



Nota van inlichtingen

**Bijlagen van Inkoopbeleid Wlz 2024-2026
Geactualiseerd voor 2025**

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij de bijlagen van het voor 2025 geactualiseerde Inkoopbeleid Wlz 2024-2026.

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid Wlz 2024-2026, geactualiseerd voor 2025.

De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in de bijlagen. U leest hieronder een toelichting op deze aanpassingen en op welke bijlagen de aanpassingen betrekking hebben.

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. Vragen over ongewijzigde delen van het beleid zijn niet inhoudelijk beantwoord.

Vragen over 2024 zijn géén onderdeel van deze Nota van Inlichtingen.

In deze Nvl worden alleen vragen beantwoord over de gewijzigde delen voor 2025 van het inkoopbeleid 2024-2026. Vragen over de Nota van Wijzigingen 2024 vallen dus niet binnen de reikwijdte van deze Nvl. We hanteren voor 2025 echter dezelfde tariefssystematiek als omschreven in de Nota van Wijzigingen 2024, waardoor deze Nota van Inlichtingen daarover de relevante inzichten verschaft.

De Nota van Inlichtingen gaat voor op Inkoopbeleid Wlz 2024-2026, geactualiseerd voor 2025.

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

Overzicht correcties en aanvullingen op de bijlagen bij het inkoopbeleid

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025 – 2026

In bijlage 1 is één wijziging verwerkt:

In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2025

In bijlage 2 is één wijziging verwerkt:

In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.

Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden 2025

In bijlage 4 zijn twee wijzigingen verwerkt:

In hoofdstuk 2: Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren, paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ), is toegevoegd: 'De gewijzigde RIZ is op 18 juni 2024 met toevoeging van de aanspraken DZEP en GP+ in de Staatscourant gepubliceerd. [stcrt-2024-18860.pdf \(officielebekendmakingen.nl\)](https://stcrt-2024-18860.pdf)'.

In hoofdstuk 2: Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren, paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ), is voetnoot 7, de laatste zin, 'De link voor GP+ en DZEP wordt gepubliceerd bij de Nvl' gewijzigd in: De link van D-zep: [Zorglandschap D-zep - D-ZEP \(dzep.nl\)](https://www.zorglandschap-dzep.nl) De link voor GP+ is bij publicatie van Nvl nog niet beschikbaar

De actuele versie van het zorginkoopbeleid en de bijlagen vindt u op onze website (www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor).

1 Bijlagen

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL</i>	
Klopt het dat deze overeenkomst van toepassing is op de zorgaanbieders die een meerjarig contract hebben ondertekend?	Ja, mits de zorgaanbieders de instemmingsverklaring voor 2025 hebben ondertekend bij zorgkantoren waarbij deze van toepassing is.
Is het afsluiten van deze overeenkomst (bijlage 1 periode 2025-2026) een voorwaarde voor een zorgaanbieder die reeds vorig jaar eenzelfde overeenkomst voor de periode 2024-2026 heeft afgesloten?	Een zorgaanbieder die een meerjarig contract in de zin van de Wlz-overeenkomst 2024-2026 heeft gesloten met een zorgkantoor, dient met het oog op 2025 een instemmingsverklaring bij dat zorgkantoor in te dienen waarin hij onder andere verklaart dat hij uiterlijk op de datum van inschrijving de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 met bijbehorende bijlagen aanvaardt. Daarmee gelden de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 ook voor hem.
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	
<i>DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGEBONDEN AFSPRAKEN</i>	
<i>Indien van toepassing: Voorwaardelijke bepalingen</i>	
<i>DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL</i>	
<i>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</i>	
Waarom is artikel 22 lid 9 niet meer opgenomen in de overeenkomst? (Bepalingen van deze overeenkomst die materieel van betekenis blijven nadat de overeenkomst is geëindigd, behouden hun betekenis. Partijen kunnen van die bepalingen naleving verlangen.).	Dit artikel is geschrapt aangezien dit punt al geregeld is middels artikel 19 lid 6 van Deel III: Algemeen deel.
<i>Intentie en afbakening</i>	

<i>Begrippen</i>	
<i>Hoofdstuk 1: Levering van zorg</i>	
Art 1 lid 2. Kan de Wvggz worden gelijkgesteld aan de Wzd? Als specialistische GGZ aanbieder leveren wij geen zorg op grond van de Wzd, maar wel op grond van de Wvggz.	Nee, deze kan daaraan niet worden gelijkgesteld. Artikel 1 lid 2 zullen wij daarop aanpassen.
<i>Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens</i>	
Art. 11 lid 1 en 2. Gaat het hier ook om vertrouwelijke patiëntinformatie? Wij hebben bezwaar tegen het verstrekken van vertrouwelijke informatie.	In principe niet tenzij het voor de uitvoering van de Wlz noodzakelijk is.
Artikel 11 lid 2. Worden hieronder ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken?	Ja, hieronder worden ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken.
Artikel 11 lid 2 onder f) van Deel III: Algemeen deel. U beschrijft: "Het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag of kwaliteitsbeeld conform de relevante kwaliteitskaders. De zorgaanbieder in de VV-sector stelt zo spoedig mogelijk doch in elk geval uiterlijk 1 juli van het daaropvolgende kalenderjaar (jaar t + 1) het kwaliteitsverslag en uiterlijk 31 december van het lopende jaar (jaar t) een kwaliteitsplan beschikbaar aan het zorgkantoor." De verwachting is dat per 1 juli 2024 het kwaliteitskompas VV in werking treedt. Gekoppeld daaraan is afgesproken dat er géén sprake meer is van een kwaliteitsplan en -verslag, maar van een kwaliteitsbeeld dat één keer per jaar moet worden aangeleverd. Wij gaan ervan uit dat u aansluit bij deze landelijke ontwikkelingen en dit daarom aanpast in de overeenkomst. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet? Zo nee, dan maken wij daar bezwaar tegen	Zorgkantoren sluiten hierbij aan op de landelijke ontwikkelingen. Er is sprake van een 'verwachting'. Dat geeft op dit moment geen aanleiding om de overeenkomst aan te passen. Mocht de verwachting werkelijkheid worden, dan zal elk zorgkantoor aan de zorgaanbieders laten weten hoe hiermee omgegaan moet worden in relatie tot wat in de overeenkomst is opgenomen.
<i>Hoofdstuk 3: iWlz</i>	
<i>Hoofdstuk 4: Controle</i>	
<i>Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling</i>	

<i>Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming</i>	
<i>Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst</i>	
<i>Hoofdstuk 8: Slotbepalingen</i>	
<i>Bijlage A: lijst van regio's</i>	

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2025

Vraag	Antwoord
<i>DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL</i>	
<i>DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS</i>	
<i>DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGEBONDEN AFSPRAKEN</i>	
<i>Indien van toepassing: Voorwaardelijke bepalingen</i>	
<i>DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL</i>	
<i>DEEL III: ALGEMEEN DEEL</i>	
<i>Intentie en afbakening</i>	

<i>Begrippen</i>	
<i>Hoofdstuk 1: Levering van zorg</i>	
<i>Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens</i>	
<i>Hoofdstuk 3: iWlz</i>	
<i>Hoofdstuk 4: Controle</i>	
<i>Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling</i>	
<i>Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming</i>	
<i>Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst</i>	
<i>Hoofdstuk 8: Slotbepalingen</i>	
<i>Bijlage A: lijst van regio's</i>	

Bijlage 3A Bestuursverklaring 2025

Vraag	Antwoord
<i>Algemene gegevens</i>	

<i>2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).</i>	
In hoeverre is het verplicht om alle details inzake het privacy beleid op de website te publiceren? Zo nee, welke andere manieren zijn acceptabel om de details kenbaar te maken?	In de Bestuursverklaring, onder onderdeel 2a. Eisen van bekwaamheid, staat aangegeven welke eisen worden gesteld aan het privacy-beleid dat op de website van de zorgaanbieder gepubliceerd moet staan en wat daarin voor klanten in ieder geval duidelijk moet zijn.
Het kenbaar maken van nieuwe onderaannemers vooraf is volgens ons niet realistisch, kan dit anders georganiseerd worden?	Het zorgkantoor is van mening dat dit wel realistisch is en zal de wijze waarop dit georganiseerd is, handhaven.
<i>3. Het zorgkantoor sluit de zorgaanbieder uit waarop één of meer van de volgende uitsluitingsgronden van toepassing zijn.</i>	
<i>4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).</i>	
<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>	
<i>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.</i>	
<i>Bijlage 1: Aan te leveren documenten</i>	
<i>Bijlage 2: Onderaannemerschap</i>	
<i>Bijlage 3: Lijst met zorgkantoorregio's en zorgkantoren</i>	
<i>Bijlage 4: Lijst van regio's</i>	

Bijlage 3B Instemmingsverklaring 2025

Vraag	Antwoord
<i>Algemene gegevens</i>	
<p>Moet een uitzendbureau waar de medewerkers in loondienst zijn ook aangemeld worden als onderaannemer bij het zorgkantoor?</p>	<p>Ja, dat is het geval. Een uitzendbureau wordt wel gezien als een onderaannemer. Zie ook wat in de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024 van de NZa in Artikel 8 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders is opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. (....) Toelichting (....) Artikelsgewijs (....) Artikel 8, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p>
<p>Instemmingsverklaring: Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. Is het voor u mogelijk het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren? Indien dit niet haalbaar is, staat u er dan voor open om middels brede afstemming (met aanbieders en branches zoals VGN en Actiz) te komen tot een gedragen Voorschrift?</p>	<p>Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.</p>

<i>Ondertekening</i>	
Zien jullie medewerkers die in loondienst zijn bij een uitzendbureau ook als onderaannemer?	Nee. Bij een uitzendbureau met medewerkers in loondienst gaan wij ervan uit dat de daadwerkelijke zorg is doorgecontracteerd aan het uitzendbureau en niet aan de medewerkers in loondienst. In dat geval dient het uitzendbureau als onderaannemer beschouwd te worden.
Is bij tussentijdse wijziging van bestuurder bij inschrijving van bestaande zorgaanbieder een instemmingsverklaring voldoende?	Als de bestaande zorgaanbieder conform de inkoopprocedure een instemmingsverklaring moet indienen en er is tevens sprake van een tussentijdse wijziging van bestuurder, dan dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.
Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. We verzoeken dan ook het Voorschrift zorgtoewijzing met de NvI te publiceren. Indien dit niet haalbaar is hierover brede afstemming te hebben met de branches (o.a. VGN en Actiz) om tot een gedragen Voorschrift te komen. Staat u hiervoor open?	Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van de Nota van Inlichtingen te publiceren. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.
Het Voorschrift zorgtoewijzing is onderdeel van de overeenkomst, echter is de gewijzigde inhoud momenteel niet bekend. Is het mogelijk bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2025 eventueel aanvullende vragen en bezwaren te stellen? Gelieve uw antwoord te motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen aparte procedure voor vragen en antwoorden dan wel gelegenheid om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
Wij zijn een bestaande aanbieder en onze Raad van Bestuur is uitgebreid van 1 naar 2 bestuurders. Moeten wij een nieuw uittreksel KvK aanleveren in Vecozo bij de inschrijving? 2. Indien ja, hoe oud mag dit document maximaal zijn bij het moment van inschrijven?	Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. In dit geval dient u een afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK bij uw inschrijving te voegen. Een afschrift dat wordt aangeleverd bij de inschrijving dient niet ouder te zijn dan zes maanden.
<i>Bijlage 1 Onderaannemerschap</i>	

--	--

Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden

Vraag	Antwoord
<i>1. Inleiding</i>	
Is het de verwachting dat er bij de BORG-instellingen voldoende SGLVG-zorg kan worden ingekocht? Hoe worden andere zorgaanbieders hiervan op de hoogte gesteld?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Is het mogelijk om tussentijds in te schrijven of uit te breiden op SGLVG? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
In de aanvullende inkoopvoorwaarden staat dat je om in aanmerking te komen voor het leveren van SGLVG-zorg, in eerste instantie, lid moet zijn van de BORG, dit mag wettelijk niet. Op welke wijze kan hiervan worden afgeweken?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
In paragraaf 6.2 wordt gesproken over effectieve technologie en innovatie. De volgende vragen hierbij: - Wat is het beleid van het zorgkantoor om dit te realiseren? - Valt digitalisering hier ook onder en welke afspraken kunnen of moeten daarover worden gemaakt? Wat is de beleidsruimte voor de zorgaanbieders m.b.t. digitalisering, innovatie en de inzet van zorgtechnologie? Beperkt deze inzet zich tot 3 bewezen successen of moet er meer gebeuren, wordt er meer verwacht?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
<i>2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)</i>	
In hoeverre kunnen aanbieders in aanmerking komen voor financiering van algemene /preventieve voorzieningen als dit pas in september duidelijk is of het wetsvoorstel in werking treedt (2.5)	Dat weten wij op dit moment nog niet. Wij kunnen zorgaanbieders pas informeren als de wet in werking treedt en als duidelijk is wat de wet precies inhoudt en op welke wijze en waarvoor financiering plaatsvindt.
Het wetsvoorstel moet het mogelijk maken voor de zorgkantoren om domeinoverstijgend buiten de langdurige zorg middelen in te zetten. Vragen hierbij zijn: - Over welke middelen is hier sprake? - Worden deze middelen onttrokken aan het budget voor langdurige zorg of betreft het een aanvullend budget?	Daarover bestaat op dit moment nog onvoldoende duidelijkheid.
<i>2.8. Laag Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)</i>	

<p>Bij het bepalen van de landelijk maximale capaciteit is gesproken 125.000 plekken en 5.000 voor bijzondere doelgroepen. Wij worden per 1-1-2025 een REC voor een van de LVHC-groepen (D-ZEP). Wordt deze capaciteit meegenomen onder de 5.000 van de bijzondere doelgroepen?</p>	<p>Zorgkantoren hebben de opdracht de intramurale capaciteit voor V&V te maximeren op 125.000 met richting 2027 ruimte voor een relatieve stijging van 5.830 in verband met eerder vastgestelde onomkeerbare plekken. Wij gaan er vanuit dat de capaciteit voor de V&V gerelateerde LVHC doelgroepen onderdeel uitmaakt van de totale ruimte van 125.000 plekken.</p>
<p>Op welke manier kan aanspraak worden gemaakt op maatwerkafspraken wanneer er sprake is niet kostendekkende tarieven op de (hoog) complexe zorg?</p>	<p>Deze vraag heeft geen betrekking op de zorg voor de LVHC-doelgroepen die in bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden is bedoeld. Uw vraag kunnen wij daarom in dit kader niet beantwoorden.</p>
<p>Zijn de zorgkantoren, in navolging van één van hen, bereid om NAH+ ook op deze manier in te gaan kopen, aangezien er voor deze doelgroep onvoldoende plekken zijn.</p>	<p>Het is nog niet duidelijk of en wanneer zorgkantoren LVHC zorg voor NAH+ kunnen inkopen. Dit is landelijk nog in bespreking met diverse partijen, waaronder VWS, NZa, Actiz, VGN en ZN. Het zorgkantoor bepaalt overigens niet zelf bij wie zij deze zorg inkopen. Het expertisecentrum NAH+ bepaalt namelijk in overleg met de zorgaanbieders hoe het zorglandschap NAH+ er uit gaat zien. Oftewel welke zorgaanbieders zich gaan ontwikkelen tot een REC of DEC en hoeveel plekken daarvoor nodig zijn. Zorgkantoren geven hierover advies en de CELZ stelt het zorglandschap vast. Zorgkantoren maken alleen afspraken met zorgaanbieders die in het zorglandschap zijn opgenomen en beschikken over een positief deskundigenadvies van de CELZ.</p>
<p>Met ingang van het jaar 2025 kopen zorgkantoren ook GP in. Zien zorgkantoren in de regio de vraag groeien in de markt? Zo ja, in welke regio's vindt deze groei plaats?</p>	<p>Uw vraag gaat over de inkoop van GP in relatie tot de groei. Hierover kunt u contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor. De inkoop van LVHC heeft betrekking op de doelgroep GP+. Het aantal plaatsen GP+ dat zorgkantoren inkopen is gemaximeerd en is vastgesteld door de CELZ in het zorglandschap en in het positief deskundigenadvies voor GP+.</p>
<p>In paragraaf 2.8 van de aanvullende inkoopvoorwaarden 2025 schrijft u over de instroom van de LVHC doelgroepen Gerontopsychiatrie (GP+) en dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP): "De inkoop van deze twee doelgroepen is onder voorbehoud van publicatie van de NZa beleidsregels met de prestatieomschrijvingen en de tarieven voor LVHC zorg en de wijzigingen in de Regeling langdurige zorg (Rlz) per 1 juli 2024." In bestuurlijk overleg tussen VWS, ZN, NZa en branches is formeel besloten dat deze doelgroepen per 1 januari 2025 instromen. Wij als zorgaanbieder zijn aangewezen als [REC/DEC van GP+/DZEP] en hebben duidelijkheid nodig. Kunt u bevestigen dat wij als [REC/DEC] in 2025 LVHC zorg kunnen</p>	<p>In het bestuurlijk overleg is inderdaad besloten dat zorgkantoren per 1 januari 2025 de GP+ en DZEP inkopen. Wij kunnen dit echter pas doen als de gewijzigde RLZ in de staatscourant is gepubliceerd en de NZa de beleidsregels met prestaties en tarieven publiceert. Zorgkantoren hebben geen redenen om te verwachten dat publicatie niet tijdig plaatsvindt. Toch moeten wij dat voorbehoud maken, omdat zorgkantoren geen zorg kunnen inkopen zonder opname van de betreffende aanspraken in de wet en zonder opname van de betreffende prestaties en tarieven in de beleidsregels van de NZa. De gewijzigde Rlz is inmiddels gepubliceerd in de Staatscourant: stcrt-2024-1886 (officielebekendmakingen.nl).</p>

leveren conform afspraak? Zo nee, waarom niet?	
--	--

Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025

Vraag	Antwoord
<i>Reikwijdte van het document</i>	
<i>Artikel 1. Algemeen</i>	
<i>Artikel 2. Identificatie en verificatie</i>	
<i>Artikel 3. Declareren</i>	
U geeft aan op pagina 3, artikel 3.11: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.' Vraag; Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.
<i>Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels</i>	
U geeft aan op pagina 3, Artikel 4.2: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen'. Vraag; Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.
U geeft aan op pagina 3, artikel 4.7: 7. Indien sprake is van tussentijdse (gedurende het lopende jaar) aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, dan kan het zorgkantoor besluiten om, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, deze tariefsaanpassing gedurende het lopende jaar met terugwerkende	Wij zullen deze wijziging niet ongedaan maken. Deze wijziging is doorgevoerd om aan het zorgkantoor de mogelijkheid te bieden om bij een tussentijdse tariefsaanpassing, deze tariefsaanpassing met terugwerkende kracht toe te passen, naast de mogelijkheid om dat vanaf een bepaald (toekomstig) moment in het lopende jaar te doen (zie artikel 4.8). In beide situaties zal het zorgkantoor de administratieve lasten in de

kracht tot uiterlijk de eerste dag van dat lopende jaar in het declaratieverkeer toe te passen. Verzoek is om deze voorgestelde wijziging ongedaan te maken (te behouden zoals bestaand artikel), in het kader van administratieve lasten die hiermee gepaard zullen gaan.	overwegingen meenemen en een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
In lid 7 wordt aangegeven dat het zorgkantoor tarieven met terugwerkende kracht kan aanpassen, in lid 8 de mogelijkheid om dit niet met terugwerkende kracht te doen, maar vanaf een bepaald moment. Welke garantie geeft ons dit als zorgaanbieder over wel of niet aanpassen van de tarieven gedurende het jaar?	Indien er sprake is van een tussentijdse aanpassing van de tarieven, bepaalt het zorgkantoor zelf hoe het hiermee om wil gaan. Het zorgkantoor zal bij een besluit in het kader van lid 7 of lid 8 in ieder geval een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
<i>Artikel 5. Retourinformatie</i>	
<i>Artikel 6. Bevoorschotting</i>	
<i>Artikel 7. Controles door het zorgkantoor</i>	
Punt 1 controles achteraf; Kunt u toevoegen?: controles achteraf kunnen enkel worden doorgevoerd voor de aangegeven datum zoals vermeld in art 4. punt 6. Correcties uit controles achteraf na deze datum zullen niet meer worden verwerkt via een declaratie.	Dit zullen wij niet toevoegen.
<i>Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens in AGB register</i>	

Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz

Vraag	Antwoord
<i>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</i>	
Is bij het bepalen van het richttarief VenV rekening gehouden met de extra overheidskorting op de NZa tarieven VenV 2025 en zo nee, volgt er dan nog een bijstelling naar boven?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit

	de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT-zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? - Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?	Indien voor 2025 en later dezelfde systematiek wordt gebruikt, zal de set bepaald worden door dezelfde uitgangspunten (dat wil zeggen: als de gegevens van de zorgaanbieder beschikbaar zijn, gaat de aanbieder mee in de berekening). Dit betekent dat het onwaarschijnlijk is dat exact dezelfde 458 aanbieders voor 2025 gebruikt zullen worden die ook voor 2024 nu zijn gebruikt, maar dat de overlap tussen de twee sets groot zal zijn.
Er staat dat de Nza heeft laten weten dat het kostenonderzoek meer tijd nodig heeft en de tarieven pas in 2026 aangepast zullen worden. Uitzondering hieronder is het VG7 tarief. In hoeverre wordt hiermee een evt. opslag i.r.t. de bepaling van het landelijk richttarief percentage rekening mee gehouden?	Met het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. De tariefpercentages van Zilveren Kruis worden toegepast op de NZa tarieven. Als de NZa het VG7 tarief verhoogt voor 2025, dan wordt het tariefpercentage toegepast op het hogere NZa tarief.
Op blz. 6 staat: Daarnaast zal elk jaar op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen worden berekend of het richttariefpercentage aanpassing behoeft. Wat verstaat u onder 'meest recent'?	Dit zijn de jaarverslagen die in het Intrakoopbestand van medio juli zijn opgenomen over t-2. Waarbij t het betreffende beleidsjaar is, dus voor beleidsjaar 2025 zijn dit de beschikbare jaarverslagen over 2023.
1) Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Met het aangepaste tariefmodel heeft u beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de feitelijke berekening heeft u niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming van het richttariefpercentage niet kunnen controleren. Bent u bereid om de feitelijke berekening (geanonimiseerd) te publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet? 2) Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt het niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en –lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren	1) 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. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren. 2) De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten,

controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?

3) In het bericht op de website wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?

4) In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT-zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? Ben ik als zorgaanbieder meegenomen in de sample? - Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?

5) Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de jaarrekening t-1 later deponeren en daardoor niet meegaat in de lijst van geïnccludeerde aanbieders in het model? Het zijn immers vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?

6) 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.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet?

zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.

3) Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

4) De lijst van geïnccludeerde aanbieders betreffen zorgaanbieders van wie de jaarrekening tijdig is gepubliceerd en waarvan de gegevens zijn opgenomen in het Intrakoop bestand minus outliers. Uit het oogpunt van uniformiteit zijn voor de herberekening van de richttarieven in 2024 dezelfde bronbestanden gebruikt als voor de initiële berekening van het richttariefpercentage voor 2024.

5) Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.

6) Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een berekening van de richttariefpercentages kunnen

7) Op welke wijze kan een aanbieder vaststellen of deze volgens u valt binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?

8) Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?

9) Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?

komen. De aanname wordt gedaan, omdat specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Dit model (inclusief de aannames) is eerder extern gevalideerd. In het afgelopen jaar is er geen aanleiding geweest deze aanname nader te onderzoeken.

7) 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 deze groep een positief of neutraal resultaat behaalt. Indien het berekende percentage ("kostenpercentage aanbieder") boven het richttarief uitkomt, dan zit de aanbieder in de 25% groep. Zie voor een toelichting hierop pagina 6 van bijlage 7.

8) Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.

9) Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.

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 merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.

<p>Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hiermee worden richttarieven bepaald voor het jaar t+1. Feitelijk zit er een discrepantie van 2 jaar tussen de financiële situatie waarvan uitgegaan wordt en de daadwerkelijke tarieven waarmee gerekend wordt. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? Hoe wordt er bijvoorbeeld gecorrigeerd voor komende (mogelijke)bezuinigingen?</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 merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>
<p>Is de berekeningsmethodiek gewijzigd ten opzichte van 2024? En zo ja, op welke punten?</p>	<p>De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.</p>
<p>Wij zijn het niet eens met de arbitraire keuze van 75% van de zorgaanbieders met een neutraal of positief resultaat. Waarom heeft het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gekozen voor tenminste 90% van de zorgaanbieders heeft een neutraal of positief resultaat? Ook dan stimuleer je de doelmatigheid.</p>	<p>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. Het hof Den Haag heeft in zijn arrest van 13 februari 2024 wel aangegeven dat zorgkantoren bij het bepalen van het richttariefpercentage er voor dienen zorg te dragen dat minimaal 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren én dat het richttariefpercentage minimaal 75% van het marktaandeel representeert. Met de berekeningssystematiek van het richttariefpercentage voldoen wij ook aan beide voorwaarden.</p>
<p>In het bericht op de website van Zorgverzekeraars Nederland wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke</p>	<p>Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate</p>

<p>financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?</p>	<p>benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
<p>Het model gaat uit dat 75% van de aanbieders een resultaat van nihil of meer dient te behalen. Echter, indien een zorginstelling voor een langere periode (meerdere jaren) een nihil of gering resultaat (kleiner dan het inflatiepercentage) behaalt, komt de continuïteit van die organisatie in gevaar. Op welke wijze houdt u hiermee rekening in het model op basis waarvan het richttariefpercentage wordt bepaald? Zo nee, zou dat niet wenselijk zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen voor de toekomst?</p>	<p>Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten 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 2025. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en 2025 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>Het model voor de bepaling van het richttariefpercentage gaat ervan uit dat 75% van de aanbieders en 75% van het marktaandeel ten minste een positief resultaat moet behalen. Wat is het beleid als één van beide of beide criteria niet gehaald kunnen worden als gevolg van slechte resultaten in de sector?</p>	<p>Het richttariefpercentage wordt bepaald aan de hand van het uitgangspunt dat 75% van het aantal en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behalen. Stel dat in 2023 de resultaten in de sector erg negatief uitvallen, dan zal dit in de berekening voor de richttariefpercentages van 2025 tot uiting komen in een hoger richttariefpercentage. Enige uitzondering hierop is als het richttariefpercentage bij het voldoen aan dit uitgangspunt boven de 100% zou uitkomen. Zorgkantoren kunnen en mogen niet meer dan 100% van het NZa-maximum tarief vergoeden.</p>
<p>U geeft aan dat het richttariefpercentage pas na 1 juni berekend kan worden. Tot welke publicatiedatum worden jaarverslagen van 2023 meegenomen?</p>	<p>Voor de berekening voor 2025 gebruiken we het Intrakoop bestand dat (meestal) medio/eind juli gepubliceerd wordt. Alle daarin opgenomen jaarverslagen worden verwerkt in de berekening, de exacte grens op deponerdatum van de jaarverslagen kunnen wij daarom op dit moment niet aangeven.</p>
<p>Op welke wijze geeft het zorgkantoor inzicht in de afwegingen die gemaakt worden in de keuzes voor het model voor de berekening?</p>	<p>Dit doen de zorgkantoren door middel van de uitgebreide toelichting in deze Bijlage 7.</p>

<p>Er staat dat we na de publicatie van de richttariefspercentages 2025 bezwaren kunnen uiten tegen de hoogte en de wijze van totstandkoming hiervan. Wat verandert er in de wijze van totstandkoming van het richttariefspercentage 2025 ten opzichte van het document onderbouwing richttariefspercentages wlz (juni 2024 van ZN)?</p>	<p>De berekening van de richttariefspercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefspercentage.</p>
<p>In de onderbouwing van het richttariefspercentage staat dat deze niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden met de reguliere zorgprestaties waarbij nu al een aanpassing wordt gedaan op het tariefspercentage ?</p>	<p>De systematiek van het werken met een richttariefspercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefspercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefspercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefspercentage 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>De afgelopen jaren zijn er qua personele / materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. PNIL en energie)geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefspercentage?</p>	<p>Doordat het richttariefspercentage 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. 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>Heeft u bij het vaststellen van het richttariefspercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2023 enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen en de inkomsten en uitgaven van</p>	<p>Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het</p>

<p>andere domeinen zoals Wmo/Zvw uitgesloten? Zo ja, kunt u toelichten hoe u dit heeft gedaan gezien de afwezigheid van gedetailleerde kostenverdeling naar zorgdomeinen in de jaarverslagen? Zo nee, waarom acht u het niet nodig om enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten te beschouwen?</p>	<p>meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
<p>Door de keuze om op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen het nieuwe richttarief te berekenen betekent dit dat zorgaanbieders pas begin september weten welke richttarief van toepassing is op 2025. Onlangs is het richttarief 2024 met 1% verhoogd, dit is mooi, maar brengt veel onzekerheid met zich mee, zodat zorgaanbieders pas laat weten waar ze aan toe zijn. Een wijziging van 1% lijkt relatief klein, maar kan voor een instelling het verschil tussen een positief/negatief resultaat in het jaar betekenen. Is er een bandbreedte af te geven waarin het richttarief zich kan/mag bewegen?</p>	<p>De publicatie in september is inherent aan het feit dat zorgkantoren gehouden zijn om uit te gaan van de meest recente beschikbare jaarrekeningen. Op voorhand is niet te zeggen wat de uitkomsten gaan zijn van een nieuwe berekening op basis van de jaarverslagen en declaratiedata van een nieuw jaar (voor 2025 zal dit op basis van 2023 zijn). De zorgkantoren hanteren geen bandbreedte.</p>
<p>De berekeningswijze van het richttarief is duidelijk. Echter voor het bepalen van het richttarief 2025 zijn de afspraken en resultaten 2023 leidend. In 2023 zijn instellingen gecompenseerd voor VG7, met ingang van 2025 is de verwachting dat dit via de tarieven wordt gecompenseerd. In 2022 was deze compensatie er niet. Hoe nemen zorgkantoren de VG7 compensatie in 2023 mee in het nieuw vast te stellen richttarief voor 2025?</p>	<p>De VG7 compensatie over 2023 zal worden meegenomen in de berekening van het richttarief 2025. De exacte uitvoering is afhankelijk van de manier waarop de zorgkantoren deze compensatie verwerken. Indien de zorgkantoren deze compensatie als opslag in de tarieven verwerken kom het middels de declaratiedata in het model terecht. Mochten de zorgkantoren het verwerken middels bijvoorbeeld een lumpsum bedrag in de nacalculatie, dan wordt dit bedrag opgeteld bij de Wlz ZiN omzet van een aanbieder.</p>
<p>In hoeverre wordt in het richttariefpercentages rekening gehouden met het onderscheid tussen complexe zorg en reguliere zorg?</p>	<p>De richttarieven zijn landelijk per sector bepaald en gelden ook landelijk als uitgangspunt voor de tariefstelling voor iedere prestatie. Bij de bepaling van de richttarieven zijn alle prestaties, ongeacht complexiteit, meegenomen in de berekening.</p>
<p>Wat zijn criteria in de jaarverslagen van aanbieders die er toe kunnen leiden dat het</p>	<p>Er zijn geen "criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt</p>

<p>richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld?</p>	<p>bijgesteld". Het richttariefpercentage wordt bepaald met behulp van het model dat in bijlage 7 is opgenomen en met gebruikmaking van de financiële gegevens die ontleend zijn aan de jaarrekeningen.</p>
<p>Binnen onze regio neemt de vergrijzing en arbeidskrachte in verhouding van het landelijke beeld eerder en harder toe, hoe houdt u daar rekening mee in het vaststellen van het richttariefpercentage?</p>	<p>In de berekening van het richttariefpercentage is hier niet apart rekening mee gehouden. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) zien wij als goede basis voor reële tariefstelling. 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. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.</p>
<p>Wat is de reden dat ervoor gekozen is om de tariefsystematiek ook voor de sectoren VV en GGZ te herijken terwijl het bezwaar enkel is ingediend door de sector GHZ?</p>	<p>De zorgkantoren hebben hier vanuit het gelijkheidsbeginsel voor gekozen. Voor alle drie de sectoren wordt namelijk eenzelfde tariefsystematiek gehanteerd en een verschil in toepassing vinden zorgkantoren niet uitlegbaar.</p>
<p>Genoemd wordt dat het richttarief wordt berekend o.b.v de meest recente beschikbare jaarrekeningen. De jaarrekening van de organisatie is vertraagd en kent een negatief resultaat. Mogelijk dat meer instellingen in dezelfde situatie vertraging kennen. Dit kan betekenen dat er een scheef beeld ontstaat van de resultaten, wat mogelijk een verlaging van het richttarief tot gevolg heeft. Hoe zorgt het Zorgkantoor ervoor dat dit risico gemitigeerd wordt?</p>	<p>Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>
<p>U geeft aan dat de zorgsector een belangrijke transformatie moet ondergaan. Op welke wijze worden de kosten voor deze transformatie verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?</p>	<p>In het model van het richttariefpercentage is hier geen rekening mee gehouden. De financiering van de transformatie vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.</p>
<p>De langdurige ouderenzorg kampt met een fors personeelstekort er is echter nog steeds een groot gat tussen de cao VVT en marktconforme salarissen in andere sectoren. Om een aantrekkelijke sector te worden voor personeel, worden zorgorganisaties gedwongen om salarissen te bieden die hoger liggen dan de cao of structureel veel zzp'ers in te huren. Dit leidt tot forse aanvullende exploitatie kosten. Op</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>welke wijze worden de additionele kosten die een gevolg zijn van de personeelsschaarste op de sector verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?</p>	
<p><i>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</i></p>	
<p>Indien 75% een neutraal of positief tarief ontvangt, heeft 25% een negatief tarief. Indien deze 25% een kostenbesparing doorvoert tbv gezonde bedrijfsvoering betekent dit dat de korting het jaar daarop moet stijgen om weer 75% een neutraal of positief tarief laten ontvangen. Dit is een negatieve spiraal. Waar denkt het zorgkantoor dat deze negatieve spiraal ophoudt? Hoe voorkomt het zorgkantoor met deze methodiek dat de kwaliteit van zorg niet meer haalbaar is binnen de middelen? Welke grenzen heeft het zorgkantoor bepaald aan de tariefskortingen?</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 aantallen en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Uw vraag naar de grenzen voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet beantwoorden. Met betrekking tot uw vraag over de negatieve spiraal wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>Hoe is bepaald dat het maatschappelijk verantwoord is om voor 25% geen kostendekkend tarief te bieden? Welke kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing is beschikbaar waaruit blijkt dat deze organisatie onderpresteren?</p>	<p>Wij stellen niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt, danwel onderpresteert. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2.</p>

	<p>zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>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.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet? U veronderstelt hiermee dat de kosten van ouderenzorg uit de WMO, ZVW en WLZ gelijksoortig zijn. Waarop baseert u dat?</p>	<p>De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat op grond van de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de totale omzet, aangezien de specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarrekeningen. Omdat niet alle aanbieders in hun jaarstukken kosten toewijzen aan domeinen waarin zij actief zijn, is onontkoombaar dat met een aanname wordt gewerkt. Dat is niet ongebruikelijk zoals blijkt uit het feit dat ook de NZa dat doet. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data dit model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Deze manier van toerekening vormt al meerdere jaren onderdeel van het inkoopbeleid en heeft al meerdere keren de toets der kritiek doorstaan in gerechtelijke procedure.</p>
<p>Is al bekend hoe de NZa de nieuwe Max tarieven berekend? Met andere woorden, wordt het kostprijsonderzoek in de Wlz al gebruikt voor het vaststellen van de nieuwe maximale tarieven in de Wlz en zo ja, hoe dan?</p>	<p>De NZa laat hierover via de eigen website het volgende weten: "Het kostenonderzoek voor de gehandicaptenzorg en de ggz exclusief behandeling zou moeten leiden tot nieuwe tarieven per 2025. Op basis van de in het onderzoek verkregen informatie moeten we echter concluderen dat dit helaas niet mogelijk is. Daarom stellen we voor de meeste prestaties de tarieven voor 2025 vast door die van 2024 te indexeren. Wel hebben we met de brancheorganisaties VGN, Valente en de Nederlandse ggz afgestemd dat we voor de prestaties van vg7, sglvg, zg en ggz-wonen een alternatieve methode toepassen om tot passende tarieven voor 2025 te komen".</p>
<p>U geeft aan dat u bij het berekenen van het richttariefpercentage rekening houdt (moet houden) met bepaalde regionale en organisatiespecifieke aspecten die een impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u</p>	<p>Het richttariefpercentage is landelijk per sector gelijk en vormen het vertrekpunt. De tarieven die met zorgaanbieders worden afgesproken zijn namelijk afhankelijk van regionaal beleid. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale</p>

<p>dat toelichten? Betekent dit ook dat er in bepaalde regio's/ aanbieder andere richttariefpercentages kunnen worden afgesproken?</p>	<p>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>In welke mate houdt de berekening van het nieuwe richttariefpercentage rekening met de CAO ontwikkelingen en inflatie? Gezien de grote impact in 2025 ten opzichte van 2024, en het bepalen van het tariefpercentage op basis van 2022 en 2023, heeft het zorgkantoor beelden bij hoe aanvragen hardheidsclausule te voorkomen?</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>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 het aangepaste tariefmodel is er beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de berekening is niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming niet kunnen controleren. Kunt u de feitelijke berekening publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?</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. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren.</p>
<p>De afgelopen jaren zijn er qua materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. energie) geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefpercentage?</p>	<p>Doordat het berekende richttariefpercentage (o.b.v t-2) wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven, en de NZa deze maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, worden deze kostenontwikkelingen automatisch meegenomen.</p>
<p>Waarom heeft u gekozen voor het Intrakoop bestand en niet voor de jaarverslagen die op de website Jaarverantwoording zorg staan?</p>	<p>Voor de jaarrekeningcijfers wordt gebruik gemaakt van de bestanden van Intrakoop. Deze bestanden zijn gebruiksvriendelijker dan de DigiMV-data. In tegenstelling tot de DigiMV-databestanden zijn de Intrakoopbestanden compacter en overzichtelijker. Door de Intrakoopbestanden te gebruiken is het model (de praktische uitwerking ervan) vaak beter te volgen.</p>
<p>Kunt u aangeven hoe intrakoop de jaarverslagen verkrijgt? Hoe beoordeelt u dat de aanlevering compleet is?</p>	<p>Het intrakoop bestand is een afgeleide van DigiMV. Voor de exacte werkwijze waarop Intrakoop deze bestanden inleest/verwerkt verwijzen wij naar Intrakoop zelf.</p> <p>Zorgkantoren controleren van de beschikbare</p>

	<p>jaarverslagen in het Intrakoopbestand of de koppeling goed verloopt tussen KvK nummers en de ingediende declaraties van aanbieders van het betreffende jaar.</p>
<p>Zorgkantoren moeten rekening houden met bepaalde regionale en organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u enkele voorbeelden geven van regionale dan wel organisatie-specifieke aspecten?</p>	<p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p> <p>Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>
<p>Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Het zijn vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?</p>	<p>Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. De jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2, zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>
<p>Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking?</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>Bij doorontwikkeling ten opzichte van voorgaande jaren en gehanteerde uitgangspunten wordt gezegd dat er rekening</p>	<p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale</p>

gehouden moet worden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. Hoe heeft u hier invulling aan gegeven?	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.
Waarom zijn de berekeningen gebaseerd op 100% exploitatiekosten aangezien er een afslag hierop gehanteerd wordt? Feitelijk word je dan als zorgaanbieder tekort gedaan, want kostprijs is kostprijs.	Het model gaat uit van de daadwerkelijk gemaakte kosten van een zorgaanbieder zoals opgenomen in de jaarrekening. Deze worden toegekend aan de Wlz ZiN middels een omzetratio. Het tariefpercentage wordt toegepast op het NZa-maximumtarief, niet op de door de zorgaanbieder gemaakte kosten.
Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt ons niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en –lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en –lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?	De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.
<i>Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)</i>	
Wanneer een Zorgorganisatie bestaat uit een ziekenhuis-deel en een ouderenzorg-deel, en deze zorgorganisatie ook in de jaarrekening per onderdeel/segment inzicht in de resultaten verschaft, wordt voor de bepaling van het kostenpercentage van deze aanbieder dan uitgegaan van de geconsolideerde jaarrekening of het relevante gesegmenteerde onderdeel ?	Het model maakt geen gebruik van gesegmenteerde onderdelen omdat deze niet altijd zijn gespecificeerd. Het maakt gebruik van de Wlz ratio: Wlz Zin Omzet gedeeld door totale omzet uit de jaarrekening. De Wlz ratio wordt vervolgens toegepast op de totale kosten, dit resulteert in de Wlz kosten.
<i>Deel 2: Bepalen Sectorpercentage</i>	
Op basis waarvan is de 75ste percentiel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
Op basis waarvan is de 75% marktaandeel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
<i>3. Het richttariefpercentage per sector</i>	
Op welke wijze kunnen wij als aanbieder vast stellen onder welke groep we vallen, dus binnen de 75% die met het richttarief een positief	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

<p>resultaat behaalt of juist bij de andere 25% hoort?</p>	<p>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>Het richttariefpercentage per sector is door ZN bepaald en volledig gebaseerd op openbare informatie. Kunnen dan ook niet gewoon alle onderliggende zorgaanbieder-percentages worden gepubliceerd ? Dit vergroot de transparantie en biedt ook op de meest eenvoudige manier een controlemogelijkheid voor de zorgaanbieders.</p>	<p>Hoewel de jaarverslagen inderdaad openbaar zijn, zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders niet openbaar. Tevens zijn de declaratiegegevens concurrentiegevoelig en bedrijfsvertrouwelijk. Daarom delen de zorgkantoren geen gegevens op zorgaanbiederniveau (waaronder de zorgaanbieder-percentages).</p>
<p>U vermeldt onder 'het richttariefpercentage per sector voor 2024' het aangepaste richttariefpercentage voor 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven, de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Wij vragen u</p>	<p>Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>

<p>duidelijkheid te verschaffen over de toereikendheid van de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken van duidelijkheid in de toereikendheid van de contracteerruimte in 2024, 2025 die financiële onzekerheid met zich meebrengt voor zorgaanbieders.</p>	
<p><i>4. Resultaten per sector</i></p>	
<p>Welke resultaatspercentage vindt het zorgkantoor in de zorgsector noodzakelijk om toekomstige investeringen te financieren en de transitie vorm te geven? Komt dit overeen met de benodigde eigen middelen welke financiers vragen bij de financiering bij eigen middelen?</p>	<p>Het 75ste percentiel en 75% van de markt bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten 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. Daarnaast 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><i>5. Bijlage 7.A: lijst van geïnccludeerde aanbieders (o.b.v. KvK nummer)</i></p>	
<p><i>6. Bijlage 7.B: SAS code</i></p>	
<p>De gegevens op pagina 17 tm 26 SAS code zijn cryptisch omschreven. Is dit de correctie afdrukstand in het document?</p>	<p>Dit is het correcte afdrukafstand. De SAS code is gepubliceerd zoals deze gebruikt wordt in SAS EG.</p>
<p>In hoofdstuk 6 vermeld u de SAS code. Wat kunnen of moeten aanbieders met deze SAS code doen?</p>	<p>Zorgkantoren geven hiermee transparantie in de werking van het model, zoals bepaald in het arrest. Dit doen wij door zowel een schematische toelichting te verstrekken, fictieve voorbeelden uit te werken als ook de technische code van het model te verstrekken.</p>
<p>Waarom zijn op pagina 17 onderaan Zorgkantoor Menzis en DSW niet meegenomen en verder op in de SAS code wel?</p>	<p>Op pagina 17 worden de zorgkantoren genoemd waarvoor correctiebestanden zijn ingelezen. Menzis en DSW worden niet genoemd omdat er</p>

	voor deze zorgkantoren geen correcties zijn op de declaratiegegevens.
<i>Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens</i>	
Wij nemen aan dat wij geen rol spelen bij de gegevens die in bijlage 7C ingevuld moeten worden en dat het zorgkantoor deze gegevens invult. Is dit juist?	Dit is juist. De zorgkantoren verzorgen deze aanlevering.
Is dit format voor de berekening ingevuld op basis van de gegevens uit 2022? Moet dit format nu jaarlijks worden ingevuld door alle gecontracteerde zorgaanbieders?	Het format wordt ingevuld met de gedeclareerde prestaties over hetzelfde boekjaar als in de jaarrekening is opgenomen. Het format wordt ingevuld door de zorgkantoren.

Bijlage 8 Prestatietabel regulier - specifiek – tariefpercentages 2025

Vraag	Antwoord
<p>Voor de ZG ZZP's heeft de NZA op basis van de werkelijke kosten over 2022 voor 2025 tijdelijk nieuwe tarieven berekend. Deze prestaties worden geleverd door een zeer beperkt aantal aanbieders. Gezien de wijze waarop de richtpercentages worden vastgesteld, de NZA-max-tarieven op basis van werkelijke kosten 2022 zijn vastgesteld en er maar een beperkt aantal aanbieders deze prestaties leveren. Trekken wij de conclusie dat het RT voor alle ZG ZZP prestaties 100% moet zijn.</p> <p>1) Maakt u voor de ZG ZZP prestaties, of een deel daarvan (en evt. de andere prioritaire prestaties) een uitzondering op de richttariefpercentages?</p> <p>2) En stel u deze vast op 100%?</p> <p>Bij een eventueel ontkennend antwoord graag een toelichting.</p>	<p>Zilveren Kruis zoekt de balans tussen het bieden van reële tarieven en haar maatschappelijke opdracht om de Wlz op doelmatige wijze uit te voeren. De balans bestaat uit een hogere waardering voor complexe zorg enerzijds tegen de mogelijkheid tot extra doelmatigheid op de reguliere zorg anderzijds. Daarbij hanteren wij het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders in aantallen en marktaandeel een positief resultaat kan behalen.</p> <p>Wij vinden een hoger doelmatigheidspotentieel op de reguliere zorg niet verantwoord voor de sector en bieden daarom niet 100% van het NZa-tarief voor de hoog complexe zorg.</p> <p>Voor 3ZG Aud en 5 ZG Vis maken we een uitzondering. In ons beleid maken we onderscheid tussen vier categorieën: essentiële voorzieningen, hoog complexe, complexe en reguliere zorg. Hierbij behoren op- en afslagen op het richttariefpercentage die ook voor 2025 gelden. 3ZG Aud en 5ZG Vis vallen onder 'hoog complex'. De hoogte van de opslag voor hoog complexe zorg kan mogelijk wijzigen door de uitkomsten van kostenonderzoek van de NZa. De afslag op de reguliere zorg blijft staan.</p>

Bijlage 10 Overzicht gericht contracteren GZ

Vraag	Antwoord
-------	----------

<p>U wilt een aantal zorgvoorzieningen gericht contracteren. Wij hebben als aanbieder wellicht een of meerdere plekken beschikbaar. Echter, deze zijn gesitueerd in een andere zorgkantorregio (niet ZK). Hoe wilt u daarmee omgaan?</p>	<p>Wij waarderen dat u wilt bijdragen aan de toegankelijkheid van de complexe zorg. Wij kunnen helaas geen middelen beschikbaar stellen om u te ondersteunen met het realiseren van extra plaatsen complexe zorg als dat in een andere zorgkantor regio is gesitueerd.</p>
<p>Klopt het dat de genoemde aantallen waarop Zilveren Kruis gericht wilt contracteren aanvullend zijn op de aantallen waarop in 2024 al gerichte contractering heeft plaatsgevonden?</p>	<p>Ja dat klopt.</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 1 juli 2024.