepubliceerd. Dat geeft de zorgaanbieders slechts zeer beperkt tijd om de stukken grondig te lezen en vragen te formuleren. Kunt u de termijn met een week verlengen? Zo nee, waarom niet?	Nee, we hebben de termijn niet met 1 week verlengd.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
881	Contracteerproce s	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Na publicatie van de nota van Inlichtingen is er nu geen mogelijkheid om n.a.v. de gegeven vragen aanvullende vragen te stellen. Hierdoor kunnen voor de zorgaanbieders nog onduidelijkheden blijven bestaan. Kunt u een tweede vragenronde met een tweede Nota van Inlichtingen opnemen in uw procedure? Zo nee, waarom niet?	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.
882	Contracteerproce s	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	De NZa tarieven zijn op dit moment nog niet bekend. Voor het Contracteerproces betekent dit dat er geen volledige transparantie is. Het is daarom niet mogelijk te weten waar een zorgaanbieder voor tekent. Is het zorgkantoor bereid de inkoopprocedure aan te passen zodat er na de bekendmaking van de NZa tarieven nog voldoende mogelijkheden zijn om vragen te stellen en na te gaan wat de impact is van de tarieven?	Nee, de zorgkantoren passen hierop niet de inkoopprocedure aan en zullen geen extra mogelijkheid creëren om vragen te stellen. Zoals ieder jaar publiceert de NZa pas op of rond 1 juli de tarieven. 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.
883	Contracteerproce s	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Door deelname aan de inkoopprocedure verklaren zorgaanbieders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid - waaronder de Nota van Inlichtingen - beschreven inkoopprocedure. Hoe kan men volledig akkoord gaan als de inhoud niet volledig transparant en duidelijk is. Omdat er geen andere keuze is, word je gedwongen onder protest en bezwaar akkoord te gaan.	Hier wordt geen vraag gesteld.
884	Contracteerproce s	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Ziet het zorgkantoor de CAO ontwikkelingen, en/of de recente ontwikkelingen met betrekking tot de NZa-tarieven, en/of de wijziging van indexatie van de NZa tarieven als onvoorziene omstandigheden die reden geven om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen? Licht uw antwoord toe.	Op de vraag of deze ontwikkelingen als onvoorziene omstandigheden gezien moeten worden, kunnen wij niets zeggen omdat het nu eenmaal inherent aan onvoorziene omstandigheden is dat ze niet te voorspellen zijn.
885	Contracteerproce s	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Kunt u bevestigen dat de wijziging van de tijdsplanning niet kan betekenen dat aanbieders minder lang de tijd hebben.	Bij wijziging van de tijdsplanning zullen wij, voor zover mogelijk, rekening houden met de belangen van alle partijen. Daarbij zijn wij wel gebonden aan de termijnen m.b.t. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
886	Contracteerprocedures	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	<p>Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of</li> <li>• Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of</li> <li>• Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg.</li> </ul> <p>Dit is een volledige dekking van financieel, juridisch risico door het zorgkantoor. Welke mogelijkheden hebben de aanbieders om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden?</p>	Wij willen hier benadrukken dat zorgkantoren een dergelijk recht niet lichtvaardig zullen uitoefenen. Er dient sprake te zijn van onvoorziene omstandigheden dan wel maatregelen van de overheid die een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure noodzakelijk maken. Voor zorgaanbieders zien wij geen mogelijkheden om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden.
887	Contracteerprocedures	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen. Welke termijnen hanteren de zorgkantoren bij dergelijke aanpassingen/correcties? Gelden hiervoor ook de afspraken m.b.t. indienen van vragen en bezwaren zoals in deze aanbesteding? Zo nee, waarom niet?	Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing of de huidige planning inclusief termijnen bijgesteld zal moeten worden en zo ja in welke mate. Daar kan op voorhand niet iets over gezegd worden. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.
888	Contracteerprocedures	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	We merken dat de zorgkantoren hebben gekozen voor een procedure met één nota van inlichtingen. Dit bevreemdt ons. Gelet op het belang, maar ook op een zorgvuldig proces, gaan wij ervan uit dat wij in de gelegenheid gesteld worden naar aanleiding van de antwoorden nog te kunnen reageren, omdat dit van invloed kan zijn op het inkoopkader. Hoe kijkt u hier tegenaan?	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.
889	Contracteerprocedures	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders gezien wij zorg leveren in verschillende zorgkantoorregio's. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat wij duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
890	Contracteerprocedures	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders, staat dat indien een zorgaanbieder een rechtsvorm heeft waarbij men niet over statuten hoeft te beschikken, een vergelijkbaar document mag worden overgelegd. Daarmee kunnen eenmanszaken of maatschappen ook voldoen aan deze eis. Zij kunnen echter geen toezichthouders inschrijven bij de Kamer van Koophandel om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan het afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK. Kunnen eenmanszaken en maatschappen nu wel of niet inschrijven voor een ZIN overeenkomst? Indien wel, hoe dienen zij om te gaan met de eisen met betrekking tot toezichthouders? Indien niet, waarom heeft u dan de mogelijkheid opgenomen om een document vergelijkbaar met statuten te overleggen?	Wanneer toezichthouders niet bij-/ingeschreven kunnen worden in het Handelsregister omdat het Handelsregister dat bij bepaalde rechtsvormen niet toestaat/mogelijk maakt, dan dient u bij uw inschrijving het verzoek daartoe bij de Kamer van Koophandel en de afwijzende reactie van de Kamer van Koophandel bij uw inschrijving te voegen. Wij merken hier nog bij op dat het toezicht op zich dan wel feitelijk goed geregeld moet zijn, wat moet blijken uit hetgeen daarover in het ondernemingsplan is opgenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
89 1	Contracteerproce s	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Op dit moment is het niet mogelijk om een afschrift van inschrijving UBO's aan te vragen. In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders eist u "Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden." Er zijn geen specifieke meldingen van het UBO-register, alleen de algemene mededeling op de website van de Kamer van Koophandel. Wat verwacht u precies van inschrijvers zolang informatieverstrekking uit UBO-register niet mogelijk is?	In het 'Overzicht aan te leveren documenten' hebben wij opgenomen: Inschrijving UBO('s) UBO-register <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK.</li> <li>• Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving.</li> <li>• De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift.</li> <li>• Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft.</li> </ul> <p>De situatie dat een zorgaanbieder een afschrift van inschrijving van zijn eigen UBO('s) wil ontvangen is een andere dan wanneer iemand de UBO('s) van een andere partij wil raadplegen. Wij vragen bij de inschrijving om meer dan alleen een verwijzing naar de website van de Kamer van Koophandel waar het bericht op staat dat de gegevens van UBO('s) tijdelijk niet openbaar zijn. U dient een mailwisseling met de Kamer van Koophandel bij te voegen dat u in uw eigen specifieke geval geen afschrift van de inschrijving van uw eigen UBO('s) kunt ontvangen (als dat ook daadwerkelijk zo is). Daarnaast dient u conform de laatste bovenstaande bullet de bevestiging van de UBO-registratie die u, de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder, van het UBO-register ontvangen heeft, met de inschrijving mee te sturen.</p>
89 2	Contracteerproce s	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Moeten bestaande aanbieders een afschrift uit het handelsregister van de KvK overleggen? Waarom moet dit niet ouder zijn dan zes maanden? Indien noodzakelijk, dan graag een termijn van twaalf maanden.	Bestaande zorgaanbieders hoeven geen afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK te overleggen. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden in het Handelsregister van de KvK moet u dit melden aan het zorgkantoor en een nieuw afschrift aanleveren.
89 3	Contracteerproce s	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van	Moeten bestaande aanbieders een VOG RP overleggen? Waarom moet dit specifiek voor deze inkoopprocedure worden aangevraagd? Volstaat een VOG RP ten behoeve van inschrijving WMO ook?	Bestaande zorgaanbieders moeten conform de bestuursverklaring beschikken over een VOG RP. Zij hoeven deze niet met hun inschrijving mee te sturen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
		nieuwe zorgaanbieders ?		
894	Contracteerprocess	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders ?	Moeten bestaande zorgaanbieders actuele statuten overleggen?	Bestaande zorgaanbieders hoeven met hun inschrijving geen actuele statuten mee te sturen.
895	Contracteerprocess	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders ?	In het bedrijfsplan moet beschreven worden aan welke doelgroep, welke leveringsvormen en welke zorgprestaties (in termen van de NZa beleidsregels) geleverd gaan worden. Waar kunnen we de zorgprestaties vinden en ons op baseren als nieuwe aanbieder?	De beleidsregels waar de zorgprestaties in staan, vindt u op de website van de NZa.
896	Contracteerprocess	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders ?	de bullet onderaan pagina 36: 'Indien van toepassing een toelichting op de ervaring die de zorgaanbieder al heeft in het leveren van zorg (Wmo/Zvw/PGB)'. De Jeugdwet wordt hier niet genoemd. Wat is daarvan de reden? Kan deze ervaring wel opgevoerd worden?	De ervaring met de Jeugdwet mag ook worden genoemd.
897	Contracteerprocess	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders ?	Een onduidelijkheid is er aangaande de begroting over 2024 die in het financieel plan moet worden opgenomen. Hierin wordt vermeld dat er een begroting moet worden gemaakt met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Wat wordt er bedoeld met verschillende domeinen?	Hiermee wordt bedoeld dat als u zorg levert/gaat leveren vanuit andere financiering/wetgeving (domeinen) dan de Wlz u de kosten en opbrengsten splitst per domein.
898	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wij hebben er bezwaar tegen dat bij het richttariefpercentage, zo lezen wij in bijlage 7, uitgegaan wordt van bronnen uit 2021. Op dit moment zijn de gegevens van onze organisatie over 2022 bekend en kunnen deze worden toegepast. Ook hebben wij inmiddels zicht op de gestegen kosten in 2022 en de eerste periode 2023. Die zouden ook kunnen worden toegepast. Dat geeft een reëler beeld. Wilt u toepassing van de hardheidsclausule uitgaan van actuele cijfers over 2002 en 2023?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
899	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	Deze methode in bijlage 7 leidt tot een theoretisch resultaat dat een richttariefpercentage van 95,5% bij 75% van de V&V organisaties een neutraal of positief resultaat heeft en bij 25% derhalve een negatief resultaat. De rekenmethodiek is niet heel duidelijk en wij willen die graag toepassen op onze organisatie met onze specifieke Wlz-kosten en opbrengsten, los van andere inkomsten en uitgaven, zoals Zvw en Wmo. Kan de methodiek bij een eventueel beroep op de hardheidsclausule worden toegepast op onze individuele organisatie?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar andere elementen dan die gebruikt zijn voor het bepalen van het richttariefpercentage. 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. U leest hier meer over in het inkoopbeleid. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.
900	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	In het inkoopbeleid staat dat bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen ook de zorgplicht wordt meegenomen. Hoe moeten wij dit interpreteren? Het zorgkantoor heeft vanuit zijn zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende en passend zorgaanbod voor zijn klanten te borgen (zo staat ook in paragraaf 5.2). Als de zorgplicht in het geding is, leidt dat dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt dat?	De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
901	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	In de toelichting omtrent de hardheidsclausule wordt aangegeven dat " wij nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn". Kunt u meer uitleg geven over de term "organisatiestructuur"? Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol? Wanneer wordt op basis van de organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?	Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.
902	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat "de afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Kunt u aangeven of dat de gehele duur is van het inkoopbeleid 2024-2026 of alleen voor het jaar 2024?	Alleen voor het betreffende inkoopjaar, in eerste instantie voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
903	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorzien en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek', waarvan slechts in uitzonderlijke gevallen sprake kan zijn. Kunt u vijf concrete en eventueel geanonimiseerde voorbeelden geven van onvoorzien en onredelijk benadelende gevolgen die onder het huidige tariefbeleid hebben geleid tot een toepassing van de hardheidsclausule?	De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over het beleid, niet om u te informeren over gemaakte afspraken voor de hardheidsclausule. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
904	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	Kunt u bevestigen dat onder meer zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties onvoorzien en onredelijk benadeelde gevolgen zijn die kunnen leiden tot een verhoging van het tarief op grond van de hardheidsclausule?	Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
905	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dat kunnen we niet zo stellen, dat hangt af van de specifieke omstandigheden van de individuele zorgaanbieder, die wij meenemen die wij meenemen in de beoordeling van de aanvraag.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
906	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Kunt u de parameters die u hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin toelichten?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.
907	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Klopt het dat - gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen - zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?	Dat klopt inderdaad.
908	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?	Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken. Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.
909	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders. Is het bijvoorbeeld voldoende dat een zorgaanbieder aantoont dat de personeelskosten 70% of minder bedragen afgezet tegen de totale kosten voor de Wlz-zorglevering? Zo nee, welke norm hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
910	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorzien en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek'. Uit de jurisprudentie volgt dat deze zin alleen kan worden geïnterpreteerd als een invulling van de op de zorgkantoren rustende verplichting om in het kader van het vaststellen van een reëel tarief acht te slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Voorbeelden hiervan zijn zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties. Kunt u bevestigen dat er sprake is van onvoorzien en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek als een zorgaanbieder geconfronteerd wordt met kostenverhogingen die niet verdisconteerd zijn in de geïndexeerde NZa-tarieven? Zo nee, waarom niet? En hoe moet deze voorwaarde dan gelezen worden? Kunt u concrete voorbeelden noemen van onvoorzien en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek.	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.</p> <p>Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.</p> <p>Wij lezen r.o. 4.25 van de kort geding uitspraak zo dat de voorzieningenrechter heeft geoordeeld dat de hardheidsclausule in de gekozen tariefsystematiek van relevante betekenis is omdat daarmee een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg kan worden opgevangen.</p> <p>Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p> <p>Wij bevestigen wel dat in de uitspraak van 22 oktober 2019, ECLI:RBDHA:2019:11096 de genoemde voorbeelden letterlijk zijn aangemerkt als "organisatie-specifieke omstandigheden".</p> <p>Nee, wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
911	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van welke informatie beoordeelt u of dit het geval is? Is dit een eenzijdige beoordeling door het zorgkantoor of wordt dit in overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder vastgesteld?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Het zorgkantoor beoordeelt uiteindelijk de aanvraag en neemt de uitkomst van het gesprek mee.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
91 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de hardheidsclausule is opgenomen dat bij de afweging ook de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn wordt meegenomen. Wat bedoelt u hiermee? Wanneer wordt op basis van de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn een beroep op de hardheidsclausule afgewezen? Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?	<p>De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.</p> <p>Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken.</p> <p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
91 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Hoe staat deze toets in verhouding tot de vraag of de aanbieder op doelmatige manier zorg levert?	Dit hangt inderdaad met elkaar samen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
91 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In het inkoopbeleid staat dat als de gehanteerde tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders is om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Hoe moeten we 'uitzonderlijke gevallen' interpreteren? Door hoge kosten en een te laag tariefpercentage kunnen alle individuele aanbieders te maken hebben met een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg van de tariefsystematiek. Klopt het dat de uitzonderlijkheid betrekking heeft op de casuïstiek (die alle individuele aanbieders kan betreffen) en niet op het aantal aanbieders dat met een bepaalde situatie te maken heeft?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.
91 5	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Wat wordt in het kader van de hardheidsclausule bedoeld met: "De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onverwacht effect van de tariefsystematiek."? Zorgorganisaties hebben al langere tijd te maken met forse kostenstijgingen en daar komen nog kortingen op het macrobudget en het NHC-tarief overheen. Het is dus geen onverwacht effect van de tariefsystematiek dat een organisatie die doelmatig zorg levert dat voor het geldende tariefpercentage niet kostendekkend kan doen. Kunnen deze organisaties dan geen beroep doen op de hardheidsclausule? Kunt u dat toelichten in relatie tot de geciteerde zin?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.  Meer concreet: wat de impact is van de aanpassing van NHC/NIC en aanpassing van de NZa tarieven verschilt per zorgaanbieder. Indien dit ertoe leidt dat het geldende tariefpercentage voor een individuele zorgaanbieder niet kostendekkend is ondanks dat op een doelmatige manier zorg wordt geleverd, kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule. Bij het beoordelen van het beroep op de HHC gelden de kaders zoals die in de inkoopdocumenten zijn opgenomen.
91 6	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Nergens in de procedure staat wanneer de aanbieder die een beroep doet op de hardheidsclausule een besluit krijgt op dat verzoek. Het is voor een aanbieder belangrijk om dat zo snel mogelijk te weten. Kunt u opnemen dat het zorgkantoor uiterlijk 2 weken naar indiening van het beroep op de hardheidsclausule een besluit krijgt op dat beroep?	Wij nemen geen besluit binnen 2 weken na aanvraag hardheidsclausule. Dit omdat de beoordeling van de hardheidsclausule een gedegen en zorgvuldig proces is. De definitieve terugkoppeling op uw aanvraag HHC ontvangt u uiterlijk 21 oktober 2023.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
917	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen betreft u de financiële reserves van de zorgaanbieder. Het hebben van een eigen vermogen heeft niets te maken (of zou moeten hebben) met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder. Het eigen vermogen kan bijv. ook opgebouwd zijn met vastgoedtransacties in het verleden. Waarom betreft u het eigen vermogen van een zorgaanbieder bij de bepaling of het tarief kostendekkend is?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
918	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Indien er een beroep op de hardheidsclausule wordt gedaan, zijn wij van mening dat er altijd in overleg met de zorgaanbieder getreden moet worden. Wat ons betreft staat de dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder centraal. Eenzijdige bepaling door het zorgkantoor op welke wijze het eigen vermogen en financiële reserves besteed moeten worden en welke operationele verbeteringen doorgevoerd moeten worden, is hierbij niet passend en zeer onwenselijk. Hoe kijkt u hier tegenaan?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
919	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek'. In de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag is geoordeeld dat, althans voor de sector GGZ, dit een instrument is waarbij acht kan worden geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Is dit (ook) een correcte beschrijving van het toepassingsbereik van de hardheidsclausule voor de sector GZ?	Ja, dat klopt.
920	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Op welke wijze moet worden onderbouwd dat een tarief heeft geleid tot het niet tijdig beschikbaar hebben van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?	Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
92 1	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Is het zorgkantoor van mening dat zorginstellingen hun (strategische) reserves moeten aanspreken voor bekostiging van de operationele bedrijfsvoering indien de voorgestelde tarieven ontoereikend zijn?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
92 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Hoe ziet het proces eruit indien de hardheidsclausule is toegepast, akkoord bevonden en het betreffende inkoopjaar ten einde loopt?	Bij deerschikking en/of nacalculatie controleert het Zorgkantoor of de zorgaanbieder die afspraken heeft op grond van de hardheidsclausule daar nog steeds voor in aanmerking komt. Indien dan blijkt dat de zorgaanbieder niet meer in aanmerking komt voor de hardheidsclausule (bijvoorbeeld omdat zijn financiële situatie gedurende het jaar is verbeterd) maakt het Zorgkantoor aanspraak op het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule.
92 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Binnen de hardheidsclausule stelt u dat er onder meer gekeken wordt naar het eigen vermogen. Indien er sprake is van eigen vermogen zal bij veel aanbieders dit (voor het grootste deel) zijn opgebouwd vanuit andere financieringsbronnen. Bent u het met ons eens dat dit vermogen niet meegewogen zou moeten worden omdat de WLZ dan gefinancierd zou worden vanuit andere financieringsstromen dan de WLZ. Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
92 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met 'uitzonderlijke gevallen' bij de omschrijving van de hardheidsclausule?	Afgelopen jaar was het aandeel zorgaanbieders dat een beroep heeft gedaan en in aanmerking kwam voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule zeer beperkt.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
925	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Indien het richttariefpercentage voor een zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft als onverwacht effect van de tariefsystematiek, dan kan de zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule waarbij deze moet aantonen dat op een doelmatige wijze zorg wordt verleend maar dat het tariefpercentage niet kostendekkend is. Veel zorgaanbieders worden nog geconfronteerd met aanhoudend hoog ziekteverzuim na de corona pandemie, waardoor de personeelskosten substantieel hoger liggen terwijl de compensatieregelingen zijn afgeschaft. Daardoor is het richttariefpercentage van 95,5% voor 2024-2026 mogelijk niet kostendekkend. Kan daarvoor een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule, ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
926	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wat is de termijn voor het beroep doen op de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid en/of de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor.
927	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Hoe wordt bepaald voor de HHC of een aanbieder doelmatig werkt? Welke criteria hanteert het zorgkantoor hiervoor?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
928	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Waarom geldt de hardheidsclausule voor één jaar terwijl de afspraak meerjarig is?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
929	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule wordt geen rekening gehouden met het financieel beleid van zorgaanbieders dat gericht kan zijn op nodige investeringen, zoals maar niet beperkt tot, de opbouw van eigen vermogen om leningen aan te gaan voor verbouwing/nieuwbouw. Hoe houdt het zorgkantoor rekening met individuele opgaven van zorgaanbieders en hun financieel beleid?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
930	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Kunnen zorgaanbieders jaarlijks aanspraak maken op de hardheidsclausule?	In eerste instantie kunt u een aanvraag doen voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
931	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule: Wij verwonderen ons over het punt dat voorgaande jaren de rechter heeft besloten dat de zorgkantoren moeten komen met een reëel tarief, nu wordt deze bal bij de instellingen gelegd. Ons inziens de omgedraaide wereld, wij zijn het oneens met de huidige richttariefstelling (afslag). Hoe kunt u deze clausule verantwoorden met de uitspraak van de rechter in het achterhoofd? Graag zien we uw reactie tegemoet. Aangezien we nog geen beleidsregels hebben ontvangen en daarmee nog geen interne berekening hebben kunnen maken, zien we graag deze clausule geschrapt. Kunt u hiermee instemmen? Graag uw reactie	Nee, we passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. Ten aanzien van de hardheidsclausule willen we u wijzen op de recente jurisprudentie: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. U leest de onderbouwing van het richttarief in bijlage 7 van het inkoopbeleid. Desondanks kan het voorkomen dat de tariefpercentages niet passend zijn en voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben. U kunt dan een beroep doen op de hardheidsclausule.
932	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	U beperkt onvoorzien tot onverwacht. Waarom mag er geen verwachte situatie zijn om in aanmerking te komen voor de clausule?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.
933	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bent u niet van mening dat tarieven afdoende hoog moeten zijn om een operationele exploitatie te kunnen voeren	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
934	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wat is de deadline om gebruik te kunnen maken van de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid en/of de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
935	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	U zegt ". Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder." Wat bedoelt u met de organisatie? Is dat de contractant, of de juridisch structuur waar zorgaanbieder zich bevindt?	Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.
936	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Kunnen aanbieders die in 2024 in aanmerking komen, volgend jaar bij de inkoop 2025 nogmaals een beroep doen op de hardheidsclausule?	Ja, dat klopt. Er kan jaarlijks een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
937	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Betekent dit ook dat de aanbieders die in 2024 geen gebruik behoeven te maken van de hardheidsclausule, volgend jaar bij de inkoop 2025 alsnog een beroep kunnen doen?	Ja, dat klopt.
938	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Indien wij het tarief van de VG7 in september 2023 nog niet weten, kunnen wij niet een juiste aanvraag doen voor de HHC. Kunt u aangeven of hier rekening mee wordt gehouden met het juiste hoogte van bedrag van de HHC indien het tarief niet bekend mocht zijn?	Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7.
939	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Zijn de spelregels van de hardheidsclausule ten opzichte van 2023 veranderd en zo ja leg uit.	Nee, die zijn niet veranderd.
940	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Door het ontbreken van een tarief voor VG7 kan op dit oment niet worden beoordeeld of er sprake is van een reëel tarief en wat de gevolgen zijn van de tarief differentiatie. Tot wanneer kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?	Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7. Voor de tijdslijnen van de hardheidsclausule verwijzen wij u naar het regionale inkoopbeleid.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
94 1	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan.
94 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dat kunnen we niet zo stellen, dat hangt af van de specifieke omstandigheden van de individuele zorgaanbieder, die wij meenemen die wij meenemen in de beoordeling van de aanvraag.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
94 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de 'financiële positie'. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?	<p>Bij de beoordeling of uw organisatie in aanmerking komt voor de hardheidsclausule wordt gekeken naar het verwacht bedrijfsresultaat binnen de Wlz. Het bedrijfsresultaat wordt bepaald door zowel uw inkomsten als uitgaven. Op deze wijze wordt rekening gehouden met organisatie-specifieke aspecten die significante impact hebben op de kostenopbouw. Er wordt o.a. gekeken naar hoe de kosten naar de verschillende domeinen zijn gealloceerd.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
94 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Bij de hardheidsclausule wordt aangegeven dat in het kader van de financiële positie ook de financiële reserves van de zorgaanbieder worden betrokken. Veel financiële reserves worden gecreëerd met het oog op investeringen op lange(re) termijn. Wij hebben er bezwaar tegen dat die worden betrokken bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder. Kunt u bevestigen dat doelreserves/voorzieningen geen deel uitmaken van financiële positie in het kader van de beoordeling van de hardheidsclausule?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
94 5	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	De financiële positie zou geen rol mogen spelen bij de hardheidsclausule. De hardheidsclausule moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. O.b.v. het proportionaliteitsbeginsel dient voor de levering van het product een reëel tarief te worden betaald. Hierbij dient dus het eigen vermogen en de financiële positie van een organisatie buiten beschouwing te worden gelaten. Bent u bereid de financiële positie buiten beschouwing te laten bij het toepassen van de hardheidsclausule? Zo nee, waarom niet? Kunt u daarbij een toelichting geven waarom u vindt dat u dan niet in strijd met het proportionaliteitsbeginsel handelt.	We zijn het op dit punt niet met u eens en passen dit niet aan. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen. We verwijzen u ook naar de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.
94 6	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Kunt u aangeven hoe wij moeten aantonen dat wij doelmatige zorg leveren? Welke norm hanteert u met betrekking tot doelmatige zorg?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
94 7	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Hardheidsclausule (1) Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule, omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. De verplichting om een reëel tarief vast te stellen vloeit voort uit het proportionaliteitsbeginsel. Dit beginsel vereist dat de voorwaarden in verhouding dienen te staan tot het voorwerp van de opdracht. Het tarief dient op grond van het proportionaliteitsbeginsel dus in redelijke verhouding te staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? (2) Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen? Gaat u de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Wij hebben bezwaar tegen deze rekenregel omdat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
94 8	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Indien u akkoord gaat dat de hardheidsclausule wordt toegepast, welk tarief spreekt u dan af met betreffende zorgaanbieder? Is dat percentage dan voor de gehele looptijd van de overeenkomst geldig?	Dit hangt af van de uitkomst van de beoordeling van de hardheidsclausule. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
949	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule - Onvoorzien is een onverwacht effect voor het Zorgkantoor. Dat roept de vraag op welke benadelende effecten het Zorgkantoor thans reeds wel voorziet. Kunt u deze benoemen?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
950	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule - Welk kader hanteert het zorgkantoor bij de beoordeling of sprake is van doelmatige zorg?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
951	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bij toepassing van de hardheidsclausule wordt de financiële positie en organisatiestructuur meegenomen. Daarbij wordt gekeken naar het eigen vermogen van de organisatie waarbij de financiële reserves een onderdeel spelen. Aanbieder vindt dit disproportioneel, in strijd met het gelijkheidsbeginsel en in strijd met de redelijkheid en billijkheid. In de eerste plaats is dit onredelijk en niet billijk omdat aanbieders met een gezonde financiële positie en een financiële buffer voor wie de tarieven niet-gunstig zijn benadeeld worden t.o.v. aanbieders met een ongezonde financiële positie zonder financiële buffer. Zorgaanbieders kunnen verschillende inkomstenbronnen hebben. LZ is daar er slechts één van. Als het tarief voor dit onderdeel te laag en de zorgaanbieder op dit onderdeel aantoonbaar verlies lijdt en doelmatige zorg verleend, dan moet compensatie mogelijk zijn. Het is onbillijk om de zorgaanbieder eerst haar eigen vermogen "op te laten eten" voordat zij kan aankloppen. Verzoek is daarom om de financiële positie en de financiële reserves bij een beroep op de hardheidsclausule buiten beschouwing te laten maar te kijken naar de vraag of doelmatige zorg wordt verleend en of dit verlieslijdend is.	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
95 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Wij zijn ervan overtuigd dat het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule geen juiste parameter is voor het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder. Graag jullie reactie om dit niet mee te nemen in de hardheidsclausule.	<p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijkerwijs doelmatig werkend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. .</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
95 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Hardheidsclausule is niet toereikend, wanneer wordt deze procedure aangepast?	Op basis van uw vraag is het voor ons niet duidelijk waarom u vindt dat de hardheidsclausule niet toereikend is. We passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.
95 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met het eigen vermogen. Kan met voorbeelden worden toegelicht hoe de rekenregel in de praktijk uit werkt. Wij begrijpen de te hanteren rekenregel niet.	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
95 5	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Door de dreigende kostenstijgingen zullen marges scherp onder druk komen te staan, waardoor noodzakelijk investeringen mogelijk niet ten uitvoer gebracht kunnen worden. Daar waar de reserves nu nog voldoen, zullen deze in de toekomst mogelijk fors slinken. In de beoordeling van de hardheidsclausule wordt alleen terug gekeken naar de huidige financiële situatie van de zorgaanbieder. Is het zorgkantoor bereid ook de toekomstige situatie te bekijken waarbij rekening gehouden wordt met slinkende marges en afbouw van reserves?	U geeft aan dat we bij de beoordeling van de hardheidsclausule alleen terugkijken. Dit is niet het geval. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.
95 6	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de tekst is opgenomen: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Wat verstaat u onder financiële positie? Wat zijn de onderdelen van de financiële positie, er staat namelijk onder meer het eigen vermogen, maar wat is het nog meer? Wat is de norm voor het eigen vermogen, zodanig dat de hardheidsclausule wordt toegepast?	<p>Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
95 7	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de tekst is opgenomen: Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Wat zijn de normen die u hierbij hanteert? Op welke wijze heeft u die norm bepaald? Welke organisaties zijn betrokken bij het bepalen van deze norm?	<p>Het klopt dat we een aantal normen hanteren bij de beoordeling van de aanvraag, onder meer financiële positie en doelmatigheid.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p> <p>Een en ander is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
95 8	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de tekst over de hardheidsclausule is opgenomen: Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er wordt een contract voor 3 jaar afgesloten. Waarom gelden de afspraken over de hardheidsclausule dan maar voor 1 jaar?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw op grond van de actuele situatie beoordeeld.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
959	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Op pagina 7 onder de hardheidsclausule wordt aangegeven dat de financiële reserves betrokken worden bij de beoordeling. Welke financiële reserves worden bedoeld en op welke manier worden deze meegerekend bij de beoordeling?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
960	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wordt er in de toetsing van de hardheidsclausule rekening gehouden met alleen het zorgexploitatiedeel? Zo nee, waarom niet?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.
961	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de 'financiële positie'. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
962	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?	Ja, dat klopt.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
963	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Bij een beroep op de hardheidsclausule zal bij de financiële positie onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wat is volgens u de vereiste omvang van het eigen vermogen? Neemt u ook de effecten van de toepassing van de tariefsystematiek op de liquide middelen in ogenschouw?	<p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
964	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Op welke wijze beoordeelt u de financiële positie van een organisatie in relatie tot de gegevens die nodig zijn voor de hardheidsclausule? Van welke gegevens maakt u hiervoor gebruik?	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie.</p> <p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
965	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	De hardheidsclausule vraagt dat een zorgaanbieder doelmatige zorg levert. Kunt u een definitie geven van doelmatige zorg? Kunt u referentie gegevens van andere aanbieders aanleveren van doelmatigheid om een goed vergelijk te kunnen maken? Tevens geeft het Zorgkantoor aan te letten op mogelijke operationele verbeteringen en verbeteringen in de organisatiestructuur. Hoe beoordeelt u dit? Aan de hand van welke criteria? En gaat het Zorgkantoor met deze wijze van werken niet op de stoel van de bestuurder zitten. Hoe kijkt u hier naar?	<p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p> <p>De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.</p>
966	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	De rekenregel waarbij een aanvraag alleen wordt gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken, impliceert dat een verlies tot aan de grens van deze regel verenigbaar is met reële tarieven. Wij hebben de rekenregel toegepast op de kengetallen van onze laatste jaarrekening. Hiervuit blijkt dat de grens voor inwerkingtreding van de hardheidsclausule in onze situatie zich bevindt op een verlies, waarbij in één jaar tijd 25% van het eigen vermogen verdampst. Op welke wijze vindt u de uitwerking van deze regel verdedigbaar en verenigbaar met het bieden van een reëel WLZ tarief? Wij maken bezwaar tegen toepassing van deze regel.	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
967	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Het bevreemdt ons dat de bewijslast om aan te tonen dat zorg doelmatig geleverd wordt bij ons als instelling ligt. Is het niet aan het zorgkantoor om aan te tonen dat zorg niet doelmatig wordt geleverd?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt meegewogen of uw organisatie doelmatig werkt. Hierbij wordt in elk geval gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij het wel/niet toekennen van de HHC.
968	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wanneer de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de besluitvorming over de hardheidsclausule is het ons inziens nodig dat de algemeen aanvaarde richtlijnen van bijvoorbeeld banken en externe accountants over verhouding eigen en vreemd vermogen (gedifferentieerd naar instellingen met en zonder eigen vastgoed) en werkkapitaal / liquiditeitspositie leidend zijn. Kunt u ons informeren welke normen u hiervoor per type instelling (volledig huur zorgvastgoed, mix en volledig eigendom) hanteert en op welke wijze die aansluiten bij de hiervoor genoemde richtlijnen?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.  Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
969	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Voor de hardheidsclausule veronderstellen wij dat zorgexploitatie en vastgoedresultaat afzonderlijk berekend en getoetst worden. Klopt deze aanname?	Uw aanname klopt niet. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.
970	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Onder het kopje hardheidsclausule beschrijft u dat indien een aanbieder onredelijk benadeeld wordt door de tarief systematiek zij hiervoor in aanmerking kan komen. Geldt dit ook voor niet passende maatwerkafspraken meerzorg beschikkingen die afgegeven zijn voor 2023 en doorlopen in 2023 en 2024? Indien niet kunt u dit nader toelichten?	We kijken niet afzonderlijk naar de impact van verschillende tarieven en/of afspraken. Er wordt gekeken naar de totale impact hiervan op uw organisatie.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
97 1	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de tekst is opgenomen: Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk) richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wat verstaat u onder onredelijk benadelend effect en wie stelt vast of er sprake is van zo'n situatie?	In zijn algemeenheid kunnen wij niet aangeven wat aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.  U kunt bij uw aanvraag een toelichting geven waarom er in uw situatie sprake is van een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. De zorgaanbieder levert de gevraagde informatie aan voor de aanvraag van de hardheidsclausule. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor de hardheidsclausule en geeft uitsluitel of we hier afspraken over maken.
97 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Er staat beschreven dat er een aanvraagformulier hardheidsclausule opgevraagd kan worden. wat is de deadline van indienen ervan? Welk proces wordt doorlopen? En wat is de reactietermijn van het Zorgkantoor?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid en/of de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor.
97 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Kun je gebruik maken van de hardheidsclausule als geïntegreerde GGZ instelling wanneer je een positief resultaat boekt op totaal niveau maar voor de WLZ het resultaat door de tarieven negatief is?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.  Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
97 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de tekst over de hardheidsclausule is opgenomen: Het is belangrijk dat u dit formulier juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Wat wordt verstaan onder de (toekomstige) financiële situatie? Welke normen hanteert u bij de bepaling van de (toekomstige) financiële situatie? Welke organisaties gebruikt u als benchmark bij het bepalen van deze norm? Hoe heeft u deze norm bepaald? En waar is deze norm gepubliceerd? En hoe is deze binnen de regio Midden-Brabant bepaald, waar dit inkoopkader betrekking op heeft?	<p>Wij verwachten dat u uw begroting 2024 samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen bij uw aanvraag aanlevert. Wij gaan (onder andere) na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
97 5	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Omdat tarieven en loonontwikkeling nog een onbekende factor zijn, is de publicatie van de hardheidsclausule en het indienen ervan bij de inschrijving onmogelijk. Zorgaanbieder vindt het bezwaarlijk dat dit ook niet op een later tijdstip kan. Bent u bereid de hardheidsclausule beschikbaar te houden totdat alle financiële parameters definitief zijn? Zo nee, waarom niet?	De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.
97 6	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Bij de hardheidsclausule betreft u ook het vermogen van de zorgaanbieder. Het opgebouwde vermogen is echter een noodzakelijke voorwaarde voor financiers. Bent u bereid om af te zien van deze voorwaarde?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
977	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er op een doelmatige wijze zorg wordt geleverd als hij in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven aan welke norm u die doelmatigheid gaat toetsen en zou u concreet in kunnen gaan op het beoordelingskader dat u daarbij denkt te gaan hanteren?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
978	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	In de bijlage wordt niet ingegaan welke procedure zal worden gevolgd als de hardheidsclausule wordt ingeroepen. Naar onze mening zou hier altijd overleg met de zorginstelling aan vooraf moeten gaan. Bent u bereid om in de procedure voor de aanvraag van de hardheidsclausule op te nemen dat als het zorgkantoor meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves danwel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen, hier altijd eerst overleg over plaatsvindt met de zorgaanbieder, en dat het uiteindelijk de zorgaanbieder is die beslist of het eigen vermogen of financiële reserves daadwerkelijk worden ingezet voor het opvangen van een tekort en/of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
979	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	De NZa tarieven 2024 worden pas in juli 2023 bekend gemaakt. In de inkoopdocumenten wordt uitgegaan van richtpercentages voor de leveringsvormen en de NHC/NIC. Daarbij is het de veronderstelling van het Zorgkantoor dat de zorgaanbieder met de genoemde percentages kan voldoen aan de inkoop-eisen en voorwaarden zoals die in de documenten zijn benoemd. Als zorgaanbieder is het nog niet duidelijk of de geboden percentages van het NZa-tarief ook inderdaad reële tarieven zijn. Worden de percentages aangepast als blijkt dat na publicatie van de NZa tarieven, zorgaanbidders geconfronteerd worden met niet reële tarieven om aan alle eisen en voorwaarden te voldoen? Zo nee, welke eisen en voorwaarden worden dan aangepast zodat zorgaanbidders wel reële tarieven ontvangen om aan de aangepaste eisen en voorwaarden te voldoen? De hardheidsclausule is immers alleen bedoeld voor individuele zorgaanbidders dus die is niet op deze situatie van toepassing.	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van gewogen gemiddeld kostendeckende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
980	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Kan gedurende de hele looptijd van de overeenkomst een beroep gedaan worden op de hardheidsclausule? Dus ook na een generieke korting, een eventuele tussentijdse aanpassing van het NZa-tarief en/of % opslag? - Als u de financiële positie meeneemt, bedoelt u hier dan mee de financiële meerjarenpositie? - Wat bedoelt u met het meenemen van de organisatiestructuur en het beoordelen of hier nog operationele verbeteringen mogelijk zijn? Herbergt dit het risico in zich dat u stuurt op schaalvergroting? - Hoe beoordeelt u op er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn?	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Doelmatigheid speelt tevens een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>Als er bijzonderheden zijn waarmee we rekening moeten houden kunt u dit toelichten bij uw aanvraag.</p> <p>Wij beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn. Het is aan de zorgaanbieder hoe deze te realiseren. Schaalvergroting kan een manier zijn om doelmatiger te werken.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
98 1	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	M.b.t. de hardheidsclausule stelt u het volgende: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Voor het doen van investeringen in noodzakelijke vervangende nieuwbouw bouwt onze organisatie momenteel financiële reserves op. Het in beschouwing nemen van deze reserves zou leiden tot een 'unequal level playing field'. Om een beroep op de hardheidsclausule goed te kunnen beoordelen en wel te voorzien in een equal level playing field zou gekeken moeten worden naar de meerjarencijfers over een langere periode waarin de investering in nieuwbouw is opgenomen. - Hoe beoordeelt u deze zienswijze?	Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
98 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Het hebben van een bepaald eigen vermogen heeft niets te maken met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder (zie het vonnis 2021 waarin is geoordeeld dat de totale tariefsystematiek moet leiden tot het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief) Waarom wordt het eigen vermogen meegenomen bij de bepaling van de hardheidsclausule?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
98 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dit is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
984	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Ook dit jaar reikt het Zorgkantoor weer de mogelijkheid aan voor aanspraak op de hardheidsclausule. Gezien bovenstaande zouden wij daar gebruik van kunnen maken. Echter de problemen en de hoeveelheid administratieve lasten die wij als geïntegreerde instelling hadden met het vullen van het format en het teleurstellende resultaat, opgeteld bij het feit dat de opzet van de hardheidsclausule niet echt is gewijzigd, maakt dat we daar geen resultaat van verwachten.	Het is aan u om te beoordelen of u een aanvraag wilt doen voor de hardheidsclausule.
985	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Om aanspraak te maken op de hardheidsclausule dient de zorgaanbieder een separate Wlz exploitatie aan te bieden. Wij hebben echter meerdere financieringsstromen (Wlz, Zvw en Wmo). De kosten vanuit deze drie domeinen lopen in de bedrijfsvoering normaliter deels door elkaar heen. Welke methodiek dient de zorgaanbieder dan te hanteren om de Wlz kosten goed te kunnen separeren?	In het aanvraagformulier wordt toegelicht hoe de kosten te splitsen.
986	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Vraag 1. Voor toepassing van de hardheidsclausule wilt u het eigen vermogen en de financiële reserves betrekken. Hoe staat dit in relatie tot uw verplichting om kostendekkende tarieven te realiseren? En welke criteria hanteert u hiervoor?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Als er sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies kijken we naar de mogelijkheden om bij te dragen vanuit het eigen vermogen. Hierbij is het uitgangspunt dat de aanvraag alleen gehonoreerd wordt als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
987	Contracteerprocedures	11. Hardheidsclausule	Ten aanzien van de hardheidsclausule geeft u aan dat als het voor de zorgaanbieder geldende tariefpercentage niet dekkend is er onder meer gekeken zal worden naar het eigen vermogen van de organisatie en de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bent u zich ervan bewust dat u wettelijk verplicht bent (jurisprudentie.....) een reëel kostendekkend tarief te bieden, los van enig eigen vermogen of financiële reserves. En gaat het hier alleen om het eigen vermogen van de Wlz?	<p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er 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. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd : zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
988	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Hoe wordt de financiële positie van een organisatie beoordeeld?	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
989	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	In het inkoopbeleid staat dat de hardheidsclausule aangevraagd moet worden uiterlijk 21 september dat is voor is de voorlopige gunning (20 oktober) is uitgesproken en wellicht voordat de tarieven 2024 door NZa zijn gepubliceerd. Als de financiële situatie van een zorgaanbieder verandert (bv. CAO stijging) of als de impact van de tariefverlaging groter is dan verwacht, kan een aanbieder dan alsnog een beroep doen op de hardheidsclausule?	De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.
990	Contracteerprocess	11. Hardheidsclausule	Wat is de onderbouwing van het zorgkantoor over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
99 1	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Is het zorgkantoor het met ons eens dat het hebben van eigen vermogen (dat zit in stenen en andere vaste activa en dus niet op korte termijn liquide kan worden gemaakt) niets te maken zou hebben of zou moeten hebben met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefssystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefssystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
99 2	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Is het zorgkantoor voornemens om de rekenregel van de hardheidsclausule aan te passen (n.a.v. onze voorgaande vragen over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule en onze visie hierop)?	Nee, wij handhaven ons beleid.
99 3	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Betekent dit dat het Zorgkantoor bij teveel eigen vermogen zal overstappen op het afkomen van het eigen vermogen? Graag uw mening.	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.  Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
99 4	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Hoe kan de hardheidsclausule worden ingezet voor aanbieders die binnen dezelfde instelling ook intensieve ZVW zorg bieden en locaties heeft waarbij gelijktijdig beide klantpopulaties verblijven?	Als de gehanteerde tariefssystematiek voor de Wlz-zorg 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. Dit geldt dus niet voor Zvw-zorg. In het aanvraagformulier moeten de gegevens (Zvw/Wlz) separaat aangeleverd worden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
99 5	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule. Dit omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot vaststelling van een reëel tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen.	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
99 6	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de hardheidsclausule staat dat in uitzonderlijke gevallen er een mogelijkheid is voor zorgaanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Echter is de kans relatief groot dat het inkoopbeleid voor een groot aantal aanbieders door de sterk stijgende kosten in combinatie met het sterk dalende tarief een onvoorzien (zoals onvoorzien wordt uitgelegd in het inkoopbeleid) gevolg heeft. Betekent dit dat de term uitzonderlijk geen verband houdt met het aantal aanbieders dat mogelijk een beroep kan doen op de hardheidsclausule? Indien er wel een verband is tussen deze voorwaarde en het aantal aanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule, maken we bezwaar.	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.  Er is geen direct verband tussen de voorwaarden voor de hardheidsclausule en het aantal zorgaanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule.
99 7	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	In de hardheidsclausule staat dat een onvoorzien effect van het inkoopbeleid staat uitgelegd als zijnde onredelijk en onverwacht. Gezien de stijgende kosten in combinatie met de dalende richttariefpercentages ligt het wel zeker in de lijn der verwachting dat de tariefsystematiek leidt tot een niet kostendekkend tarief. Kan in dit geval dan helemaal geen beroep worden gedaan op de hardheidsclausule? Indien deze vraag met 'ja' beantwoord wordt, maken wij bezwaar.	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.  In zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat het voorbeeld wat u aanhaalt, aangemerkt kan worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
99 8	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Wat is de reden dat bij de hardheidsclausule rekening wordt gehouden met het eigen vermogen van de zorgaanbieder?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
999	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Begroting voor 2024 Hoe ziet u dit? Ons begrotingsproces starten wij, net als de meeste zorgaanbieders pas na de inschrijvingsdatum, waarna de begroting over het algemeen in december door de Raad van Toezicht wordt goedgekeurd.	U kunt hier bij uw aanvraag voor de hardheidsclausule een toelichting op geven.
1000	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	Is het voor aanbieders die zowel intramurale als extramurale zorg leveren mogelijk om de hardheidsclausule alleen in te zetten voor de extramurale producten? Zo nee, waarom niet?	Voor de beoordeling van de aanvraag hardheidsclausule wordt naar de volledige organisatie gekeken. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar intramurale en extramurale producten.
1001	Contracteerproce s	11. Hardheidsclaus ule	ZKR benoemt het volgende: "De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Betekent dit dat je als aanbieder dan in 2024 weer terugvalt naar het percentage dat in 2023 geldt? Zo ja, om welke reden kiest ZKR hiervoor als er uitvoerig onderzoek n.a.v. hardheidsclausule beoordeelt is dat het huidige percentage niet kostendekkend is?	De afspraken op basis van de hardheidsclausule gelden voor de duur van het betreffende inkoopjaar. Voor een nieuw inkoopjaar kan een aanbieder opnieuw een beroep doen op de hardheidsclausule als hij aan de genoemde voorwaarden voldoet.
1002	Contracteerproce s	12. VG 7	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren geven in hun Nota van Inlichtingen duidelijkheid over het VG7 beleid. Op het moment van publicatie van de inkoopdocumenten was hierover nog geen duidelijkheid en was Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nog in overleg met VWS, VGN en de NZa. Het is mogelijk vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1003	Contracteerproce s	12. VG 7	Uiterlijk 30 juni publiceert u het beleid omtrent de verdeling van de €40 mio. Neemt u in de verdeling in overweging deze €40 mio te verdelen over de meest complexe en intensieve zorg aan cliënten met een VG7? Concrete vraag is of hierbij een onderverdeling gemaakt kan worden naar cliënten met een VG7 met en zonder een aanspraak op meerzorg? Zowel voor 2023 als voor 2024?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.
1004	Contracteerproce s	12. VG 7	De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (Nvl). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kortgedingprocedures en de inschrijving?	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk daar vragen over de stellen. Dit heeft geen gevolgen voor de termijn van de inschrijving. Voor de bezwaarmogelijkheden verwijzen wij naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1005	Contracteerprocess	12. VG 7	Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) In par. 2.4.2 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat gegadigden in de Nota van Inlichtingen worden geïnformeerd over het beleid voor de uitwerking van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken (VG7). Voor het jaar 2024 wordt afzonderlijk aanvullend beleid gepubliceerd. Wij maken bezwaar tegen deze werkwijze. U heeft slechts één NvI voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde NvI te organiseren, zodat ook vragen kunnen worden gesteld over de voorwaarden om in aanmerking te komen voor VG7. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet? "	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1006	Contracteerprocess	12. VG 7	Tariefpercentage VG7 In uw inkoopbeleid staat geen tariefpercentage voor de VG7, hier maken wij bezwaar tegen. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons onmogelijk om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Zorgaanbieder gaat in bezwaar indien er geen gelegenheid is tot het stellen van vragen alvorens er een besluit is genomen.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1007	Contracteerprocess	12. VG 7	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons lastig om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Kunt u ons garanderen dat wij n.a.v. dit deel uit de nota van inlichtingen de gelegenheid krijgen om vragen te stellen in plaats van over dit deel direct een kortgedingprocedure aan te moeten spannen? Het lijkt ons redelijk die kans nog aan ons als zorgaanbieder te geven alvorens er juridisch kosten moeten worden gemaakt. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1008	Contracteerprocess	12. VG 7	VWS stelt dat de compensatie voor geleverde VG7 zorg verhoogd kan worden door middel van maatwerkafspraken. Hoe gaan die maatwerkafspraken er uit zien? Wanneer kom je in aanmerking voor deze maatwerkafspraken?	Dit leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1009	Contracteerprocess	12. VG 7	Document paragraaf 2.4.2 pg. 32: U vraagt aanbieders akkoord te gaan met (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend zijn (zoals VG7) en waarover op een later moment geen vragen meer kunnen worden gesteld of waartegen geen bezwaar meer ingediend kan worden. Wij verzoeken u een extra vragenronde in te lassen en de bezwaarmogelijkheid aan te passen ten aanzien van (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend waren.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor. Er komt geen extra vragenronde meer om nog vragen te stellen over andere onderdelen van de inkoopprocedure/inkoopdocumenten.
1010	Contracteerprocess	12. VG 7	Wordt bij de bepaling van de verdeling van de € 40 miljoen middelen 7VG de positie van een aanbieder in de regio meegewogen?	Nee, dit wordt niet meegewogen.
1011	Contracteerprocess	12. VG 7	Extra gelden voor VG7: we moeten een overeenkomst sluiten niet wetende hoe dit geregeld wordt.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1012	Contracteerprocess	12. VG 7	VWS heeft 40 miljoen euro beschikbaar gesteld rondom compensatie voor geleverde VG7 zorg echter geeft u aan de voorwaarden om als zorgaanbieder hiervoor in aanmerking te komen dienen nog nader te worden opgesteld. Kunnen wij hieruit concluderen dat niet iedere zorgaanbieder die zorg verleend aan deze doelgroep in aanmerking komt voor compensatie?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.
1013	Contracteerprocess	12. VG 7	Het tariefpercentage voor ZZP 7 is nog niet bekend, waardoor wij nog geen inschatting kunnen maken van de totale financiële impact. De onbekendheid van dit percentage is volgens ook in strijd met het transparantiebeginsel. Wanneer kunnen wij duidelijkheid	Zorgkantoren publiceren in de regionale Nota van Inlichtingen het beleid over het VG7 tarief voor het jaar 2024 en tegelijkertijd wordt aanvullend beleid gepubliceerd voor het VG7 tarief voor het jaar 2023.