



Nota van inlichtingen

Bijlagen van Inkoopbeleid Wlz 2024-2026

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij de bijlagen van het Inkoopbeleid Wlz 2024-2026.

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid Wlz 2024-2026

De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in het zorginkoopbeleid en de bijlagen. Een toelichting op deze aanpassingen en op welke paragraaf de aanpassing betrekking heeft leest u hieronder.

In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over het inkoopbeleid die voor iedereen van belang zijn

Wij hebben vragen van gelijke strekking gebundeld om het document overzichtelijk en toegankelijk te houden. We hebben de strekking van deze vragen samengevat en één antwoord gegeven op deze gebundelde vragen. De gestelde vragen, van antwoorden voorzien, komen dus niet allemaal letterlijk terug in de Nota van Inlichtingen. U vindt de gebundelde vragen en bijbehorende antwoorden per paragraaf terug in dit document.

Sommige vragen zijn niet opgenomen in de Nota van Inlichtingen

Uw vraag is niet opgenomen als het antwoord op de vraag letterlijk terug te vinden is in de inkoopdocumenten, een vraag betrekking heeft op de situatie van de individuele zorgaanbieder of als de gestelde vraag geen feitelijke vraag betreft over de inkoopprocedure.

Bezwaren ingediend via de Nota van Inlichtingen nemen we niet in behandeling

De Nota van Inlichtingen is bedoeld voor verduidelijkingsvragen over het inkoopbeleid. Bezwaren dienen te worden ingediend via de in paragraaf 7.3 beschreven procedure. Vragen die zijn ingediend als bezwaar zijn daarom enkel als vraag afgehandeld. U treft de antwoorden op vragen aan in de Nota van Inlichtingen.

De Nota van Inlichtingen gaat voor op het Inkoopbeleid Wlz 2024-2026

Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze inkoopprocedure.

Overzicht wijzigingen in bijlagen bij inkoopbeleid 2024 - 2026

Bijlage 1 Overeenkomst Wiz 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 Wiz 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.

Bijlage 8 Prestatietabel Regulier - Specifiek - Tariefpercentage 2024

In bijlage 8 zijn de tariefpercentages voor de VG7 ingevuld.

Op regel 38 staat een asterix. De bijbehorende toelichting was weggefallen. Deze is nu toegevoegd, namelijk:

Wij hanteren 2 tariefpercentages voor de prestatie Behandeling som, pg, vg, lg, zg (AVG)1 H336, namelijk 100% indien de Arts VG regionaal ingezet wordt en 95,7% indien de Arts VG niet regionaal ingezet wordt.

1 Bijlagen

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024-2026

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I: ZORGAANBIEDERGERBONDEN DEEL</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	
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 aanneme dat in goed onderling overleg passende afspraken mogelijk zijn die afwijken van het standaard meerjarige contract.	Als wij de vragensteller goed begrijpen dan doet 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.
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.
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.
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	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

<p>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.</p>	<p>continuïteit van zorgverlening zullen wij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals neergelegd in het Voorschrift zorgtoewijzing, niet wijzigen.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Afspraken daarover kunnen in Deel I.B: Zorgaanbieder gebonden afspraken worden vastgelegd.</p>
<p>De bepalingen in dit artikel leiden ons inziens tot onnodige administratieve lastenverzwaring. Kunt u dit artikel schrappen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Het is niet duidelijk op welk artikel u doelt.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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).</p>	<p>wordt gesteld van toestemming van de zorgaanbieder brengt dit voor het zorgkantoor te veel onzekerheden op dit vlak met zich mee.</p>
<p>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?</p>	<p>Zorgkantoren zijn van mening dat zij een alleszins redelijk en afgewogen inkoopbeleid hebben gepubliceerd waarop zonder voorbehouden ingeschreven kan en ook moet worden.</p>
<p>In hoeverre kan een aanbieder afzien van de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van 1 jaar te verlengen?</p>	<p>Die mogelijkheid is er niet. Het gebruik maken van de verlengingsoptie is voorbehouden aan het zorgkantoor.</p>
<p><i>DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGERBONDEN AFSPRAKEN</i></p>	
<p>Kunt u aan de zin "De zorgaanbiedergebonden 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?</p>	<p>Als onder Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden 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.</p>
<p>Kunt u verder specificeren welke zorgaanbiedergebonden afspraken deel zullen uitmaken van de overeenkomst?</p>	<p>De opsomming van zorgaanbiedergebonden afspraken is niet limitatief. Wij hebben enkele voorbeelden gegeven waaraan gedacht kan worden. Deze opsomming zullen wij niet verder uitbreiden.</p>
<p>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?</p>	<p>Wij zijn niet bereid om te voorzien in een tweede inlichtingenronde.</p>
<p>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</p>	<p>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.</p>

cliënt en of medecliënten niet kan worden voortgezet?	
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 volumeafspraken, zodat hier wordt verwezen naar het aantal bedden dat is ingekocht door het zorgkantoor.	Wij zullen deze passage niet aanpassen.
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.
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.
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.
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.
Hoofdstuk 6 Artikel 18 lid 4: Bij maatregelen staat: 'Dit kan onder ander zijn:'. Door 'onder andere' is het niet duidelijk welke maatregelen er allemaal zijn. Kan hier 'onder andere' weggelaten	Wij zullen het artikellid niet aanpassen. Met de formulering 'onder andere' behoudt het zorgkantoor zich het recht voor om maatregelen

worden of kunnen alle maatregelen benoemd worden?	te nemen waaraan bij het opstellen van de overeenkomst nog niet was gedacht.
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.
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.
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.
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.
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.
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	Nee, die vervallen niet. De deadlines zullen worden aangehouden.

<p>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)?</p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Begrippen 10: Onderaanneming. Bedoelt u dat alleen dagelijkse mondzorg wordt gezien als onder aanneming? 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)</p>	<p>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.</p> <p>Het gaat hier om de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg en niet om de dagelijkse mondverzorging.</p> <p>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.</p>
<p>Begrippen 10: Onderaanneming. In artikel 2 lid 11 wordt gesproken over rechtstreekse declaratie van mondprofessionals, bedoelt u hiermee alleen de tandheelkundige en niet de dagelijkse mondzorg die in het integrale tarief valt? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag</p>	<p>In artikel 2 lid 11 is de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg bedoeld (lid 11 valt onder het B-gedeelte) en niet de dagelijkse mondverzorging (dat is het A-gedeelte).</p>

<p>dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)</p>	
<p>Begrippen 10: Als de tandheekkundige 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)</p>	<p>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) tandheekkundige 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.</p>
<p>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)</p>	<p>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.</p>
<p>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)</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>Als het zorgkantoor om welke reden ook maar, genooddaakt 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.</p>

<p>willen motiveren (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen).</p>	
<p>"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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>PNIL valt wel degelijk onder onze definitie van onderaanneming. Het zorgkantoor zal zijn overeenkomst niet overeenkomstig het verzoek aanpassen.</p>
<p>Artikel 10 Onderaanneming, pagina 16: Moeten ook huisartsen en tandartsen als onderaannemer worden gemeld?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Artikel 18 is eenzijdig geschreven, we verzoeken dit aan te passen zodat het ook op het zorgkantoor van toepassing is.</p>	<p>Wij zullen dit artikel niet aanpassen.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

van het zorgkantoor om een redelijk tarief te bieden.	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.
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.
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"> • iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel, zoals genoemd in artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing • 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). <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>
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.
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.
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.

<p>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 gecursiveerde 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?</p>	<p>Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p><i>DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL</i></p>	

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</i>	
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.
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.
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.
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.
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.

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Voor de betreffende documenten verwijzen wij u naar Deel I.A: Algemene gegevens onder I.F.</p>
<p>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?</p>	<p>Dit hoeft niet aan het artikel toegevoegd te worden omdat het zorgkantoor normaal gesproken uit zichzelf een weigering zal motiveren.</p>
<p>Aan artikel 19 moet redelijkerwijs een opzeggingsmogelijkheid 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 opzeggingsmogelijkheid toevoegen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Aan artikel 19 van Deel III Algemeen deel zal geen opzeggingsmogelijkheid worden toegevoegd, omdat met de opzeggingsmogelijkheden die zijn opgenomen al de situaties zijn afgedekt die afgedekt zouden moeten worden.</p>
<p>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?</p>	<p>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'.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>Op dit moment kunnen wij helaas geen antwoord geven op uw vraag, daar het Voorschrift later wordt gepubliceerd.</p>
<p>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 tijd vertragend werkt en die met minimale administratieve last wel het gewenste inzicht geeft?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Deel III, art 19 lid 4: waarom is de zorgaanbieder wel verplicht tot schadevergoeding bij ontbinding (zelfs bij overmacht situatie), maar het zorgkantoor niet?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Ons inziens doelt vragensteller op artikel 3 'Continuïteit van de zorgverlening' en niet op artikel 4.</p> <p>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.</p>

<i>Intentie en afbakening</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Begrippen</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Hoofdstuk 1: Levering van zorg</i>	
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.
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>
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>Hoofdregel 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</p>

	<p>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>
<p>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>	<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>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Dit artikellid geldt ook voor de inzet van ZZP'ers door een onderaannemer.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>In artikel 10 lid 2 stelt u dat onderaannemers moeten voldoen aan de Wtza. Bedoelt u hiermee dat onderaannemers een Wtza vergunning moeten hebben?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Ja, dan overtreedt vragensteller daarmee artikel 10 lid 1. Zie evenwel de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.</p>
<p>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 volumeafspraken altijd (...)". Kunt u, indien u zich niet kunt vinden in het voorstel, beargumenteren waarom niet?</p>	<p>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.</p>
<p>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:</p>	<p>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.</p>

<p>“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.”</p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Wat zijn redenen dat het zorgkantoor onderaannemers kan weigeren? Graag uw toelichting.</p>	<p>Er worden bepaalde eisen aan onderaannemers gesteld. Als zij niet aan die eisen voldoen, moet een zorgkantoor hen kunnen weigeren.</p>
<p>Behoren onderaannemers die werken met de rekenmodule voor dagbesteding ook als onderaannemer?</p>	<p>Ja, dat is het geval.</p>
<p>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?</p>	<p>Ja, in principe wel. Zie echter in het Voorschrift zorgtoewijzing de regeling omtrent het weigeren van zorg.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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.</p>

van een eventueel oordeel van de IGJ bij deze overeenkomst worden betrokken?	
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.
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.
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.
<i>Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens</i>	
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.
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.
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.
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	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.

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>Wij zullen deze eis niet laten vervallen. Wij vinden het belangrijk dat de betreffende rapporten ook op de website van de zorgaanbieder worden geplaatst.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p><i>Hoofdstuk 3: iWlz</i></p>	
<p>blz. 7 lid 5 wat is tijdig?</p>	<p>Wij kunnen uit uw vraag niet herleiden waar uw vraag over gaat en kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.</p>
<p><i>Hoofdstuk 4: Controle</i></p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>

Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling

<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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.</p>

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.	
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.
<i>Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst</i>	
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.
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.
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.
artikel 19 lid 4 - de zorgaanbieder kan in redelijkheid alleen schadelijkt zijn als de	Het zorgkantoor is niet bereid dit aan te passen.

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?	
Artikel 21 lid 1 - wat verstaat het zorgkantoor onder "derden". Vallen daar ook dochtervennootschappen of andere groepsmaatschappijen onder?	Ja, die vallen daar ook onder.
<i>Hoofdstuk 8: Slotbepalingen</i>	
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.
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.
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.
<i>Bijlage A: lijst van regio's</i>	
Er zijn over deze bijlage geen vragen gesteld	

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2024

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I: ZORGAANBIEDERGEREBONDEN DEEL</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld	
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	

<p>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?</p>	<p>Wij gaan dit niet aanpassen.</p>
<p><i>DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGERBONDEN AFSPRAKEN</i></p>	
<p>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?</p>	<p>Deze vraag is niet in algemene zin te beantwoorden. Dat is afhankelijk van de bepaling waar het om gaat. Wij kunnen uw aannname dan ook niet bevestigen.</p>
<p><i>Indien van toepassing: Voorwaardelijke bepalingen</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL</i></p>	
<p>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>	<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 zorgaanbieders 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>
<p>Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024, Bijlage 2) U schrijft dat "Het zorgkantoor merkt de inschakeling van zelfstandigen zonder</p>	<p>Wij beschouwen ZZP'ers als onderaannemer, omdat zij in opdracht werken van de opdrachtgever (hoofdaannemer). Volgens de Wtza</p>

<p>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 ervan uit 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? Zorgaanbieders schakelen immers met de inzet van ZZP'ers geen andere zorgaanbieders 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?</p>	<p>en Wkkgz zijn ZZP'ers in de zorg een zorgaanbieder. Wij zullen deze definitie niet aanpassen.</p>
<p><i>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</i></p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p><i>Intentie en afbakening</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Begrippen</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 1: Levering van zorg</i></p>	
<p>Hoe verhouden de verplichtingen van artikel 2 lid 10 en lid 12 zich tot de deelname aan het experiment vernieuwend verantwoord?</p>	<p>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.</p>
<p>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)</p>	<p>Nee, dat kunnen wij niet. Ook maatregelen vanuit niet-Wlz-geleverde zorg of anderszins vallen hier onder.</p>

<p>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 gereede 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?</p>	
<p><i>Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 3: iWlz</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 4: Controle</i></p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling</i></p>	
<p>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</p>	<p>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.</p>

aanwezig zijn, kunnen wij als zorgaanbieder uiteraard ondersteunen.	
<i>Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen</i>	
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.
<i>Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Hoofdstuk 8: Slotbepalingen</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Bijlage A: lijst van regio's</i>	
Er zijn over deze bijlage geen vragen gesteld.	

Bijlage 3 Bestuursverklaring 2024

Vraag	Antwoord
<i>Algemene gegevens</i>	
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.
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.
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).
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)..... </p> <p>(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>
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.
<i>2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).</i>	
Hoe verhoudt de 2e eis omtrent het UBO-register zich tot de brief van de minister van Financiën d.d. 22-11-22: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/11/22/kamerbrief-over-tijdelijk-geen-informatieverstrekkingen-uit-het-ubo-register-naar-aanleiding-van-uitspraak-eu-hof	<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>
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.
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.
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.
<i>3. Het zorgkantoor sluit de zorgaanbieder uit waarop één of meer van de volgende uitsluitingsgronden van toepassing zijn.</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).</i>	
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.
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.
<i>5. De zorgaanbieder verklaart dat hij op het moment van inschrijving een Wlz overeenkomst heeft gesloten met een zorgkantoor, die tussentijds niet is beëindigd.</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	

<p>6. De bestuurder(s), dan wel de gemachtigde namens de bestuurder(s) (bewijs van machtiging om voor de zorgaanbieder te mogen tekenen bijvoegen) verklaart (verklaren) de gehele Bestuursverklaring naar waarheid te hebben ingevuld en verklaart (verklaren) de documenten, zoals te vinden in het 'Overzicht aan te leveren documenten' in het regionale inkoopbeleid, bij de inschrijving te hebben bijgevoegd.</p>	
<p>Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Bijlage 1: Aan te leveren documenten</i></p>	
<p>Er zijn over deze bijlage geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Bijlage 2: Onderaannemerschap</i></p>	
<p>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?</p>	<p>Nee, in deze situatie is er sprake van onderaanneming.</p>
<p>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?</p>	<p>Dit kan niet geschrapt worden. Kwaliteitseisen worden nu juist gesteld om een bepaald niveau van kwaliteit te waarborgen.</p>
<p>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>	<p>U dient alle onderaannemers in het Excel document 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>
<p>U schrijft met betrekking tot onderaanneming dat het uw richtlijn is dat de gecontracteerde zorgaanbieders 2/3 van de zorg verlenen. Klopt</p>	<p>Het is wel degelijk een verplichting waar de zorgaanbieder op afgewezen kan worden. Wat u aangeeft is dus niet juist. Er zijn wel verschillende</p>

het dat deze richtlijn geen verplichting bevat waar de zorgaanbieder op kan worden afgestraft?	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.
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.
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: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz). 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.
<i>Bijlage 3: Lijst met zorgkantoorregio's en zorgkantoren</i>	
Er zijn over deze bijlage geen vragen gesteld.	
<i>Bijlage 4: Lijst van regio's</i>	
Er zijn over deze lijst geen vragen gesteld.	

Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden

Vraag	Antwoord
<i>1. Inleiding</i>	
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	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

<p>de mogelijk 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?</p>	<p>om bij aanvullend beleid ook de gelegenheid te bieden voor vragen/bezwaren.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>De volgende versie is de Aanvulling 2025 (publicatie 1 juni 2024).</p>
<p>Wanneer verwacht u deze volgende versie van aanvullend beleid op het gebied van: domeinoverstijgend samenwerken, LVHC, KIK-V en overheveling behandeling gereed te hebben?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>Bij deze bevestigen we dat bij aanvullend beleid in principe zorgkantoren een vragen- (Nvl) en bezwarenproces hanteren, met uitzondering van het LVHC beleid.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

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.
<i>2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren</i>	
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.
Zijn de transitiemiddelen de voorheen bekende kwaliteitsgelden van 4%?	Dit zijn extra middelen, dus niet de kwaliteitsgelden van 4%.
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.
<i>2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)</i>	
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).
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.
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.
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.
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.
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.
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).
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
<i>2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)</i>	
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.

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.
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.
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.
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.
<i>2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)</i>	
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 verzwaaring van administratieve lasten.
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

	<p>verantwoordelijkheid voor de organisatie en de kwaliteit ligt dus bij de zorgaanbieder.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Wat dient de zorgaanbieder vervolgens te doen met de controle op het tandheelkundig zorgplan?</p>	<p>Zorgkantoren verwachten dat de kwaliteit voldoet aan de drie pijlers van de IGJ (persoonsgericht, deskundigheid en kwaliteit en veiligheid).</p>
<p>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?</p>	<p>Dit is niet anders dan bij reguliere zorgverlening. De uitvoering moet passen bij de wensen, omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt.</p>
<p>Wat dient de aanbieder vervolgens te doen met de informatie of de mondzorgprofessional de meest passende zorg heeft toegediend?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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.</p>

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?	
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.
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.
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).
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.
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).
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.
De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier	Zorgkantoren vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg goed is geborgd tussen hoofdaannemer

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?	(zorgaanbieder) en mondzorgprofessional (onderaannemer). Daarom kiezen de zorgkantoren ervoor om dit bij beide vast te leggen.
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 hoofdaanemers 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.
<i>2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)</i>	
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.
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.
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.
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	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

verkrijgbaar is - op de markt brengen? Graag uw toelichting.	betreffende zorgkantoor gaat hierover het gesprek met hen aan.
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.
Wat wordt bedoeld met "de volgende hulpmiddelen" bij het eerste streepje? Gaat het hier om roerende voorzieningen?	De roerende voorzieningen en de bovenbudgettaire mobiliteitshulpmiddelen.
<i>2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)</i>	
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.
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.
<i>2.6 Specialistische zorg (V&V en GZ)</i>	
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.
<i>2.7 Infectiepreventie</i>	
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.
3. V&V	
<i>3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling</i>	
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	In de NZa beleidsregel staat niet vermeld dat de mutatiedagen 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.

<p>daarvoor mutatie-dagen gedeclareerd mogen worden?</p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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 woningverstrekker en huurder. De woningverstrekker hoeft niet altijd de zorgaanbieder te zijn.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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 mutatie-dagen, 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?</p>	<p>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.</p>

<i>3.2 Overige zorgzwaartepakketten</i>	
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.
4. GGZ	
<i>4.1 Inkoop beveiligde bedden</i>	
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
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 productieafpraak met het zorgkantoor te kunnen maken.
<i>5.1 Specialistische zorg</i>	
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. .
<i>5.2 Overige zorgzwaartepakketten</i>	
In de aanvullende inkoopvoorwaarden staat bij de ZZP 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.
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	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.

biedt is het niet realistisch om van aanbieders te verwachten aan deze aanvullende voorwaarden te voldoen. Bent u het hiermee eens?	
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.
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.
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.
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.
<i>5.3 SGLVG en LVG-zorg</i>	
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.
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 dezelfde 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.
De behandelaars zijn minimaal opgeleid op w-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.
<i>5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs</i>	
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.
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.
<i>6. Transitie middelen</i>	
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.
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.
<i>6.1 Welke extra middelen zijn er beschikbaar voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg?</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>6.2 Een regionaal stimuleringsbudget Wlz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg</i>	
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.

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p><i>6.3 Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg</i></p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p><i>6.4 De zorgkantoren maken afspraken over de inzet van de middelen</i></p>	
<p>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?</p>	<p>De antwoorden op deze vragen vindt u in het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor.</p>

<p>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 tijdslimiet waarop de toegekende gelden aan de aanbieder worden uitgekeerd? Graag uw toelichting.</p>	
--	--

Bijlage 5 Declaratieprotocol 2024

Er zijn over deze bijlage geen vragen gesteld.

Bijlage 6 Voorschrift Zorgtoewijzing

Vraag	Antwoord
<p>Hoe gaat Zilveren Kruis om met zorgtoewijzingen van ZZP's waarvoor we gecontracteerd worden? (Het komt steeds vaker voor, dat we een zorgtoewijzing krijgen /dossierhouder gemaakt worden voor dat we überhaupt hebben kunnen beoordelen of we kunnen voldoen aan de zorg- en begeleidingsvragen van de cliënt?</p>	<p>In paragraaf 2.2.1 van het Voorschrift Zorgtoewijzing leest u meer over proces. Mocht u aan specifieke klanten de zorg niet kunnen verlenen neemt u dan contact op met het zorgkantoor via klantcontact.</p>

Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz

Vraag	Antwoord
<p><i>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</i></p>	
<p>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?</p>	<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 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</p>

	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.
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.
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.
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.
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.
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.
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

	<p>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."</p>
<p>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.</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>
<p>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.</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/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>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</p>	<p>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</p>

<p>de vastgoedexploitatie)? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?</p>	<p>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.</p>
<p>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 door vertalen 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?</p>	<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>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?</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 het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506</p>
<p>Hoe legt u het ons uit dat bij een kostenstijging en tariefdaling uw onderbouwing steekhoudend is om als zorgaanbieder kostendekkend te blijven?</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. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.</p>

	<p>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 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>
<p>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?</p>	<p>Het richttariefpercentage is voor alle zorgkantoren gelijk.</p>
<p>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?</p>	<p>Deze bijlage is reeds gepubliceerd bij het inkoopbeleid over 2024.</p>
<p>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?</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. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>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</p>	<p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.</p>

<p>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?</p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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>
<p>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?</p>	<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</p>

<p>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?</p>	<p>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>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>	<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>
<p>Wij maken bezwaar tegen een basisrichttariefpercentage! kunt u van het basisrichttariefpercentage afzien? Zo nee, kunt u dit toelichten?</p>	<p>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.</p>
<p>Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden.</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 het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
<p>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</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>

<p>maximumtarieven en de kostenstijgingen nog niet bekend zijn?</p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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>
<p>Kunt u toelichten hoe u reële specifieke tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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</p>

	<p>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>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.</p>
<p>Bent u bereid om het richttariefpercentage jaarlijks te herzien op basis van de daadwerkelijke kostenstijgingen? Zo nee, waarom niet?</p>	<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>
<p>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>	<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>

<p>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>	<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>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Bij de vaststelling van de richttariefpercentages, op de wijze als omschreven in Bijlage 7, is</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de</p>

<p>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>	<p>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.</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>
<p>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.</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 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>
<p>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?</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. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.</p>

	<p>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.</p>
<p>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>	<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>
<p>Welke aantallen en percentages horen hierbij?</p>	<p>Wij kunnen uw vraag helaas niet beantwoorden omdat niet duidelijk is aan welke aantallen of percentages u refereert bij de door u genoemde paragraaf.</p>
<p>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>	<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>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>zorginkoper van het betreffende zorgkantoor te bespreken.</p>
<p>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?</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><i>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</i></p>	
<p>De NZa tarieven worden niet als realistisch beschouwd in de huidige markt. Zijn zorgkantoren bereid om met ons op te trekken richting VWS?</p>	<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>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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).</p>

<p>Waarom is de onderbouwing van het richttariefpercentage niet controleerbaar?</p>	<p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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 & 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</p>

	delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
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.
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.
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 door vertalen in de inkoop wordt de beschikbare contracteerruimte overschreden.
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.
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).
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.
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	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.

<p>organisatie, mits voldoende doelmatig werkend, hierin een hoger percentage te bieden?</p>	
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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. Zie tevens antwoord op vraag 506.</p>
<p>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.</p>	<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).</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

<p>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?</p>	<p>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).</p>
<p>In hoeverre acht u het reëel om een richttariefpercentage vast te stellen als de NZa maximumtarieven nog niet gepubliceerd zijn?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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</p>

	<p>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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Kan inzicht worden gegeven in de uitkomsten van de outlier analyse per zorgaanbieder?</p>	<p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de uitkomsten van de outlier analyse niet delen.</p>
<p>Hoe is het aandeel in tariefafspraken per zorgkantoor gebruikt bij bovenregionale analyses?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>Het richttariefpercentage is een landelijk uitgangspunt. Om rekening te kunnen houden met eventuele gelegitimeerde kostenverschillen</p>

	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.</p>
<p>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.</p>	<p>In de bijlage staan in figuur 1 de bronnen van de gebruikte gegevens vermeld. In verband met de betrouwbaarheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.</p>
<p>Is het tariefmodel getoetst door een onafhankelijke deskundige?</p>	<p>Ja, het model is extern gevalideerd.</p>
<p>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>	<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 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 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>
<p>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</p>	<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</p>

<p>gebruik gemaakt van organisatie brede 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>	<p>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.</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, 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.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
<p>Kunt u de berekening van het richttariefpercentage publiceren?</p>	<p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Heeft bij de vaststelling van het richttariefpercentage een rol gespeeld in welke verhouding zorgorganisaties hiermee kostendekkend kunnen werken? In een andere</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>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>
<p>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>	<p>Wij delen het belang van het behoud van zorgpersoneel bij de zorgaanbieders. 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>
<p>In de onderbouwing van het richttarief wordt aangegeven dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en</p>	<p>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</p>

<p>kwatitatief toereikende zorg. Kunt u, vanwege gemis aan transparantie, aangeven welke kwaliteitscriteria en rekenkundige uitgangspunten hierbij zijn gehanteerd?</p>	<p>voldoende wijze toegelicht zodat sprake is van een verifieerbare onderbouwing.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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 & 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 & 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>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?</p>	<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. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.</p>
<p>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>	<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>
<p>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.</p>	<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). 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>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?</p>	<p>Zorgkantoren hebben het tariefmodel zelf ontwikkeld en de berekeningen zelf uitgevoerd. Wel is het model en de berekening extern gevalideerd.</p>
<p>Kunt u het aandeel aan indexatie van de reële prijs voor het leveren van Wlz-zorg in het richttariefpercentage toelichten?</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van</p>

	<p>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.</p>
<p>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>	<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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p>
<p>Is er rekening gehouden met de verduurzamingsopgave? En zo ja, wilt u nadere concretiseren hoe hier rekening mee gehouden is?</p>	<p>Nee, hier is in het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden.</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 maken bezwaar tegen de herijking van 8 procent voor het NHC tarief omdat dit geen recht doet aan de daadwerkelijke kostenstijgingen.</p>	<p>Voor bezwaren over de herijking van het NHC tarief verwijzen wij naar de NZa.</p>
<p>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 verzwarende/complexiteit van de zorgvraag etc.? Daarnaast bevat de jaarverslagen incidentele bijdragen zoals compensatie voor de Covid-19 pandemie. Kunt u dit toelichten?</p>	<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>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</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>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>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>	<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>
<p>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>	<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>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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 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.</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>
<p>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>	<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>
<p>Op welke wijze is bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de</p>	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte</p>

<p>incidentele opbrengsten in de jaarrekening 2021? Zijn die eruit gehaald bijvoorbeeld Coronaopbrengsten of andere incidentele opbrengsten van voorgaande jaren?</p>	<p>compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. 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>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>	<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 & 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>
<p>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?</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. 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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

<p>Is bij de berekening van het richttariefpercentage en het 75e percentiel rekening gehouden met de aangekondigde kortingen (NHC + zorgdeel tarief)?</p>	<p>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.</p>
<p>Wordt aan mij medegedeeld tot welke percentiel ik behoort als uitkomst van de berekening van het richttariefpercentage?</p>	<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>
<p>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?</p>	<p>Nee, het hier geschetste beleid heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid. Zie het inkoopbeleid voor voorwaarden met betrekking tot verduurzaming.</p>
<p>Waar staat (wettelijk) vast gelegd dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<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>eerstelingsbehandeling. Dit geldt voor meer kostensoorten.</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>
<p>Is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met een rendementopslag?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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 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>
<p>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.)</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> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
<p>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?</p>	<p>Ook in het heden wordt het richttariefpercentage in principe alleen gebruikt voor de personele en materiele componenten van het NZa tarief.</p>
<p>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</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</p>

<p>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.</p>	<p>kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
<p>Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een driejarige overeenkomst met nog tweemaal 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?</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>
<p>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</p>	<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 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.</p>

<p>bezwaar tegen de onderbouwing van het richttariefpercentage.</p>	
<p>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).</p>	<p>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 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. 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.</p>
<p>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.</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>
<p>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"?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>onderdeel van het richttarief. Klopt het dat deze elementen niet zijn meegenomen?</p>	<p>kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
<p>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?</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. 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.</p>
<p>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. Zijn 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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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</p>

	<p>beleid van de NZa. De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.</p>
<p>Waarom gaat het zorgkantoor uit van het richttariefpercentage en niet van het 100% NZa-tarief?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven.</p> <p>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 kostendekkend 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.</p>
<p>Kunnen we inzicht krijgen in hoe het richttariefpercentage tot stand is gekomen? Hoe is bepaald of Wlz-zorgaanbieders een neutrale of positieve marge hebben?</p>	<p>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'.</p>
<p>Waarom heeft het zorgkantoor in deel 1 niet al gekozen voor een sectorpercentage?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>tussen 0 en 2% zit als uitgangspunt voor een gezonde bedrijfsvoering?</p>	<p>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 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>
<p>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</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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. 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>
<p>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 $(-8\% + 2,5\%) = -5,5\%$?</p>	<p>Dit is een vraag voor de NZa.</p>
<p>Van welke zorgorganisaties zijn de jaarverslagen gebruikt voor de onderbouwing</p>	<p>Van de 549 V&V aanbieders (op geconsolideerd niveau) waarvan ten tijde van de berekening de</p>

<p>van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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 (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten</p>
<p>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?</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</p>

	<p>uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.</p> <p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>U geeft aan dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat het ten kosten 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?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendeckende 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>
<p>Zijn de totale kosten (genoemd op pagina 4 onder stap1) gecorrigeerd voor kapitaalslasten?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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</p>

	<p>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>
<p>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>	<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>
<p>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?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de 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.</p>

<p>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?</p>	<p>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'.</p>
<p>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?</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. 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.</p>
<p>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 geprognosticeerd resultaat van negatief 10%. Het merendeel van de kosten die we naast personeel maken zijn voor ons niet of</p>	<p>In de nota van inlichtingen gaan we niet in op specifieke casuïstiek.</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 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.</p>

<p>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?</p>	
<p>Zo nee, hoe rijmt u dat alom bekende stijgingen van kosten (personeel, energie, huisvesting, voeding) een verlaging van tarieven rechtvaardigen?</p>	<p>Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendeckende 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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>bedrijfsvoering (lees min. 2% resultaat) kan hebben?</p>	<p>gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.</p>
<p>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?</p>	<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.</p> <p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</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</p>

<p>zijn omdat het anders impact heeft op de vastgoedcomponent? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>& 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>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?</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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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).</p>
<p>U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voorspeller voor het jaar 2024?</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>De tariefsystematiek 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.</p>
<p>Is de ZVW en WMO omzet weggenomen uit de Wlz tariefberekening? Indien zorgaanbieders grotendeels Wlz gefinancierd zijn, werkt de statistische verdeling dan tegen ons?</p>	<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. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.</p>
<p>Voorheen ontvingen we kwaliteitsgelden om te investeren in personeel en kwaliteit. Inmiddels is het aantal personeel afgenomen en staat de kwaliteit onder druk. Zorgaanbieders staan voor grote opgaven, waarbij 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.</p>	<p>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.</p>
<p>Waarom kiest u niet voor transparantie, door een X bedrag voor de regio om te besteden. Hoezo kan het niet op die manier?</p>	<p>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</p>

	met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voospeller 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 kostendeckende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
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 transparantieplichtingen.
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.
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.	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. 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. 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.
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.

	<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>Artikel I. G Wat wordt er jaarlijks aangepast bij een 3-jarige overeenkomst? Wordt tariefpercentage jaarlijks aangepast o.b.v. actuele kosten ontwikkelingen? Indien dit niet het geval is, dan maken we hier tegen bezwaar.</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. 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>Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT-sector?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Zorgkantoren gaan ervanuit 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 tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Kan het zorgkantoor aangeven welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector en hoe de selectie heeft plaatsgevonden?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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 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.</p>
<p>Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector, allemaal of een gedeelte? Indien een</p>	<p>Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare</p>

<p>gedeelte; hoe heeft de selectie plaatsgevonden?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met eventuele kostenverschillen volgend uit organisatie-specifieke aspecten.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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...</p>	<p>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.</p>
<p>Kunt u aangeven waarom u bij de bepaling van het richttarief gebruikt maakt van een verouderd kostprijsonderzoek uit 2021?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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</p>

	<p>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.”</p>
<p>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>	<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 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>
<p>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?</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>U beschrijft hoe u de richttarief percentages 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</p>	<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</p>

<p>richttariefpercentage? Zo nee, waarom niet? Dit komt niet terug in de tekst van de onderbouwing.</p>	<p>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>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?</p>	<p>Voor het berekenen van de richttariefpercentages zijn de kostengegevens (uit de jaarrekening) in beschouwing genomen en niet de vermogenspositie van de zorgaanbieder.</p>
<p>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>	<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 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>
<p>De jaarrekening cijfers zeggen onvoldoende over exploitatie resultaten op zorgprestaties.</p>	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is</p>

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?

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.

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.

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 verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.

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.

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?

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 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>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>
<p>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>	<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>
<p>Wat is zodanig laag bij de geformuleerde uitgangspunten, hoe stel je dat vast? kunt u dit nader toelichten?</p>	<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&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</p>

	de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
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>
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.
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.
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.
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 tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
Kunt u ons garanderen dat 'het landelijk richttariefpercentage voor zorg in de V&V' van 95,5% een reëel kostendekkend tarief oplevert?	<p>Zorgkantoren gaan ervan uit 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,</p>

	<p>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>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</p>	<p>Dit is geen vraag.</p>
<p>In hoeverre is het richttariefpercentage onderhandelbaar? Waarom wel/niet?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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 voldoen aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.</p>
<p>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?</p>	<p>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</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

<p>U geeft aan bij relevante externe ontwikkelingen u het recht voor te behouden om binnen het meerjarige contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopssystematiek 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 3.0., etc.)</p>	<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>
<p>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?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van 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. 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.</p>
<p>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?</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 het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.</p>
<p><i>Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)</i></p>	
<p>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.</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 & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het</p>

	<p>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>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>	<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 & 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>
<p>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?</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. Op deze manier zijn de COVID kosten geneutraliseerd in het model.</p>
<p>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</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. 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>

<p>bijbehorende (rente)kosten? En zo ja, hoe gaat zorgkantoor dit corrigeren?</p>	
<p>Zijn de jaarverslagen verschoond van incidentele bijdragen die in 2021 zijn toegekend (zoals compensatie voor COVID-19)?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>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 a.d.h.v. 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>	<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.</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>
<p>In hoeverre biedt het richttariefpercentage ruimte om extra uitgaven te kunnen doen om de zorg toekomstbestendig te maken en te werken aan vernieuwing?</p>	<p>Dit is niet een vraag die in algemene zin beantwoord kan worden. Dit is sterk afhankelijk van de situatie van de individuele zorgaanbieder.</p>
<p>Bent u bereid om het richttariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst aan</p>	<p>In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De</p>

<p>te passen als actuele, volledige en betrouwbare informatie daartoe aanleiding geven? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>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>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.</p>	<p>Wij gaan ervan uit 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.</p>
<p>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?</p>	<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. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.</p>
<p>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?</p>	<p>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</p>

	richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
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 het 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.
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 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.
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 vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.

<p>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?</p>	<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. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.</p>
<p>Zijn bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage de kapitaallasten uit de omzet en de kosten gehaald?</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 & 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>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>	<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 & 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>

<p>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>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Nee, alleen de financieringsbaten en lasten zijn buiten beschouwing gelaten, andere kosten categorieën zijn onderdeel van de totale kosten.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Heeft u in het richttarief percentage de redelijke overheadkosten verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel aan redelijke overheadkosten in het richttariefpercentage kwantificeren?</p>	<p>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.</p>
<p>Kunt u onderbouwen hoe u rekening heeft gehouden met redelijke overheadkosten?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Heeft u reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van de reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage kwantificeren?</p>	<p>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</p>

	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.
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.
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 & 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>
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 het 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.</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>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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)?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.</p>
<p>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?</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>
<p>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>	<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</p>

	<p>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>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?</p>	<p>Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.</p>
<p>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?</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 & 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>
<p>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?</p>	<p>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 tariefssystematiek 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.</p>
<p>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?</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. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.</p>

	De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.
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.
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.
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."
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.
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.
De verhouding tussen de Wlz ZiN omzet 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.
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.
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	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

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>wat is de onderbouwing van de WLZ ZINL omzet?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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. 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.</p>
<p>Is het richttariefpercentage gebaseerd op zorg? Gaat het enkel om de zorgexploitatie?</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</p>

	<p>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.</p>
<p>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?</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>Welke selectiemethode is toegepast op de jaarverslagen?</p>	<p>Voor alle Wlz-sectoren zijn de meest recente beschikbare jaarverslagen gebruikt, op dit moment die van 2021.</p> <p>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>Welke jaarverslagen heeft u gebruik ter onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector? En welk deel heeft u uit het de jaarverslagen gebruikt?</p>	<p>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.</p> <p>De gebruikte posten van de jaarverslagen zijn terug te vinden in bijlage 7, onder 'Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage' bij de gebruikte definities.</p>
<p>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</p>	<p>De NvI leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatie specifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders.</p> <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</p>

<p>aspecten terugkomen in het geboden tariefpercentage?</p>	<p>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>
<p>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>	<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 & 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>
<p>U schrijft de meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders 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,</p>	<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</p>

<p>voorzieningen, eenmalige hogere subsidieposten etc.?</p>	<p>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>In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, in hoeverre wordt rekening gehouden met een genormaliseerd resultaat?</p>	<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>
<p>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?</p>	<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 & 5 van de bijlage.</p>
<p>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?</p>	<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>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?</p>	<p>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.</p>

<p>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.</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 & 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>Hoe zijn de WLZ kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ ZVW, Overige) uit de jaarrekening?</p>	<p>Dit is gedaan middels de Wlz ZiN ratio, zoals beschreven in bijlage 7 onder 'Deel 1: bepalen zorgaanbieder percentage'.</p>
<p>Is er bij de berekening rekening gehouden met de gevolg schade van Corona (2022 nog wel deels corona compensatie, 2023 niet meer); de gevolgen uiten 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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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 vorm gegeven. Hier zult u ook het beleid omtrent regionale problematiek terugvinden.</p>
<p>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/zzp 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</p>	<p>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.</p>

van het eigen kostenpercentage en in die van de sector.	kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
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.
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.
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 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.
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.
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.
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 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.
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.
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 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>
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	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

<p>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 bereidt om, indien uit een goede onderbouwing blijkt dat het tarief niet kostendekkend is het percentage zondermeer te verhogen?</p>	<p>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.</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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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</p>

	of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
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 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.
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.
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.
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.
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.	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

	<p>gekeken.</p> <p>In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de rekenmethode nader te illustreren.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</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>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>Declaratiegegevens voor 2021 zijn gebaseerd op aanlevering van zorgkantoren. Deze zijn niet apart afgestemd met zorgaanbieders.</p>
<p>De kosten die je maakt voor de verschillende financieringsstromen kunnen verschillen. Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de tarieven?</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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>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.</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>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</p>

	<p>vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</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 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.</p>
<p>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.</p>	<p>De NZa is wettelijk verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. 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.</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 gepaste 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 passend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het</p>

	<p>zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>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 bedoeld op totaalniveau of op WLZ-niveau?</p>	<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. Het gaat hier dus om de kostendekkendheid op Wlz-ZiN-niveau.</p>
<p>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?</p>	<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>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</p>	<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 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.</p>

<p>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>	
<p><i>Deel 2: Bepalen sectorpercentage</i></p>	
<p>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>	<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&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>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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</p>

	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.
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.
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.
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.
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 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.</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</p>

	hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
Heeft u getoetst of het richttarief nog steeds bij 75% van de aanbieders kostendekkend 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.
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 kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
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?	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

	<p>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>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>	<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>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>	<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>
<p>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</p>	<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</p>

<p>goede zorg te kunnen verlenen. 4. Wat is goede zorg volgens het Zorgkantoor?</p>	<p>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>
<p>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>	<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>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?</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 & 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>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen de rekensystematiek van 75% daar hier ons inziens geen deugdelijke onderbouwing aan ten grondslag ligt.</p>	<p>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.</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</p>

	<p>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."</p>
<p>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?</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. 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>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?</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>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de</p>	<p>Bij de bepaling van de 75% en 25% groep is gekeken naar het "kostenpercentage/kostenratio"</p>

<p>aanbieders kostendekkend voor de Wlz." Uit welke zorgaanbieders bestaat deze 75% en uit welke zorgaanbieders bestaat de resterende 25%.</p>	<p>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.</p>
<p>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.)?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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. 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>
<p>U stelt dat 25%, verwijzend naar de afgelopen jaren, van de aanbieders altijd ondoelmatig zal werken. Waar baseert u dat op?</p>	<p>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.</p>
<p>Wat is uw vangnetconstructie voor de 25% die het niet met dit richtpercentage redden, in relatie met de toenemende zorgvraag?</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 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</p>

	<p>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>
<p>Kunt u aangeven welke componenten u heeft meegenomen bij het bepalen van het richttariefpercentage?</p>	<p>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).</p>
<p>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>	<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 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 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>
<p>In welke mate is er bij de berekening van het richttariefpercentage 2024 regionaal sprake van verschillen in het richttarief? Licht uw antwoord toe.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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>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</p>	<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</p>

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?

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."

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.

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

	<p>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 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 passen in beginsel binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>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>	<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 ervan uit 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>
<p>Vindt u dat het eigen vermogen een rol speelt voor een kostendekkende zorgexploitatie?</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 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>
<p>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>	<p>Er is in de berekeningen geen sprake van een bepaald omzetriveau. 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</p>

	<p>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>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</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. 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.</p>
<p>Het eigen vermogen is in onze optiek irrelevant voor een kostendekkend tarief. Op welke manier is het richttariefpercentage tot stand gekomen?</p>	<p>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 zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).</p>
<p>Is het reëel te veronderstellen dat de 25% zorgaanbieders die niet uitkomt met het tarief een beroep doen op de hardheidsclausule?</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. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Een en ander staat los</p>

	van de samenstelling van- en uw positie in- de 75/25 groepsverdeling.
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>U geeft aan dat het richttarief gebaseerd is op de door u uit de jaarrekening 2021 gedestilleerde 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 macrokader 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</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 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 hardheidsclausule wordt</p>

<p>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>	<p>rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. 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>
<p>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.</p>	<p>Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. 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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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. 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</p>

	<p>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."</p>
<p>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.</p>	<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&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</p>

	en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
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.
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.
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 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.
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.
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	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

<p>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>verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<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 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. 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>
<p>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</p>	<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. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief</p>

denken valt aan personeelskosten en materiële kosten.	automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
<i>3. Het richttariefpercentage per sector</i>	
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.
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.
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 eenzelfde 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.
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

	<p>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>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?</p>	<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>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 richttarief percentage.</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>afgeweken van de algemeen geldende normen van financiers? Enige risico opslag lijkt ons wenselijk? Hoe is dat verwerkt?</p>	<p>gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.</p>
<p>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>	<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&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</p>

	<p>beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>De jaarrekeningen 2022 zijn per 1 juni 2022 gedeponneerd. 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?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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 tariefssystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>Hoe verhoudt het korten van de tarieven zich met de beweging naar onder meer digitaal als het kan? Dit vergt investeringen die niet gedekt</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende maximumtarieven. Deze moeten ook voldoende</p>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het</p>

	<p>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. 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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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 indexering van de tarieven?</p>	<p>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.</p>
<p>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%)</p>	<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</p>

<p>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?</p>	<p>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>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?</p>	<p>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).</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>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?</p>	<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>welk percentage heeft u gebruikt voor "redelijke" overheadkosten?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>In combinatie met de overige onderdelen van de</p>

	<p>tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>wat zou een passend of wenselijk rendement in procenten zijn volgens u voor een zorgaanbieder? en waar baseert u dit op?</p>	<p>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.</p>
<p>Hoe wordt de afwijking in richttariefpercentage voor de drie sectoren onderbouwd?</p>	<p>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.</p>
<p>In hoeverre is er in het tariefpercentage rekening gehouden met de veranderende samenleving waarin zorg geleverd wordt: loonstijgingen, arbeidsmarktkrapte, gestegen energieprijzen, vergrijzing?</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. 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>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?</p>	<p>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.</p> <p>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 hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>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?</p>	<p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende</p>

	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<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>Is er in het tarief bekostiging voor e-Health? (systemen etc.) of budget voor opschalen van innovaties binnen WLZ?</p>	<p>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.</p>
<p>Wat is de maximale risicobandbreedte bij wijzigingen? Bijvoorbeeld maximaal een impact van 0.2 %</p>	<p>Het is uit uw vraag niet duidelijk op welke risicobandbreedte of impact u hier precies doelt. Wij kunnen deze vraag daarom helaas niet beantwoorden.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>functionerende zorgaanbieder? Gaag ontvangen wij het rapport waarin de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 is weergegeven en deze te publiceren.</p>	<p>aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.</p>
<p>Klopt het dat de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024?</p>	<p>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.</p>
<p>Indien de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024, op welke wijze bent u voornemens de tariefpercentages voor 2025 en 2026 te berekenen</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>
<p>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>	<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>
<p>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>	<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</p>

	<p>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>
<p>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>	<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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</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</p>

	<p>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>Kunnen tarieven sneller bijgesteld dan de gebruikelijke OVA-systematiek? De vertraging leidt tot derving van inkomsten.</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>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.</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/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>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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. 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</p>

	tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.
<i>4. Resultaten per sector</i>	
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.
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?	<p>In het model van het richttariefpercentage is geen standaard opslag verwerkt voor investeringen.</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 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>
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.
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 aanbieders een negatief resultaat zullen hebben en 75% een positief of neutraal resultaat.</p> <p>Ten tweede zien we dat er meer aanbieders zijn die een 'hoog' positief resultaat (>2%) hebben dan een 'laag' negatief resultaat (<-2%), dit wekt de suggestie dat er sprake is van een licht scheve normaal verdeelde aanbieders 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>

<p>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>	<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>
<p>Waar komt de norm vandaan dat het richttarief percentage voldoende is als 75% van Wlz aanbieders hiermee een neutrale of positieve marge behaalt?</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 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.</p>
<p>Wat zijn de uitgangspunten voor het berekenen van de kostenratio en wordt deze berekend?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<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>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>	<p>Naar aanleiding van deze vraag is dit verhelderd in bijlage 7.</p>
<p>Een jaar geleden was volgens eenzelfde soort onderzoek het richtpercentage nog aangepast naar 95,8%. Wat is er de afgelopen 2 jaar veranderd dat het richttarief percentage naar beneden kan?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<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>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>Waarom wordt niet gewoon 100% van het NZA tarief uitgekeerd aan de zorgaanbieders? Voor dat tarief zijn toch al uitgebreide inschattingen en analyses gemaakt?</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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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)?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>mogelijkheid voor jaarlijkse aanpassing. En om actuele en betrouwbare informatie als basis te gebruiken voor het vaststellen van het jaarlijkse richttariefpercentage.</p>	<p>aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.</p>
<p>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>	<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>
<p>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%?</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>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?</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten.</p>
<p>Wat is de reden dat met de korting op het macrobudget het richttariefpercentage niet met bijvoorbeeld 1% verhoogd is?</p>	<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</p>

	structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
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.
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 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. 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.
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.
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.
De data zijn gecontroleerd op basis van een outlier analyse waarbij zorgkantoren afwijkende waarden hebben bekeken en, indien nodig, uitgesloten. In het kader van transparante uitleg	Tijdens de outlieranalyse wordt gekeken naar aanbieders met afwijkende waarden, dit is bepaald door grenzen in te stellen van tweemaal de standaard deviatie ten opzichte van de mediaan.

<p>en onderbouwing, welke uitgangspunten zijn bij de outlier analyse gebruikt?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Wat is de uitkomst van de berekening van de kostenratio 2021</p>	<p>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 hetzelfde 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.</p>
<p>Is er inzicht waar welke zorgaanbieder zit in het margespectrum? En zo welke aanbieders geconfronteerd worden met verplichte doelmatigheid?</p>	<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</p>

	richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Indien de gehanteerde tariefssystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
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.
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 tariefssystematiek 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.
Heeft u bij de specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 – van 95,2% tot en met 100% – telkens rekening gehouden met de kosten van de	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

<p>beroepskracht? Zo ja, kunt u het aandeel van kosten van de beroepskracht per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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.</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 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.</p>
<p>Uit welke heterogene groep zorgaanbieders is de 25% opgebouwd die verlies draaien bij het gunningspercentage van 95,5%?</p>	<p>In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij hier geen overzicht van delen.</p>
<p>Welke 75% van de aanbieders vallen binnen dit kostendekkende tarief van 95,5%? Hoe komt onze regio hier uit? En onze organisatie?</p>	<p>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.</p>
<p>Is het zorgkantoor het met ons eens dat het richttariefpercentage voor de VVT niet is gebaseerd op de sectorale uitvoeringswerkelijkheid van de huidige tijd?</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>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. 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>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>	<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. 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>
<p>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?</p>	<p>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. De bijlage wordt hier op aangepast.</p>
<p>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</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</p>

het licht van uw verplichting om een reëel tarief te betalen?	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.
---	--

Bijlage 8 Prestatietabel regulier - specifiek

Vraag	Antwoord
Kunt u onderbouwen waarom u de verschillende specifieke tariefpercentages reëel acht en hoe u daartoe bent gekomen?	Wij baseren de tariefdifferentiatie op de tekorten in de hoog complexe zorg en de overschotten op de reguliere zorg. Dat horen we in onze dagelijkse contacten met zorgaanbieders. Dat zien we tevens terug in de jaarrekeningresultaten. Voor meer toelichting verwijzen wij u naar hoofdstuk 3 van ons beleid, specifieke onderdeel 3.4 sub 2.
Kunt u toelichten hoe u reële specifieke tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	Met de huidige beschikbare informatie zijn wij van mening dat wij reële tariefpercentages bieden.
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?	In de maximale tarieven die de NZa aanhoudt, wordt rekening gehouden met verschillende kosten per beroepskracht en het aandeel inzet van die beroepskracht binnen een prestatie. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.
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?	In de maximale tarieven die de NZa aanhoudt, wordt rekening gehouden met overheadkosten. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.
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?	In de maximale tarieven die de NZa aanhoudt, wordt rekening gehouden met productiviteit van beroepskrachten. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.

<p>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?</p>	<p>In de maximale tarieven die de NZa aanhoudt, wordt rekening gehouden met indexatie/inflatie. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.</p>
<p>Heeft u reis- en opleidingskosten in de verschillende tariefpercentages uit bijlage 8 verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van deze kosten per tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?</p>	<p>De maximale tarieven die de NZa afgeeft zijn integrale tarieven waar alle kosten in meegenomen zijn, zoals reis- en opleidingskosten. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.</p>
<p>Klopt het dat de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024?</p>	<p>Het uitgangspunt is dat de percentages uit bijlage 8 gelden voor de volledige looptijd van ons meerjarenbeleid.</p>
<p>Indien de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024, op welke wijze bent u voornemens de tariefpercentages voor 2025 en 2026 te berekenen?</p>	<p>Het uitgangspunt is dat de percentages uit bijlage 8 gelden voor de volledige looptijd van ons meerjarenbeleid.</p>
<p>Indien de tariefpercentages uit bijlage 8 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>	<p>Het uitgangspunt is dat de percentages uit bijlage 8 gelden voor de volledige looptijd van ons meerjarenbeleid.</p>
<p>In 2025 leidt het kostenonderzoek van de NZa tot nieuwe tarieven. Op basis daarvan moeten de reële tariefpercentages opnieuw vastgesteld worden. Hoe verhoudt de meerjarige bekostigingssystematiek (2024-2026) zich tot reële tarieven?</p>	<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. 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.</p>
<p>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?</p>	<p>Wij baseren de tariefdifferentiatie op de tekorten in de hoog complexe zorg en de overschotten op de reguliere zorg. Dat horen we in onze dagelijkse contacten met zorgaanbieders. Dat zien we tevens terug in de jaarrekeningresultaten.</p>

	Voor meer toelichting verwijzen wij u naar hoofdstuk 3 van ons beleid, specifieke onderdeel 3.4 sub 2.
Voor de inzet van de arts VG wordt een tariefpercentage van 100% toegekend, op voorwaarde van het regionaal beschikbaar stellen van de capaciteit van de Arts VB door de zorgaanbieder. In de prestatietabel staat voor prestatie H336 twee verschillende percentages. Hoe wordt bepaald welk percentage voor welke inzet betaald wordt?	Als u bij inschrijving aangeeft dat uw Arts VG regionaal beschikbaar is, dan kunnen Wlz-cliënten buiten uw zorginstelling verwezen worden naar uw Arts VG als er schaarste is in de regio. Het tariefpercentage wordt (in dit geval) per prestatie vastgesteld. Dat betekent dat alle geleverde zorg op de prestatie H336 gedeclareerd wordt met het tariefpercentage van 100% als voldaan wordt aan het regionaal beschikbaar stellen van de Arts VG.
20. (Bijlage 8) Kunt u toelichten op welke wijze u bent gekomen tot het tarief voor ZZP ZG VIS 5?	Wij hebben gezocht naar een balans tussen faciliteren van deze complexe zorg en een doelmatige zorginkoop. Met de huidige beschikbare informatie zijn wij van mening dat wij reële tariefpercentages bieden.
21. (Bijlage 8) Kunt u toelichten op welke wijze u bent gekomen tot het tarief voor ZZP ZG-Aud3?	Wij hebben gezocht naar een balans tussen faciliteren van deze complexe zorg en een doelmatige zorginkoop. Met de huidige beschikbare informatie zijn wij van mening dat wij reële tariefpercentages bieden.
22. (Bijlage 8) Hoe rechtvaardigt u eventuele verschillen in de tariefstelling tussen ZZP ZG VIS 5 en ZZP VG7, gelet op de overeenkomsten tussen beide ZZP's?	Wij laten de opslag op het tarief VG7 afhangen van de aanvullende middelen die voor deze prestatie beschikbaar komen vanuit VWS. Voor de prestatie ZG VIS 5 (evenals een aantal andere hoogcomplexe profielen) hebben wij zelf de hoogte van de toeslag bepaald.
De 5VG wordt gezien als reguliere zorg, terwijl de mogelijkheid bestaat dat bij een 5VG een Meerzorg aanvraag wordt gedaan. Waarom is dit gedaan?	De indeling complex versus regulier bestaat uit een inschatting op een aantal facetten zoals: - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio. De weging van Zilveren Kruis op 5VG is dat er geen direct risico op de zorgplicht is. Daarnaast ontbreekt in de 5VG de component van de psychiatrische zorg.
Wij zijn van mening dat de daling van het 5VG-tarief (regulier i.p.v. complex) zal leiden tot extra Meerzorg aanvragen. Bent u bereid om de 5VG te scharen onder complexe zorg?	Financiële motieven op zichzelf zijn geen reden om meerzorg aan te vragen. Meerzorg wordt aangevraagd vanwege extra inzet van uren begeleiding of behandeling die op basis van een inhoudelijke vraag nodig zijn. Wij zien in uw vraag dan ook geen aanleiding om 5VG te duiden als complexe zorg.
In regel 38 staan er in de tabel onder tariefpercentage zorgaanbieder met hoofdsector GZ 2 tariefpercentages. Bij de 2 tariefpercentages staat een: *, wat doet	Helaas is de toelichting hierbij inderdaad weggefallen. Wij hanteren 2 tariefpercentages voor de prestatie Behandeling som, pg, vg, lg, zg (AVG)1 H336, namelijk 100% indien de Arts VG

<p>vermoeden dat hier een toelichting bij hoort. De betekenis van dit '*' ontbreekt. Kunt u aangeven welke toelichting er bij '*' hoort?</p>	<p>regionaal ingezet wordt en 95,7% indien de Arts VG niet regionaal ingezet wordt. Als u voor 100% tariefpercentage in aanmerking wil komen, dient u bij uw inschrijving aan te geven dat uw Arts VG regionaal beschikbaar is. Dat houdt in dat Wlz-cliënten buiten uw zorginstelling verwezen kunnen worden naar uw Arts VG.</p>
<p>Voor het bepalen van de VIS tarieven zijn er twee instellingen geweest die de basis hebben gevormd voor deze kostprijs (Visio en Bartimeus). Er is dus geen sprake van een gemiddelde kostprijs gebaseerd op een groot aantal partijen met een bijbehorende spreiding. Waarom denkt u dat wij met een tarief afslag op onze kostprijs kunnen werken?</p>	<p>Zilveren Kruis beantwoordt geen vragen in de Nota van Inlichtingen waarvan het antwoord herleidbaar is tot de bedrijfsvoering van die instelling. Hierover kunt u in gesprek met uw zorginkoper.</p>
<p>Heeft u bij de berekening van de tariefpercentages rekening gehouden met kosten van de in te zetten disciplines en bijbehorende kosten, waaronder ook de kosten van de CAO-stijging en PNIL?</p>	<p>In de maximale tarieven die de NZa aanhoudt, wordt rekening gehouden met deze factoren, in de huidige tarieven dan wel door indexatie. Doordat wij een percentage van dat maximale tarief gebruiken, wordt hier rekening mee gehouden.</p>
<p>Wij leveren zorg in de LG-sector, maar ook de zwaarste categorie (LG7) wordt niet als complex maar als regulier beschouwd. Hoe bent u tot deze afwegingen gekomen en waarom zou LG7 niet complex zijn?</p>	<p>De prestatie LG7 valt voor ons wel degelijk in de categorie complex. Voor die categorie houden wij het richttariefpercentage van 95,7% aan. Het is ons niet duidelijk waarom u meent dat wij LG7 niet als complex beschouwen.</p>
<p>Context: LG indicaties LG 1 tm LG 6 hebben een afslag van 0,5% op het richttarief. Constatering: De afgelopen jaren is de zorg exploitatie van meerdere LG locaties niet dekkend. Dit is o.a. het gevolg van de intensieve (ADL en medische) zorgvraag. Deze tekorten werden doorgaans gedekt door de positieve dekking van de locaties met VG en ZG indicaties. Na corona zien we ook bij deze locaties minder dekking en Odion verlies maakt. Wij hebben minder cliënten met complexere zorg (opslag op tarief), maar meer cliënten met reguliere zorg (afslag tarief). Vraag 1. Waarom wordt er extra gekort op de LG wat niet dekkend is?</p>	<p>Er wordt niet extra gekort op de LG. Wij maken onderscheid in type zorg door een indeling complex versus regulier. Die indeling is gebaseerd op een inschatting op een aantal facetten zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio <p>Voor de profielen LG1 t/m LG6 hebben wij geconcludeerd dat de genoemde punten niet aan de orde zijn.</p>
<p>Context: LG indicaties LG 1 tm LG 6 hebben een afslag van 0,5% op het richttarief. Constatering: De afgelopen jaren is de zorg exploitatie van meerdere LG locaties niet dekkend. Dit is o.a. het gevolg van de intensieve (ADL en medische) zorgvraag. Deze tekorten werden doorgaans gedekt door de positieve dekking van de locaties met VG en ZG indicaties. Na corona zien we ook bij deze locaties minder dekking en Odion verlies maakt. Wij hebben minder cliënten met complexere zorg (opslag op tarief), maar meer cliënten met reguliere zorg (afslag tarief). Vraag 2. De afslag</p>	<p>De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis is zo ontwikkeld, dat het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbeterd. Er zijn dus zorgaanbieders die nadeel ondervinden van de tariefsverlaging, maar over de gehele sector gaan er meer zorgaanbieders op vooruit dan achteruit.</p>

<p>op regulier heeft onevenredig grote impact op Odion. Wij gaan nog meer verlies maken bent u zich daar bewust van?</p>	
<p>In de prestatietabel wordt aan de ZZP's VG5 en VPT's VG5 een tariefpercentage van 95,2% gekoppeld. Dit impliceert dat het zorgkantoor deze indicaties schaaft onder reguliere zorg terwijl deze ZZP's en VPT's onder de categorie zware zorg vallen. Wij vragen u te motiveren om welke reden u deze zware zorg gelijk stelt aan de lichte zorgzwaartepakketten. Voor de ZZP's VG5 is immers Meerzorg aan te vragen wat er op duidt dat het om complexe zorgvragen gaat. Wij vragen het zorgkantoor het tariefpercentage voor de ZZP's en VPT's VG5 gelijk te stellen aan de tariefpercentages van VG6 en VG8.</p>	<p>De indeling complex versus regulier bestaat uit een inschatting op een aantal facetten zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio. <p>De weging van Zilveren Kruis op 5VG is dat er geen direct risico op de zorgplicht is. Daarnaast ontbreekt in de 5VG de component van de psychiatrische zorg.</p>
<p>Met welke reden zijn de tariefpercentages in bijlage 8 voor dagbesteding LG voor de 'lichte' profielen 95,70% en voor profielen 'midden' en 'zwaar' 95,2%? Is hier mogelijk sprake van een fout in de verdeling? Zo nee, kunt u dan toelichten waarom het percentage anders verdeeld is?</p>	<p>De indeling van de profielen licht, midden en zwaar bij de sector LG loopt precies tegenovergesteld tov de ZZP indeling. LG licht -> LG7 LG midden -> LG2, LG4 en LG6 LG zwaar -> LG1, LG3 en LG5</p>
<p>Vis 5 en Aud 3 worden terecht als hoogcomplexe zorg gedefinieerd. In de categorie complexe zorg valt geen enkele ZG-ZZP: alle overige ZG-ZZP's worden als reguliere zorg aangemerkt, ook Vis 4 en Aud 2. Waarom vallen Vis4 en Aud2 in dit zorginkoopbeleid niet in de categorie complexe zorg, zeker in vergelijking met VG6?</p>	<p>De indeling complex versus regulier bestaat uit een inschatting op een aantal facetten zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio. <p>De ZG profielen anders dan ZG Vis 5 en Aud 3, scoren relatief gezien lager op bovenstaande elementen dan bijvoorbeeld VG6 of de andere complexe zorgprofielen. Om die reden zijn die profielen als regulier ingedeeld.</p>
<p>Product H127 en H128 zijn producten inclusief beschikbaarheid. Wat is de inhoud van deze producten en wanneer kan het worden gedeclareerd?</p>	<p>Wij verwijzen u naar de beleidsregels van de NZa, daarin kunt u lezen welke voorwaarden worden gesteld aan het declareren van betreffende prestaties.</p>
<p>De producten H138, H139 en H306 betreffen thuiszorgtechnologie. Hoe beslis je welk product er wordt gedeclareerd bij een combinatie van VP, BG en PV?</p>	<p>U declareert op de prestatiecode waar u anders de fysieke zorg op zou declareren. Als voorbeeld: u zet een medicijndispenser in ter vervanging van het fysiek aanreiken van medicatie. Normaliter declareert u daarvoor persoonlijke verzorging. Omdat u nu ter vervanging de medicijndispenser inzet declareert u op prestatiecode H138 (Thuiszorgtechnologie ten behoeve van persoonlijke verzorging).</p>
<p>De inzet van onze consultants vanuit het Regionaal Expertise Centrum bij cliënten met een Wlz indicatie, kunnen die worden gedeclareerd op Begeleiding Speciaal H153 of</p>	<p>We volgen op dit punt de beleidsregels van de NZa. Voor vragen kunt u contact opnemen met de NZa.</p>

is dit onderdeel van de ZZP en moet dit dus in rekening worden gebracht bij de indicatiehouder?	
Medische verklaring H351 en H353, wat is het verschil tussen deze 2 prestaties?	Dit kunt u lezen in de NZa beleidsregels.
Zorgaanbieders die sectorvreemde zzp's leveren worden geconfronteerd met lagere tariefpercentages dan 95,5%. Waarom gelden voor de V&V zorgaanbieders niet dezelfde percentages voor alle te leveren prestaties, ook als deze sectorvreemd zijn?	We hebben sectorspecifiek inkoopbeleid. Sectorvreemde zorg wordt gefinancierd op basis van het inkoopbeleid van de 'vreemde' sector. Door deze werkwijze worden gelijke prestaties bij alle zorgaanbieders op dezelfde wijze vergoed.
In Bijlage 8 zijn de tariefpercentages voor de verschillende prestaties te vinden. Hierin zien we dat de prestaties H139, H138 en H306 (Thuiszorgtechnologie) het tariefpercentage van de sector volgt. Thuiszorgtechnologie is een breed gedragen innovatie over de sectoren heen en kan hierbij dezelfde winst bereiken. Kan het zorgkantoor beargumenteren waarom er niet voor wordt gekozen om 1 tariefpercentage over de sectoren heen voor het product thuiszorgtechnologie te hanteren? Zo is het voor sommige sectoren interessanter om met thuiszorgtechnologie te gaan werken dan voor andere sectoren; zij ontvangen immers meer geld hiervoor. Hierdoor ontstaan er verschillen tussen de inzet van deze technologie en zorgt voor een scheefgroei in de doorontwikkeling en implementering hiervan. Graag lezen wij de zienswijze van het Zorgkantoor.	Zilveren Kruis heeft ervoor gekozen om de tarieven van de sectoren te hanteren om geen extra administratieve lasten te creëren.
Klopt het dat de verhoging van het tariefpercentage voor VG7 volledig wordt betaald uit de extra middelen die VWS beschikbaar stelt? Zo ja, wat doet het Zorgkantoor met de middelen die vrijkomen voor de tariefverlaging van de lagere VG indicaties?	Dat klopt. De middelen die vrijkomen uit de tariefverlaging worden ingezet binnen ons totaal aan beleidsmaatregelen, zoals gericht contracteren en het stimuleren van regionale samenwerking.
Voor o.a. de extramurale prestaties begeleiding, verzorging en verpleging hanteert u binnen de GZ een afslag van 0,5% op het richttariefpercentage. In de GGZ is er sprake van een opslag van 2,0% op het richttariefpercentage bij deze prestaties. Dit is niet consequent. Ik verzoek u de korting binnen de GZ-sector ongedaan te maken en ook binnen de GZ-sector een opslag van 2,0% toe te passen. Indien u niet akkoord gaat zullen wij een bezwaarprocedure overwegen.	Als zorgkantoor brengen wij prikkels aan in lijn met onze inkoopdoelstellingen, rekening houdend met de sectorale verschillen. In de GGZ worden andere keuzes gemaakt dan in de GZ, waardoor deze verschillen kunnen ontstaan. Wij kiezen binnen de GZ niet voor een financiële prikkel gericht op scheiden wonen en zorg, maar gaan daarover in gesprek met de zorgaanbieders waar wij potentie zien.
De prestaties LG6 en VG5 ziet u als reguliere zorg. In de profielen is echter sprake van intensieve begeleiding en intensieve verzorging. Hierdoor is er m.i. sprake van complexe zorg.	De indeling complex versus regulier bestaat uit een inschatting op een aantal facetten zoals: <ul style="list-style-type: none"> - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag

<p>Ik verzoek u de korting van 0,5% op het richttariefpercentage ongedaan te maken. Gaat u hiermee akkoord? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>- de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio.</p> <p>De profielen die u noemt scoren aanmerkelijk lager op bovenstaande elementen dan de profielen die wij als complex duiden.</p>
<p>de ZZP's ZGAUD 4 en 2 zijn ingedeeld als 'reguliere' zorg.</p> <p>1. hoe bent u tot de indeling hoog complex, complex en regulier gekomen?</p> <p>2. kunt u ons uitleggen waarom de ZZP's ZGAUD2 en ZGAUD4 als regulier zijn ingedeeld?</p> <p>Naar ons idee is namelijk al onze zorg complex of hoog complex. Nu is ZZP ZGAUD3 hoog complex en de ZZP daaronder (ZZP ZGAUD2), net als ZZP ZGAUD 4 en 1, regulier. Wij hadden hier minimaal een meer 'trapsgewijze' afschaling verwacht; Of bij de ZZP ZGAUD2 en 4 een indeling in complex. kijk je naar de prestatietarieven; dan lijkt dit ook passend.</p>	<p>De indeling complex versus regulier bestaat uit een inschatting op een aantal facetten zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een duiding van de doelgroep - het probleemgedrag - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht in de regio. <p>De ZG profielen anders dan ZG Vis 5 en Aud 3, scoren relatief gezien lager op bovenstaande elementen dan de profielen die wij als complex duiden. Om die reden zijn de overige ZG-profielen als regulier ingedeeld.</p> <p>Hoogte van tarieven zegt iets over omvang/hoeveelheid van de zorg en niet noodzakelijk iets over complexiteit van de zorg. Onze indeling complex versus regulier loopt om die reden niet synchroon met de tarieven van de verschillende prestaties.</p>
<p>Waarom wordt er gekozen voor een differentiatie in richttarieven in de vervoersprofielen? Bij vervoer VV staat een richttarief vermeld van 95,5%, bij vervoer GHZ een richttarief van 95,2% en bij GGZ Wonen een richttarief van 97,9%? Kunt u aantonen hoe deze verschillen tot stand komen? Wat maakt het vervoer voor de ene sector anders dan voor de andere sector?</p>	<p>Wij hebben in ons beleid opgenomen dat de tariefpercentages voor sectorvreemde zorg overgenomen worden vanuit de sector eigen zorg. Aangezien de sectoren verschillende richttariefpercentages kennen, verschillen deze tariefpercentages. Wij hebben ervoor gekozen ons beleid 1-op-1 door te voeren, aangezien elke andere keuze ook arbitrair is .</p>
<p>De 6VG en de toeslag Meezorg zijn in de categorie complex geschaard waarvoor het tariefpercentage 95,7% geldt. Hier maken we bezwaar tegen. Ons inziens horen deze prestaties in dezelfde categorie te vallen als de 7VG waarvoor een hoger tariefpercentage (minimaal 100%) nodig is. Kunt u onderbouwen waarom u voor deze prestaties een lager tariefpercentage hanteert? Kunt u onderbouwen waarom u concludeert dat dit tariefpercentage voldoende zou zijn voor het bieden van de benodigde zorg? Wilt u voor al deze prestaties een tariefpercentage van minimaal 100% hanteren? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De signalen die wij krijgen over VG6 ten aanzien van de mate waarin de kostendekkendheid van zorg een risico is voor de zorgplicht, zijn vele malen minder dan de signalen over de andere profielen die wij als hoogcomplex hebben geduid. Om die reden is VG6 niet als hoogcomplex ingedeeld.</p> <p>Wij kiezen in ons beleid voor minder groei op meezorg. Onder andere doordat de complexe profielen een hogere vergoeding krijgen. Het ophogen van het tarief voor meezorg ten opzichte van de huidige tariefpercentages zou haaks op die beweging staan. Om die reden hebben wij ervoor gekozen meezorg op het richttariefpercentage te houden.</p>
<p>Medische verklaring H351 en H353, wat is het verschil tussen deze 2 prestaties?</p>	<p>Wij verwijzen u naar de beleidsregels van de NZa waarin is weergegeven wat het verschil is.</p>

<p>Waarom komt in bijlage 8 prestatietabel regulier specifiek tariefpercentage 2024 wel de prestatie “Gespecialiseerde zorg Syndroom van Korsakov” voor en niet “Gespecialiseerde zorg Huntington”?</p>	<p>Deze prestatie is nog niet opgenomen omdat de betreffende beleidsregel voor 2024 nog niet door de Nza gepubliceerd is. We actualiseren de tabel na publicatie van de beleidsregels.</p>
<p>Context: LG indicaties LG 1 tm LG 6 hebben een afslag van 0,5% op het richttarief. Constatering: De afgelopen jaren is de zorg exploitatie van meerdere LG locaties niet dekkend. Dit is o.a. het gevolg van de intensieve (ADL en medische) zorgvraag. Deze tekorten werden doorgaans gedekt door de positieve dekking van de locaties met VG en ZG indicaties. Na corona zien we ook bij deze locaties minder dekking en Odion verlies maakt. Wij hebben minder cliënten met complexere zorg (opslag op tarief), maar meer cliënten met reguliere zorg (afslag tarief). Vraag 3. Hoe denkt u de Meezorg af te kunnen remmen als de Meezorg gekort wordt</p>	<p>Zilveren Kruis kort niet op meezorg. We verwachten groei op meezorg. We willen wel graag afspraken maken om de groei af te remmen. Dat is iets anders dan meezorg afremmen of meezorg korten.</p>
<p>Context: LG indicaties LG 1 tm LG 6 hebben een afslag van 0,5% op het richttarief. Constatering: De afgelopen jaren is de zorg exploitatie van meerdere LG locaties niet dekkend. Dit is o.a. het gevolg van de intensieve (ADL en medische) zorgvraag. Deze tekorten werden doorgaans gedekt door de positieve dekking van de locaties met VG en ZG indicaties. Na corona zien we ook bij deze locaties minder dekking en Odion verlies maakt. Wij hebben minder cliënten met complexere zorg (opslag op tarief), maar meer cliënten met reguliere zorg (afslag tarief). Vraag 4. De LG 6 indicatie is voor de meest complexe LGNAH zorg. Kunt u aangeven waarom u deze als reguliere zorg beschouwt en een korting op het tarief zet?</p>	<p>De indeling tussen reguliere zorg, complexe zorg en hoog complexe zorg is gemaakt op basis van een aantal variabelen, waaronder de mate van gedragsproblematiek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de (beschrijving) van de mate van probleemgedrag 2) de benodigde psychiatrische zorg 3) de mate waarin financiële tekorten een risico vormen voor de toegankelijkheid van de zorgplicht in de regio. <p>Wij schatten de LG (6) op basis van deze variabelen in als reguliere zorg en niet als (hoog) complex.</p> <p>De korting is erop gebaseerd dat Zilveren Kruis (in de jaarrekeningresultaten) constateert dat er in de breedte in de GZ meer financiële ruimte zit op de reguliere zorg en dat er tekorten zijn op de (hoog) complexe zorg. Door een opslag te bieden voor de hoog complexe zorg en een afslag te doen op de reguliere zorg, koopt Zilveren Kruis op doelmatige wijze zorg in en zorgt daarbij vanuit de zorgplicht voor een betere spreiding van de beschikbare middelen. Het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert dan ook licht door deze tariefdifferentiatie.</p>
<p>Context: Tarief voor vervoer krijgt extra afslag van 0,5%. Constatering: de vervoerskosten zijn 13% gestegen in 2023. De tarieven van de vervoerder stijgen. GZ wordt gekort en GGZ niet. Dit lijkt niet terecht. Vraag: hoe kunnen wij</p>	<p>Zilveren Kruis voert een sectoraal beleid om optimaal in te kunnen spelen op de zorgplicht per sector. Daarvoor nemen we per sector dan ook verschillende maatregelen.</p>

<p>het vervoer dekkend krijgen nu de tarieven gekort worden? Kunt u aangeven waarom GZ wel gekort wordt en de GGZ niet? De GGZ cliënten kunnen vaker zelfstandig(er) reizen dan GZ (VG en LG) cliënten?</p>	<p>In de GZ deelt Zilveren Kruis zorg in naar 3 onderdelen, namelijk reguliere zorg, complexe zorg en hoog complexe/essentiële zorg. Het vervoer beschouwen wij als reguliere zorg en op de reguliere zorg zien wij (in de breedte van de sector en de zorg) aanleiding om dit doelmatiger in te kopen vanwege positieve resultaten.</p> <p>De NZa indexeert de maximumtarieven voor loon- en kostenontwikkelingen.</p>
<p>De tarieven van de Intramuraal - gehandicaptenzorg VG (vanaf regel 198) geven een ander percentage weer afgaande van regulier en specifiek. Regulier werd benoemd als zijnde 95,2% en specifiek zou een tarief bevatten van 95,7%. Z432, Z433, Z440,Z441, Z442, Z443, Z454, Z455, Z456 en Z457 zijn specifiek en het percentage is 95,2%. Kloppen deze percentages wel? Kunt u die onderbouwen?</p>	<p>De indeling in regulier of specifiek is niet bepalend voor het tariefpercentage. De indeling in reguliere zorg, complexe zorg of hoog complexe/essentiële zorg wel. Deze indeling is gemaakt op basis van onderstaande variabelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de (beschrijving) van de mate van probleemgedrag 2) de benodigde psychiatrische zorg 3) de mate waarin financiële tekorten een risico vormen voor de toegankelijkheid van de zorgplicht in de regio.
<p>In deze bijlage wordt duidelijk gemaakt welke prestaties door het zorgkantoor worden gezien als reguliere zorg, complexe zorg en hoog complexe zorg. Onduidelijk is op grond van welke criteria deze indeling wordt gemaakt. Ik verzoek u de criteria te publiceren waarom dit onderscheid is gebaseerd. Indien u niet ingaat op dit verzoek overwegen wij bezwaar aan te tekenen.</p>	<p>Het betreft een score van de zorgprofielen op de elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mate van probleemgedrag - mate van psychiatrische ondersteuning - mate waarin financiële tekorten leiden tot risico's voor de zorgplicht in de regio
<p>Voor Meerzorg geldt een percentage van 95,7%. Indien er voor een client met een ZZP VG5 Meerzorg wordt toegekend geldt dan voor het ZZP ook dit percentage. Er is dan immers geen sprake van reguliere zorg maar van complexe zorg.</p>	<p>Nee, u treft de vergoeding per profiel, prestatie of toeslag in bijlage 8. Aanvullend daarop kunt u meerzorg aanvragen, waarvoor een eigenstandig tariefpercentage geldt.</p> <p>De indeling in reguliere zorg, complexe zorg of hoog complexe/essentiële zorg is gemaakt op basis van onderstaande variabelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de (beschrijving) van de mate van probleemgedrag 2) de benodigde psychiatrische zorg 3) de mate waarin financiële tekorten een risico vormen voor de toegankelijkheid van de zorgplicht in de regio.
<p>Vorig jaar werd een deel van het tarief (namelijk 0,2%) ingezet voor regionale ontwikkelingen. Waarom is deze ruimte niet toegevoegd aan het richtpercentage?</p>	<p>Het klopt dat we nu geen aparte middelen meer uit de contracteerruimte reserveren voor regionale ontwikkeling. Deze middelen benutten we nu voor financiering van de reguliere zorg. Een deel van de zorgaanbieders krijgt een tariefpercentage van 95,5%. Voor zorgaanbieders met een rol essentiële voorzieningen geldt een</p>

	tariefpercentage van 96,0%. Deze zorgaanbieders krijgen hiermee een hoger percentage. De ruimte die beschikbaar is gekomen vanuit de 0,2% voor regionale ontwikkeling is hiervoor benut.
--	--

Bijlage 9 Betaalbeleid 2024

Vraag	Antwoord
De crisisafspraken worden in maart en december uitbetaald. Ten gevolge hiervan levert een aanbieder voor een deel van het jaar dus zorg waarbij de vergoeding op een later moment komt. Is het mogelijk om een derde betaaltermijn toe te voegen rond augustus/september zodat de aanbieder meer continuïteit heeft in de uitbetaling van crisiszorg?	De huidige betaalprocedure gaat uit van betalingen in maart en december. Mocht dit voor uw organisatie tot problemen leiden, dan adviseren wij u hiervoor contact op te nemen met uw zorginkoper.

Bijlage 10 Overzicht gericht contracteren

Vraag	Antwoord
(1. Kinderen met complexe zorgvraag) Is de beschikbaarheid van capaciteit van crisisbedden een voorwaarde om een plan van aanpak in te dienen?	Nee, dat is geen voorwaarde om een plan van aanpak in te dienen.
(4. Man met een lichte verstandelijke beperking) Is de beschikbaarheid van capaciteit van crisisbedden een voorwaarde om een plan van aanpak in te dienen?	Nee, dat is geen voorwaarde om een plan van aanpak in te dienen.
In hoeverre is aanmelding voor het leveren van zorg zoals in de profielen beschreven later in het inkoopproces c.q. gedurende de contractperiode optioneel volgens de voorwaarden en voordelen zoals beschreven in profiel 10 en het bijbehorende beleid?	Dat is afhankelijk van de mate waarin Zilveren Kruis kan voorzien in het gewenste zorgaanbod bij inschrijving. Als bij inschrijving voldoende zorgaanbod kan worden gecontracteerd, dan sluit de inschrijving. Als de inkoopvraag niet volledig kan worden ingevuld, dan staat het zorgkantoren vrij om alsnog (aanvullende) inkoopafspraken te maken voor de invulling van de zorgplicht.
T.a.v. Profiel 4 Man met LVB: wat wordt er bedoeld met niet vrijwillige zorg? Betekent dit het bieden van onvrijwillige zorg of een onvrijwillige plaatsing?	Wij zien dat veelal een onvrijwillige plaatsing het geval is bij dit profiel, daarnaast is het ook aannemelijk dat wzd- maatregelen nodig zijn om passende zorg te bieden.

<p>De volgende vragen: 1. Kunt u toelichten hoe tot de eisen is gekomen horende bij de profielen in bijlage 10 en 2. of dit als harde eisen gelden en 3. onder welke reguliere prestaties er per profiel gelden?</p>	<p>1. Dit zijn de milieus/profielen die Zilveren Kruis het meest (intensief) moet bemiddelen, omdat er onvoldoende of geen zorgaanbod is. De lijst is opgesteld door onze Interventie Managers van het Serviceteam langdurige zorg.</p> <p>2. Zoals in bijlage 2 staat toetst Zilveren Kruis op de mate waarin uw aanbod voldoet aan onze eisen voor de expertise en milieus (harde eis). De geschetste profielen zijn indicatief.</p> <p>3. De prestaties per profiel zijn afhankelijk van uw zorgaanbod.</p>
<p>Het overzicht op pagina 1 geeft in aantallen weer wat het totaal benodigd aanbod is. Het is niet duidelijk of het hier gaat om totaal aantal productieplaatsen of bijvoorbeeld totaal aantal voorzieningen (en daarmee dus meer productieplaatsen). Kunt u toelichten waar de aantallen voor staan onder 'totaal benodigd aanbod'?</p>	<p>Dit betreft productieplaatsen.</p>
<p>U stelt dat bij de inschrijving per 28 juli de interesse kenbaar gemaakt kan worden voor welke complexe cliëntdoelgroepen een aanbieder wil inschrijven voor het gericht contracteren. Hierbij vraagt u contouren van een plan van aanpak. Is het ook mogelijk om enkel de interesse kenbaar te maken en eerst vanuit een dialoog dan wel inkoopgesprek een verdere verkenning met elkaar te voeren? Vanwege de complexiteit van de doelgroep en de tijdsdruk om voor 28 juli een plan van aanpak op te stellen willen wij verzoeken deze mogelijkheid toe te staan. Staat u hier voor open?</p>	<p>Aan het in te dienen plan van aanpak zijn geen harde uitsluitingscriteria verbonden. We gaan in gesprek en zijn blij met initiatieven die het tekort op deze zorgprofielen kunnen tegengaan.</p> <p>We willen u wel nadrukkelijk uitnodigen om uw plan vooraf te schetsen. Dit geeft het zorgkantoor namelijk de gelegenheid om zo goed mogelijk het overall beeld op te stellen en op basis daarvan het zorgaanbod in te vullen met u en andere zorgaanbieders.</p>
<p>Mag je met één of meerdere collega zorgaanbieders uit de regio gezamenlijk inschrijven? Zo ja, vraagt dit om 1 penvoerder / hoofdaannemer of kunnen de betrokken organisaties met elkaar hetzelfde plan van aanpak indienen zodat alle partijen en niet alleen de penvoerder / hoofdaannemer ingekocht/gegund wordt? Als het ZK hierop regie neemt, zou Abrona hier graag in samenwerken en voortouw te nemen als ZK signalen hoort van andere zorgaanbieders: onderzoeksvraag.</p>	<p>Samenwerken is toegestaan. Het gaat Zilveren Kruis erom dat we de juist expertise organiseren op deze zorgplekken. Als de betrokken zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor de Wlz kan de zorg bij hen ingekocht worden. Het lijkt ons op voorhand het meest overzichtelijk om te werken met 1 hoofdaannemer, maar staan open voor het gesprek over de vormgeving van uw plan.</p>
<p>Begrijp ik goed dat u een aantal plaatsen heeft waarop u specifiek aanbod inkopen voor complexe cliëntgroepen en dat het totaal benodigde aanbod per cliëntgroep het daadwerkelijke aantal plaatsen voor een cliënt zijn?</p>	<p>Ja, onder "totaal benodigd aanbod" staat het aantal plaatsen (voor cliënten) per profiel dat wij in totaal in willen kopen.</p>

<p>In welke prestaties (declaratiecodes) kunnen de profielen vallen van de specifieke doelgroepen waarvoor gericht wordt gecontracteerd?</p>	<p>Dat is afhankelijk van uw zorgaanbod/plan van aanpak. We gaan daar graag met u over in gesprek.</p>
<p>Wij leveren zorg aan een doelgroep met profiel 2 en 4 zoals die beschreven staan in bijlage 4. Om aanspraak te maken op het gericht contracteren moeten we dan voorzieningen voor alleen deze doelgroepen realiseren of mogen deze binnen een al bestaande woonzorglocatie zijn? Is het gericht contracteren bedoeld om nieuw aanbod te realiseren of mag bestaand aanbod worden doorontwikkeld</p>	<p>Ons beleid is bedoeld om nieuw aanbod te realiseren. De vergoeding is bedoeld om te ondersteunen bij het opzetten van een dergelijke voorziening. Indien er binnen een bestaande voorziening mogelijkheden zijn om door te ontwikkelen, dan is dat echter ook een optie. U kunt bij uw inschrijving aangeven dat u deel wilt nemen en dit met uw inkoper bespreken.</p> <p>Een voorziening hoeft niet alleen voor deze doelgroep geschikt te zijn, maar wij zetten deze middelen alleen in voor die plekken die voldoen aan hetgeen wij zoeken. Oftewel: wij dragen niet bij aan de overige plekken die gelijktijdig ontwikkeld worden.</p>

Wij helpen u graag verder



Kijk op

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>



Post

Zilveren Kruis Zorgkantoor

T.a.v. Zorginkoop, Zorgtoewijzing, Helpdesk iWlz of Overige zorg

Postbus 353

8000 AJ Zwolle



Contact

Ga naar 'contact' op onze website www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor

en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 08.30 - 17.00 uur

Deze Nota van inlichtingen is een uitgave van het Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. KvK 34245138.

Dit document kunt u downloaden op <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>

Disclaimer

De informatie die u aantreft komt van betrouwbare bronnen en is bijgewerkt tot en met 7 juli 2023.