



Nota van inlichtingen

**Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 2024-2026
Geactualiseerd voor 2025**

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het voor 2025 geactualiseerde Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 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 niet geleid tot aanpassingen in het zorginkoopbeleid. Er zijn wel enkele wijzigingen van toepassing op de bijlagen. U leest hier meer over in de Nota van Inlichtingen van de bijlagen.

We geven uiterlijk 5 september duidelijkheid over VG 7 en de hoogte van de opslag van 'hoog complexe zorg'.

Het is op dit moment helaas nog niet mogelijk om duidelijkheid te geven over de tarieven voor VG 7 en de hoogte van de opslag 'hoog complexe zorg'. Dit in verband met de uitkomsten van het kostenonderzoek die nog onbekend zijn. Uiterlijk 5 september 2024 geven wij hier meer duidelijkheid over.

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 tariefsystematiek als omschreven in de Nota van Wijzigingen 2024, waardoor deze Nvl daarover de relevante inzichten verschaft.

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 6.3 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, geactualiseerd voor 2025.

Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze inkoopprocedure. De actuele versie van het zorginkoopbeleid en de bijlagen vindt u op onze website (www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor).

Sectorbrief

Vraag	Antwoord
<p>Er ligt een gezamenlijke opdracht om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Er wordt verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen. Wat is de inspanning vanuit het zorgkantoor hierop? Of wordt er nog meer druk gelegd bij de zorgaanbieders op het verlagen van de administratieve lasten/overhead en op inzet van regionale samenwerking/ kanslijnen?</p>	<p>Wij zien voor zowel het zorgkantoor (de zorgkantoren) als zorgaanbieders een grote uitdaging. Onze rol in deze uitdaging nemen wij serieus. In het meerjarenbeleid dat wij vorig jaar publiceerden, hebben wij aangegeven dat de toegankelijkheid van de complexe zorg één van onze speerpunten is. Wij leveren een bijdrage aan deze gezamenlijke opdracht o.a. met het differentiëren van de tarieven, het gericht contracteren, het (financieel) ondersteunen van projecten en onze inspanningen om de transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg een succes te laten zijn.</p> <p>Waar nodig en mogelijk zijn wij ook representant van de sector om de financiering voor de zorg zo passend mogelijk te houden/ krijgen. Daarnaast zien wij het ook als onze opdracht om de steeds schaarser wordende financiële middelen op een juiste manier in te zetten en waar nodig te verdelen. Door een voortdurende dialoog met de sector en door het initiëren en ondersteunen van diverse projecten proberen wij onze bijdrage te leveren vanuit onze rol en positie.</p>
<p>Op basis van het kostenonderzoek wordt verwacht dat de tarieven binnen de ZG sector mogelijk worden aangepast, wat betekent dit voor de opslag van 2025 (3%) op de ZGVIS5 en de ZGAUD3 tarieven? En mocht dit van invloed zijn wat betekend dit dan voor de afslag van 0,5% op de overige prestaties?</p>	<p>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.</p> <p>De hoogte van de opslag voor hoog complexe zorg kan mogelijk wijzigen door de uitkomsten van kostenonderzoek van de NZa. De financiële haalbaarheid binnen de beschikbare contracteerruimte speelt hierbij een belangrijke rol. De afslag op de reguliere zorg van 0,5% op het richttariefpercentage blijft staan.</p>
<p>U geeft aan dat er een gezamenlijke opdracht ligt om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Als aanbieder willen wij hier graag aan bijdragen, maar zijn gelijktijdig ook gebonden aan kwaliteitseisen (incl. IGJ en maatschappelijke opvattingen), andere wetgevingen en de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt. Staat het zorgkantoor er voor open om gezamenlijk op te trekken richting jullie opdrachtgever (VWS) om het gesprek over toegankelijkheid en betaalbaarheid te voeren?</p>	<p>Hiertoe zijn wij uiteraard bereid.</p>

<p>Pagina 4: contact met zorgaanbieders. Wat is de definitie van een kleine zorgaanbieder? Is het correct dat als er nog geen bericht van de zorginkoper is geweest dat de contacten fysiek en digitaal blijven verlopen?</p>	<p>Aanbieders die dit betreft zijn geïnformeerd over een eventueel gewijzigde werkwijze.</p>
<p>In het toegankelijk houden van de MGZ en behandeling verwijst u naar het Convenant MGZ. Is dit convenant al definitief vastgesteld? Zo nee, hoe blijft geborgd dat ondanks de druk op de huisartsenzorg deze ook beschikbaar blijft voor klanten met een handicap? Maakt het zorgkantoor hierover ook afspraken met hun counterparts bij de Zorgverzekeraar?</p>	<p>ZN werkt namens de zorgkantoren en zorgverzekeraars momenteel nog aan het convenant samen met de beroeps- en brancheverenigingen. Wij informeren u over het akkoord en de implementatie ervan na ondertekening.</p>
<p>U geeft aan dat: "De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen". Denkt u dit voor 2025 wel feitelijk te kunnen vaststellen? Zo, ja waarom denkt u dat en waarom verschilt dit t.o.v. 2024?</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 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>Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest. Wat verstaat u onder latere jaren, is dat bijvoorbeeld het jaar 2026? Indien u dit van plan bent, wanneer informeert u de aanbieders hier dan over?</p>	<p>Dat zou inderdaad al het jaar 2026 kunnen zijn. Zorgaanbieders worden hier uiterlijk op 1 juni 2025 over geïnformeerd als het inkoopbeleid voor het jaar 2026 wordt gepubliceerd.</p>
<p>In de sectorbrief staat dat het zorgkantoor heeft besloten om een 'hogere tariefpercentage dan noodzakelijk' toe te kennen en dat zorgaanbieders zich 'extra' moeten inspannen in 2025 om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hoe verhoudt zich dat tot de uitspraak van het hof waarin de zorgkantoren nu juist werden opgedragen om, om tot kostendekkende tarieven te komen, ook financieringsbaten- en lasten mee te nemen?</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 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</p>

	<p>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>Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke gegevens voor de financieringsbaten en lasten zijn dan gebruikt in de berekening van het richttariefpercentage?</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 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>Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wanneer zijn de gegevens bekend om de feitelijke financieringsbaten en lasten wel op een betrouwbare wijze vast te kunnen stellen in de berekening van het richttariefpercentage?</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 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>Wanneer men stelt dat het tariefspercentage hoger is dan noodzakelijk, waarom wordt dan niet uitgegaan van het noodzakelijke tariefspercentage?</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</p>

	<p>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>Wat is het noodzakelijke tariefspercentage in procenten?</p>	<p>Het noodzakelijke tariefpercentage is in principe gelijk aan de huidige percentages, maar zou ook toegepast moeten worden op de NHC en NIC componenten.</p> <p>Bijvoorbeeld, richttarief 97%, NZa max tarief €100, waarvan €80 personeel & materieel en €20 NHC/NIC.</p> <p>Dan zou dit in de huidige situatie neerkomen op $0,97 * €80 + €20 = €97,6$</p> <p>In de 'niet meer dan strikt noodzakelijk' situatie komt dit neer op $0,97 * €100 = €97,-$</p>
<p>Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke stappen gaat het zorgkantoor ondernemen om tot de meest betrouwbare wijze van het vaststellen van de feitelijke financieringsbaten en lasten te komen?</p>	<p>De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.</p>
<p>Bij het kopje 'Samen op weg naar passende en doelmatige zorg' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Indien hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?</p>	<p>Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.</p>
<p>Op welke wijze worden zorgaanbieders betrokken bij de mogelijke verandering vanaf 2026 in de wijze waarop uitvoering gegeven wordt aan het arrest of aan een de keuze van een ander model?</p>	<p>Indien zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.</p>
<p>Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met het woord feitelijk in 'feitelijke financieringsbaten en lasten'?</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</p>

	<p>weerbarstig en niet eenvoudig op korte termijn op te lossen. 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>Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met op betrouwbare wijze?</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 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>Er staat: "Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Wat bedoelt u met een hoger tariefpercentage dan strikt noodzakelijk? Wat is uw definitie van "noodzakelijk"? Klopt uw berekening van het richttariefpercentage incl. fin.baten en lasten dan niet?</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 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>Er staat: "Wij verwachten daarom dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren." Wat bedoelt u met "extra"? Geldt deze "extra" inspanning ook voor u als zorgkantoor? Er is immers sprake van een gezamenlijke inspanning.</p>	<p>Wij bedoelen hiermee dat zorgaanbieders de bewegingen die zij maken een extra impuls geven, dan wel een versnelling geven om ze te realiseren. Hierbij kan gedacht worden aan: extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg, reserveren voor verbouw of nieuwbouw. Zorgkantoren spannen zich hiervoor ook in door het organiseren van regionale overleggen -voor zover nog niet is gebeurd- en het aangaan van het individuele gesprek met de zorgaanbieder over de te maken bewegingen. In gezamenlijkheid kan dan bekeken worden hoe de trajecten lopen en welke inspanning en ondersteuning er nodig is om de bewegingen (versneld) te realiseren.</p>
<p>Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Klopt dit?</p>	<p>Dit klopt.</p>
<p>In hoeverre kunt u het recht voorbehouden in 2026 om een ander model of uitvoering te kiezen voor het richttariefpercentage en is dat niet in strijd met het arrest?</p>	<p>Wanneer de zorgkantoren de keuze zouden maken voor een ander model of uitvoering zal dit met inachtneming van het arrest worden ontwikkeld.</p>
<p>U geeft aan (als reactie op een hoger tariefpercentage) dat zorgaanbieders zich in 2025 'extra' moeten inspannen om zorg betaalbaar te houden. Hoe verhoudt deze opmerking zich tot de eerdere niet kostendekkende tarieven? Ondanks een aangepast richttariefpercentage is er in de budgettering geen ruimte om nog meer extra inzet hierop te tonen. Hoe kijkt het zorgkantoor hier naar? Op welke wijze wordt 'extra' inspanning gevraagd?</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 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. Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast.</p> <p>In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren</p>

	met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
Bij het kopje 'Uitvoering Arrest' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Indien hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
U schrijft: "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. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarop baseert u deze uitspraak? Waarom denkt u dat het tariefpercentage hoger uitpakt? Als u de feitelijke kosten niet op betrouwbare wijze kunt vaststellen, zou het toch ook te laag kunnen zijn?	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.
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?	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.
Wat voor zekerheid kan er gegeven worden aan zorgaanbieders voor latere jaren nav de zin	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het

<p>"Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest1"?</p>	<p>arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.</p>
<p>Genoemd wordt dat Zorgkantoren zich het recht voorbehouden dat in latere jaren op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest. Hoe worden zorgaanbieders hierin meegenomen, zodat ze niet voor onverwachte verrassingen komen te staan?</p>	<p>De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.</p>
<p>Vanaf 2023 vindt een kostenonderzoek plaats, waarbij een drietal prioriterings producten nader onderzocht zijn. In hoeverre gaat het zorgkantoor deze voorgestelde tarieven voor 100% volgen?</p>	<p>Het richttariefpercentage is ook op deze prestaties van toepassing. U leest in het regionale beleid van het zorgkantoor voor welke prestaties eventueel een opslag van toepassing is op het richttariefpercentage en aan welke voorwaarden dan voldaan moet worden.</p>
<p>Er is aan de ene kant een opdracht om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Anderzijds staat er dat extra inspanning en beweging nodig zijn hiervoor. Bedoelt u hiermee dat we niet moeten streven naar meer zorg dan wel ingezette uren of middelen en wat betekent dit voor de bepaling van het richttariefpercentage als er wel extra middelen of uren nodig zijn om dit doel te behalen?</p>	<p>Wij bedoelen hiermee dat er binnen het huidige richttariefpercentage ruimte is om extra inspanning te leveren voor de beweging om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hierbij kan gedacht worden aan extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg. Dit kan ertoe leiden dat meer mensen geholpen kunnen worden van hetzelfde budget.</p>
<p>Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarom leidt uitvoering van het arrest tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk? Een arrest uitvoeren lijkt ons gelijk aan noodzakelijk. Wat verstaat u precies onder noodzakelijk? Graag uw toelichting.</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 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>Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt" Op welke wijze heeft u alle aanbieders getoetst op doelmatigheid zoals u ook de aanbieders met een historisch laag tarief laat doen?</p>	<p>Uw vraag is ons niet helemaal duidelijk. Voor zover u doelt op hoe doelmatigheid een plek krijgt in het tariefsmodel: het model dat leidt tot de richttariefpercentages heeft als uitgangspunt dat tenminste 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat heeft, zowel op basis van het aantal zorgaanbieders als op basis van het</p>

	marktaandeel. Hiermee stimuleren we doelmatigheid.
Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen" Wat maakt dat u dit zegt en op welke wijze wilt u e.e.a. voor 2026 vormgeven? Graag uw toelichting.	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
In het voorwoord wordt gesteld dat de rechter heeft opgedragen financieringslasten/baten mee te nemen in het richttarief%. Ook wordt aangegeven dat het nu niet mogelijk is deze baten/lasten vast te stellen. Als de hoogte hiervan niet bekend is, hoe kan dan worden geconcludeerd dat hetgeen nu wordt doorgevoerd hoger is dan benodigd om aan het arrest uitvoering te geven?	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.
U verwacht van aanbieders in 2025 extra inspanning in de beweging die nodig is voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de Wlz-zorg. En dat in een periode waarin budgettaire kaders steeds verder krimpen en de arbeidsmarkt implodeert. Om de Wlz-zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zal of het budgettaire kader moeten groeien, of het aantal mensen in de Wlz moeten krimpen. Daar gaat u, noch wij over. Daar gaat de Rijksoverheid over. Bent u daarom voornemens om, in plaats van de druk verder te laten toenemen op ons beider uitvoeringspraktijk, samen in dialoog te gaan met VWS om de beschreven randvoorwaarden te scheppen?	Wij kunnen de verantwoordelijkheid om de Wlz zorg toegankelijk en betaalbaar te houden niet alleen bij de Rijksoverheid neerleggen. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen in samenspraak met branches laten zien welke bewegingen er gemaakt kunnen worden om een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. De ontwikkelingen hierin, de mogelijkheden en onmogelijkheden worden met VWS besproken.
Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt. Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen." Is de aanname correct dat zo'n andere wijze via het inkoopbeleid 2026 zal worden gecommuniceerd?	Indien de zorgkantoren die keuze maken, zal dat via het inkoopbeleid 2026 rond 1 juni 2025 worden gepubliceerd.

Gerefereerd wordt aan een 'ander model'. Graag refereren wij aan een eerder kort geding waarin een beroep is gedaan op het dialoog model zodra er wijzigingen zijn, waaronder een potentieel ander model. Mogen wij als zorgaanbieders verwachting hier tijdig over te worden geïnformeerd (anders dan in een nieuw inkoopbeleid 2026 waarbij slechts beperkt reactie termijn zit middels de Nota van Inlichtingen)?	Indien zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.

Leeswijzer

Vraag	Antwoord
Pagina 16: Kanslijn 4 U gaat als zorgkantoor in gesprek met zorgaanbieders die achterblijven in hun aandeel MPT/VPT. Houdt zorgkantoor hierbij rekening met de doelgroep? Niet alle doelgroepen kunnen op MPT/VPT ingezet worden (ZZP LVG).	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Pagina 15: Het omzetten van ZIN indicaties naar VPT is sterk afhankelijk van beschikbare huisvesting. Gezien de problematiek op de huisvestingsmarkt is het in onze regio niet mogelijk om cliënten uit te laten stromen naar een eigen woning terwijl zij er wel klaar voor staan. Plannen voor het realiseren van eigen woningen/appartementen worden niet gehonoreerd gezien de gemeentelijke en burgerlijke belangen. Het is belangrijk dat deze landelijke opgave aan zorgaanbieders onder de aandacht worden gebracht door Zorgkantoor en zorgaanbieders samen. Is het zorgkantoor zich bewust van de krapte op de huizenmarkt?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Pagina 16: visie en strategie innovatie. Zorginkopers gaan in gesprek met kwaliteitsadviseurs en zorgaanbieders over dit onderwerp. Is de functienaam kwaliteitsadviseur niet veranderd naar transitie adviseur?	Het klopt dat de functienaam gewijzigd is.

1 Een toekomstbestendige gehandicaptenzorg voor passende zorg aan onze klanten

1.2. Een betere toegang tot complexe en essentiële zorg in de regio

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.2.2 'we gaan door met gericht contracteren'</i>	
Kan een toelichting worden gegeven hoe Zilveren Kruis omgaat met meerzorg met betrekking tot gericht gecontracteerd extra zorgaanbod voor doelgroepen waarvoor dat aanbod nu niet of onvoldoende aanwezig is? Heeft het opnemen van extra (nieuwe) doelgroepen effect op het reeds afgesproken meerzorgplafond? Kunnen voor deze doelgroepen extra afspraken worden gemaakt die geen effect hebben op het meerzorgplafond?	Indien nodig wordt bij het bepalen van het meerzorgplafond rekening gehouden met plannen vanuit 'gericht contracteren'.
Hoe kunnen wij groeiverzoeken indienen die niet onder het kader LVHC vallen?	Indien uw vraag over gericht contracteren gaat: om in aanmerking te komen voor de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld om extra aanbod te creëren dient de doelgroep te voldoen aan bijlage 10 (zie ook paragraaf 1.2.2). Indien uw vraag over andere doelgroepen gaat, dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper

1.4 Een structurele inzet van bewezen effectieve innovaties

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.4.5 'we stellen een lijst met succesvolle initiatieven beschikbaar'</i>	
Werken alle zorgkantoren gezamenlijk met het platform Digizo?	Ja. ZN vertegenwoordigt de zorgverzekeraars en zorgkantoren in Digizo.
Paragraaf 1.4.5. Het zorgkantoor stelt een lijst met succesvolle initiatieven op. Mogen zorgaanbieders alleen kiezen uit deze effectieve innovaties of is er vrijheid om zelf een andere te implementeren?	We hebben een lijst met succesvolle initiatieven in zich in de praktijk reeds bewezen hebben via onze website beschikbaar gesteld. Hieruit dient u drie innovaties te implementeren gedurende de looptijd van ons meerjarenbeleid (2024-2026).
Wanneer kunnen wij de volledige en actuele lijst met succesvolle initiatieven ontvangen? Dit is behulpzaam bij de uitvoering van de gewenste innovaties.	We hebben een lijst met succesvolle initiatieven in zich in de praktijk reeds bewezen hebben via onze website beschikbaar gesteld. Hieruit kunt u drie innovaties kiezen. De lijst is dynamisch en kan nog verder aangevuld worden.
Het platform Digizo is ontstaan vanuit de samenwerkingspartners van het IZA. De VGN/gehandicaptensector is onvoldoende	We hebben een eigen lijst met aanvullende succesvolle initiatieven die zich in de praktijk reeds bewezen hebben via onze website beschikbaar

<p>vertegenwoordigd in het IZA. Toch wordt dit de 'landelijke lijst' met innovaties waar aanbieders 3 innovaties vanuit moeten implementeren. Hoe borgt Zilveren Kruis dat de digitale innovaties ook binnen de gehandicaptenzorg toepasbaar zullen zijn?</p>	<p>gesteld. Hieruit kunt u drie innovaties kiezen. Deze lijst wordt aangevuld wanneer er nieuwe succesvolle initiatieven zijn.</p>
<p>Hoe komen we in aanmerking voor koplopers financiering voor innovatie? Welke randvoorwaarden horen hierbij?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>

3. We geven duidelijkheid over bekostigingssystematiek en tariefpercentages

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

3.1. Het landelijk richttariefpercentage als uitgangspunt.

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>In ons beleid maken we onderscheid tussen vier categorieën: essentiële voorzieningen, hoog complexe, complexe en reguliere zorg. 3ZG Aud en 5ZG Vis vallen onder 'hoog complex', en daarom geldt een opslag op het richttarief. De hoogte van de opslag voor hoog complexe zorg kan mogelijk wijzigen door de uitkomsten van kostenonderzoek van de NZa.</p>
<p>Het richttariefpercentage is opnieuw berekend voor 2024 en wordt nog berekend voor 2025. Blijven de opslagpercentages voor hoog complexe of essentiële zorg in de regio en afslagpercentages voor reguliere zorg wel hetzelfde?</p>	<p>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. 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> <p>Uiterlijk 5 september publiceren wij het richttariefpercentage voor 2025.</p>
<p>In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen?</p>	<p>In hoofdstuk 6 vindt u de tabel met de inkoopplanning. Wij wijzen u erop dat er na publicatie van definitieve richttariefpercentages - uiterlijk 5 september 2024 - de mogelijkheid is om bezwaar te maken tot uiterlijk 25 september 2024. Omdat het hier slechts de uitkomst van een reeds</p>

	bekende tariefsystematiek betreft, geldt hiervoor géén aparte vragenprocedure.
In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Is deze veronderstelling juist? Zo nee, waarom is hier niet voor gekozen?	Deze veronderstelling is juist.
Er wordt aangegeven dat er is besloten om aan de uitspraak van de rechter uitvoering te geven. Verderop in de tekst is echter het volgende opgenomen: Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen. Hoe rijmt dit met elkaar? En hoe kunnen wij, als zorgaanbieder, hier onze bedrijfsvoering op afstemmen?	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt.
Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze invulling te geven aan het arrest. Bij welke omstandigheden gaat u over tot deze andere invulling? Graag toelichten met enkele voorbeelden.	De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genooddaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest. Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest <u>gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt.</u>
In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van wijziging d.d. 31 mei 2024 en bijlage 7." Hoe verhoudt zich dat tot de uitspraak van het hof waarin de zorgkantoren is opgedragen om tot	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

<p>kostendekkende tarieven te komen en ook de financieringsbaten en -lasten mee te nemen?</p>	<p>verdwijnen. Het model gaat uit van kostendekkende tarieven voor 75% van de aanbieders en 75% marktaandeel. In bijlage 7 leest u hoe wij de financieringsbaten en -lasten hebben meegenomen in het model.</p>
<p>Worden wij tijdig geïnformeerd als er op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest?</p>	<p>Ja, u wordt tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op uiterlijk 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt.</p>
<p>U geeft aan voor 2026 mogelijk voor een ander model te kiezen om uitvoering te geven aan het arrest, gegeven de doelmatigheidsopgave. Kunt u aangeven waar dan aan gedacht wordt?</p>	<p>De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest.</p> <p>Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt.</p>
<p>U stelt "Het zorgkantoor kent een hoger tariefpercentage toe dan strikt noodzakelijk". Hoe verhoudt zich dit tot de uitspraak waarin zorgkantoren tot kostendekkende tarieven dienen te komen? En wat betekent de opmerking precies?</p>	<p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het model gaat uit van kostendekkende tarieven voor 75% van de aanbieders en 75% marktaandeel. In bijlage 7 leest u hoe wij de financieringsbaten en -lasten hebben meegenomen in het model. 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</p>

	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.
Richttarief 2025 dient nog bekend gemaakt te worden. Kunnen wij ervan uitgaan dat dit tarief niet voor een organisatie zelf wordt aangepast maar in de volle breedte (dus over alle WLZ klanten heen)?	Uw vraag begrijpen wij niet helemaal. Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7 en gepubliceerd op uiterlijk 5 september 2024.
u schijft: Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest10 (ECLI:NL:GHDHA:2024:199). Kunt u bevestigen dat u hierbij wel de gerechtelijke uitspraak volgt en dit niet gedurende een kalenderjaar wijzigt?	Wij bevestigen dat wij het arrest zullen volgen. Voor wat betreft het wijzigen van het inkoopbeleid verwijzen wij u naar de voorbehoudclausules uit het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren.
Voor de berekening van de richttariefpercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de richttariefpercentages 2025 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2023. Deze jaarverslagen worden op 1 juni a.s. gepubliceerd. Dit betekent dat de richttariefpercentages 2025 pas na deze datum berekend kunnen worden en daarom uiterlijk op 5 september 2024 gepubliceerd worden. Hoe kunnen wij intekenen als de tarieven nog niet bekend zijn? En welk effect heeft dit op het richttariefpercentage?	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. Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025 het zorgkantoor mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen.
Het richttarief% is voor 2024 en 2025 op 97% vastgesteld. Daarna behouden zorgkantoren zich het recht voor om het richttariefpercentage op een andere manier vast te stellen. Wij werken met meerjarenbegrotingen waarop we investeringen hebben opgenomen en op basis van de uitkomsten meerjarenbegroting nemen we al dan niet besluiten. Investeringsvraagstukken kennen vaak een verplichting (afschrijving en rente) van vele jaren. Welk beeld heeft het zorgkantoor bij de ontwikkeling van het richttarief gegeven de veronderstelling dat 75% van de zorgaanbieders een minimaal 0-rendement realiseren? Het aangaan van meerjarenverplichtingen vereist ons inziens een ruimere blik dan 2 jaar vooruit. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt. Dit hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.
Bij publicatie van het richttarief kunnen er geen vragen gesteld worden, maar kan er wel een bezwaar worden ingediend. Wat is de reden om geen nota van inlichtingen te publiceren?	Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. Op 5 september 2024

	wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde.
U schrijft dat het tariefpercentage voor de NHC/NIC 100% blijft voor het jaar 2025. Heeft u hierbij rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking (117 miljoen korting op de Wlz)? Zo ja, kunt u dan bevestigen dat zorgaanbieders ondanks de NHC-herijking voldoende middelen hebben voor de aanschaf, onderhoud, vervanging en verduurzaming van het vastgoed? Zo nee, waarom niet?	De NHC/NIC tarieven worden door de NZa vastgesteld. De zorgkantoren hebben hier geen invloed op.
Het richttariefpercentage voor 2025 wordt pas in september bekend gemaakt. Hoe is dit voor 2026? Maakt u het richttariefpercentage dan ook pas in september bekend?	Dat is nu nog niet bekend. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze invulling te geven aan het arrest.
U beschrijft dat op uiterlijk 5 september 2024 de definitieve richttariefpercentages voor 2025 worden gepubliceerd conform de Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024 en de vaststelling van de richttariefpercentages 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. Het is voor ons onduidelijk of de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder	Wij bespreken de toereikendheid van de contracteerruimte op de landelijke tafels. Op de gebruikelijke wijze informeren de zorgkantoren u over de uitnutting van de contracteerruimte.

<p>andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage toereikend is. Bent u bereid hier duidelijkheid in te verschaffen en dit in te brengen op landelijke tafels waarin u bent afgevaardigd? Zo nee, waarom niet?</p>	
<p>Wij maken bezwaar tegen de late bekendmaking van het richttariefpercentage voor 2025 en de exacte onderbouwing voor het nieuwe tariefpercentage. Hoe kunnen wij, als zorgaanbieder, hier onze bedrijfsvoering op afstemmen?</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 maar wel een zodanig aantal dat een voldoende representatieve berekening kan worden gemaakt. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>
<p>Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025." Dient deze mededeling schriftelijk gedaan te worden?</p>	<p>Ja, u dient dit schriftelijk te melden bij uw zorgkantoor.</p>
<p>De richttariefpercentages worden na 5 september vastgesteld. Is het correct dat wij (ook) na genoemde datum vragen kunnen stellen over en bezwaar kunnen maken tegen het richttariefpercentage en de wijze waarop deze tot stand zijn gekomen?</p>	<p>Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. In september wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde. U kunt in september bezwaar maken tegen zowel de hoogte van het richttariefpercentage als de onderbouwing.</p>
<p>Is het correct dat er per zorgaanbieder het richttariefpercentage kan variëren?</p>	<p>Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7, die op 5 september 2024 wordt gepubliceerd.</p>
<p>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?</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>Wij zijn verheugd over een hoger richttariefpercentage, maar hoe gaat het zorgkantoor voorkomen dat dit hogere percentage door het overschrijden van de</p>	<p>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</p>

contracteerruimte uiteindelijk toch weer teniet wordt gedaan?	naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
---	---

3.2. Tariefafspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor de complexe zorg

Vraag	Antwoord
Kunt u de criteria aangeven op grond waarvan zorg hoog complex en/of essentieel is?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

3.3. Tariefafspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor de hoog complexe en essentiële zorg

Vraag	Antwoord
Pagina 23: Komt er een afslag van 0,5% op het richtprijstarief van 97% op de lage ZZP's en blijft het richtprijstarief voor de 'hoge ZZP's' op 97% staan?	In ons beleid maken we onderscheid tussen vier categorieën: essentiële voorzieningen, hoog complexe, complexe en reguliere zorg. We handhaven de afslag op reguliere zorg van 0,5% op het richttariefpercentage. Voor de complexe zorg hanteren we het richttariefpercentage. Voor hoog complexe zorg en essentiële voorzieningen geldt een opslag op het richttariefpercentage. Voor meer informatie verwijzen wij u naar paragraaf 3.1 t/m 3.4. Het genoemde richttariefpercentage in uw antwoord is geldend voor 2024. Uiterlijk 5 september publiceren wij het richttariefpercentage voor 2025.
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.
Wat zijn de mogelijkheden voor het maken van maatwerkafspraken voor (hoog) complexe zorg?	Als u voldoet aan hetgeen wij beschrijven in paragraaf 1.2.2 van ons beleid over "gericht contracteren", dan kunt u dat bij uw inschrijving kenbaar maken.
Om de opslagen voor de hoogcomplexe en essentiële zorg te kunnen vergoeden wordt de reguliere zorg gekort met 0,5%. We begrijpen deze substitutie, maar verzoeken ook de VG7 op te nemen in de lijst met hoog complexe en essentiële zorg. Graag ontvangen wij een motivatie van uw keuze.	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. De hoogte van de opslag voor hoog complexe zorg kan mogelijk wijzigen door de uitkomsten van kostenonderzoek van de NZa. Voor VG 7 was in 2024 een aparte (landelijke) toeslag van toepassing, doordat er door VWS extra middelen beschikbaar waren gesteld. Op basis van de uitkomsten van het kostenonderzoek gaan wij na of het noodzakelijk is VG 7 in te delen in 'hoog complex'. De financiële haalbaarheid

	<p>binnen de beschikbare contracteerruimte speelt hierbij een belangrijke rol.</p>
<p>Landelijk wordt breed onderkend dat VG7 hoog complexe zorg, dit was in 2024 ook het Zilveren Kruis beleid. Waarom geldt dit niet in 2025?</p>	<p>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. De hoogte van de opslag voor hoog complexe zorg kan mogelijk wijzigen door de uitkomsten van kostenonderzoek van de NZa.</p> <p>Voor VG 7 was een aparte (landelijke) toeslag van toepassing, doordat er VWS extra middelen beschikbaar waren gesteld. Op basis van die uitkomsten gaan wij na of het noodzakelijk is in VG 7 in te delen in 'hoog complex'. De financiële haalbaarheid binnen de beschikbare contracteerruimte speelt hierbij een belangrijke rol.</p>
<p>AUD3 -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 5ZG 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>
<p>AUD1, 4, 2 - 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</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</p>

<p>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>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>
<p><i>Subparagraaf 3.3.1. 'De opslag voor VG 7 vervalt'</i></p>	
<p>Kan er op het moment dat het aangepaste VG7-tarief niet kostendekkend is alsnog voor een 3% opslag worden gekozen voor deze ZZP?</p>	<p>In ons beleid maken we onderscheid tussen vier categorieën: essentiële voorzieningen, hoog complexe, complexe en reguliere zorg.</p> <p>Voor VG 7 was in 2024 een aparte (landelijke) toeslag van toepassing, doordat er door VWS extra middelen beschikbaar waren gesteld. Op basis van de uitkomsten van het kostenonderzoek gaan wij na of het noodzakelijk is VG 7 in te delen in 'hoog complex'. De financiële haalbaarheid binnen de beschikbare contracteerruimte speelt hierbij een belangrijke rol.</p>
<p>We verzoeken het zorgkantoor een ander tariefpercentage te hanteren dan het richttariefpercentage minus 0,5% voor de VG7. We verwachten dat dit zal leiden tot een niet reëel tarief. Kan het zorgkantoor haar keuze hierin onderbouwen?</p>	<p>De afslag van 0,5% op reguliere zorg is niet van toepassing op VG 7, want wij scharen VG 7 niet onder reguliere zorg. Voor VG 7 zal minimaal het richttariefpercentage van toepassing zijn.</p>
<p>Wanneer wordt het nieuwe VG7-tarief naar verwachting gepubliceerd en per wanneer gaat dit in?</p>	<p>Zorgkantoren verwachten dat de NZA het nieuwe VG7 tarief gelijktijdig met de beleidsregels 2025 publiceert. Dit is op of kort na 1 juli 2024.</p>
<p>Wat gebeurt er als het VG7-tarief onverhoopt niet tijdig kan worden vastgesteld of dit tarief niet altijd als niet toereikend/kostendekkend wordt gezien?</p>	<p>Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024. Het is geen taak van het zorgkantoor om</p>

	kostendekkende tarieven vast te stellen, dat doet de NZa.
Wat als de NZa niet voor het jaar 2025 het nieuwe VG7 tarief heeft gepubliceerd? Kunnen wij dan weer op een opslag rekenen in 2025?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
De opslag voor het VG7 tarief vervalt en verwacht wordt dat dit in de NZA-tarieven wordt meegenomen. Ons bereiken signalen dat aanbieders geen nieuwe VG7 cliënten meer aannemen. Wij kunnen voorstellen dat het niet-kostendekkend zijn van het VG7 tarief een reden hiervoor kan zijn. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat er voldoende zorg voor VG7 cliënten beschikbaar blijft?	De NZa herrekent het VG7 tarief voor het jaar 2025 op basis van het kostenonderzoek. De verwachting is dat dit tarief wordt verhoogd. Wij verwijzen naar de Wlz-overeenkomst en hetgeen daarin bepaald is over een klantenstop.
Aanpassing VG7-tarief: U verwacht dat de NZa een aangepast VG7-tarief zal publiceren. Indien aan deze verwachting niet voldaan wordt betekent dit dat het zorgkantoor geen reëel tarief betaalt. Indien dit het geval is gaan wij graag gezamenlijk met de NZa en VWS in gesprek om te komen tot reële bekostiging van de VG7 in 2025. Staat u hiervoor open?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Mocht het toch gebeuren dat het tarief niet tijdig wordt vastgesteld, zullen zorgkantoren dit bespreken in het overleg met VWS, NZa en VGN dat regelmatig plaatsvindt over het VG7 tarief.
Als organisatie zien wij grote uitdagingen om cliënten met een ZZP VG7 binnen het bestaande budget verantwoorde en passende zorg te bieden, ondanks de opslag die we in 2024 voor cliënten met VG7 hebben gekregen. De onzekerheid over het tarief voor 2025 is voor ons reden tot zorg. Het kostenonderzoek van de NZa heeft meer tijd nodig en de tarieven zullen pas in 2026 aangepast worden, het VG7 tarief is een van de uitzonderingen daarop. U verwacht dat de NZa met de publicatie van de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren, maar u doet daar nu nog geen concrete uitspraak over. Onze vraag is: hoe kan geborgd worden dat wij ook in 2025 verantwoorde en passende zorg kunnen bieden voor cliënten met VG7?	Wij hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Met dit tarief gebaseerd op het kostenonderzoek van de NZa moet het mogelijk zijn om verantwoorde en passende zorg voor de VG7cliënten te bieden.
Ontvangt Zorgkantoor bij een ophoging van het landelijke 7VG-tarief ook aanvullende middelen vanuit VWS of dient dit te worden bekostigd uit de reguliere contracteerruimte?	Dit is nog niet duidelijk. Hierover vindt nog overleg plaats met VWS.
Welke werkwijze hanteert het zorgkantoor wanneer NZa niet tijdig een nieuw tarief voor VG7 gepubliceerd heeft?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.

Paragraaf 3.3.1. De opslag voor het VG7 tarief vervalt. Aangegeven wordt dat verwacht wordt dat de NZa met de publicatie voor de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren. Wat is het zorgkantoor voornemens te doen indien er dit jaar nog geen nieuw VG7 tarief wordt gepubliceerd?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
--	--

3.4 Tariefafspraken afspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor reguliere zorg

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

3.6 We continueren afspraken met zorgaanbieders met een lager tariefpercentage

Vraag	Antwoord
Het doorlopen van de HLT procedure vraagt veel tijd en energie van zorgaanbieders omdat het een grote administratielast met zich meebrengt. Waarom vindt u het wenselijk en passend om de bewijslast primair bij de zorgaanbieder te leggen? Waarin schuilt de noodzaak hiervan en heeft u alternatieven overwogen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?	<p>"De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zonedig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Voor het aanleveren van de gegevens voor het doorlopen van de HLT-procedure is een standaardformat beschikbaar, dat aansluit op de informatie vanuit de jaarrekeningen van de zorgaanbieder. Op deze manier wordt de administratieve last van zorgaanbieders zoveel als mogelijk beperkt.</p>
Wij maken BEZWAAR tegen het hanteren van historisch laag tariefpercentages zonder onderbouwing/motivering van het zorgkantoor dat met dit tariefpercentage sprake is van een reëel tarief, zoals volgt uit onder andere het proportionaliteitsbeginsel. Kunnen wij deze onderbouwing/motivering van het zorgkantoor t.z.t. dan wel verwachten?	Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële

	<p>tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zonodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter en acht uw bezwaar ongegrond.</p>
<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): 'Bij het vaststellen van het basistariefpercentage voor 2025 zal Zorgkantoor dit lagere tariefpercentage hanteren voor volgende jaren, tenzij u aangeeft dat dit geen reëel tariefpercentage voor u is op de wijze als beschreven in hoofdstuk 6.' ZN/zorgkantoren verhogen het richttariefpercentage voor 2024 met 0,5%. Dit percentage is tot stand gekomen na een aangepaste berekening van het richttariefpercentage gebaseerd op declaratiegegevens en jaarcijfers van de hele sector. Wij vinden het daarom passend en logisch dat de verhoging van 0,5% ook van toepassing is op zorgaanbieders met een historisch laag tarief. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, kunt u motiveren waarom u dit anders ziet?</p>	<p>Het Zorgkantoor volgt uw redenering niet. Het kan immers zo zijn dat het historisch laag tarief voor de betreffende zorgaanbieder kostendekkend is. Het verhogen van het tarief zou in strijd zijn met de verplichting voor Zorgkantoren om de zorg op doelmatige wijze in te kopen, juist omdat in de historisch laag tariefprocedure specifiek op aanbiedersniveau is beoordeeld op een kostendekkend tarief.</p> <p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p>

<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): “Bij het vaststellen van het basistariefpercentage voor 2025 zal Zorgkantoor dit lagere tariefpercentage als uitgangspunt hanteren voor volgende jaren, tenzij dit geen reëel tariefpercentage voor u”. a. Uit jurisprudentie volgt dat zorgkantoren een verantwoordelijkheid hebben voldoende te onderbouwen dat sprake is van reële tarieven (proportionaliteitsbeginsel). Waarom kiest u ervoor de bewijslast - om aan te tonen dat een geboden historisch lager tariefpercentage niet kostendekkend is – eenzijdig bij de zorgaanbieder te leggen? Bent u het ermee eens dat dit geen recht doet aan jurisprudentie? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zonodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter.</p>
<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): c. Uit de onderbouwing richttariefpercentages van zorgkantoren (bijlage volgt een onderbouwd, gemotiveerd richttariefpercentage. Waarom kiest Zorgkantoor ervoor – onderdeel zijnde van ZN - om af te wijken van deze onderbouwing en berekening? Stelt u daarmee dat u niet achter de onderbouwing staat? Zo nee, waarom wordt afgeweken?</p>	<p>Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen binnen het budgettaire kader. Hoewel de zorgkantoren achter de methodiek om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn.</p> <p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan ook de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op</p>

	<p>moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p>
<p>U geeft aan dat zorgaanbieders met een lager tariefpercentage voor 2025 de mogelijkheid hebben een verzoek in te dienen voor aanpassing van het tariefpercentage en dat zij hiervoor een onderbouwing aan dienen te leveren. Zorgaanbieders die al langer gecontracteerd zijn komen automatisch in aanmerking voor het hogere richttariefpercentage en hoeven geen onderbouwing aan te leveren om dit richttariefpercentage te blijven ontvangen. Dit strookt niet met het gelijkheidsbeginsel van de Aanbestedingswet. Op basis van welke juridische grondslag doet u dit?</p>	<p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zo nodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter.</p>

4. We blijven in dialoog over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor onze klanten

4.5 Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon

Vraag	Antwoord
In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen en eventueel bezwaar tegen bijvoorbeeld de administratieve lasten?	Er zijn hiervoor géén aparte vraag- en bezwaarprocedures. Zorgkantoren nemen ook de administratieve lasten voor zorgaanbieders mee in hun overwegingen.
Zorgaanbieders moeten inzicht geven in de CO2-reductie a.d.h.v. de CO2 routekaart. Deze routekaart beperkt zich tot 50 locaties. Wij hebben meer dan duizend locaties. Dit betekent dat wij meer dan twintig aparte routekaarten moeten inleveren, terwijl het via onze eigen methode/ "routekaart", in één keer kan. Dit bespaart veel (schaarse) tijd en middelen. We nemen aan dat u stuurt op het resultaat, niet op het instrument. Derhalve gaan we ervan uit dat wij via onze methode onze CO2-reductie inzichtelijk kunnen maken. Kunt u dit bevestigen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Zilveren Kruis steunt de in ontwikkeling zijnde plannen die bijdragen aan verduurzaming van de zorg. Kunt u aangeven wanneer de betreffende plannen worden verwacht? Kunt een toelichting geven wat u onder committeren aan de Green deal verstaat?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Vraag: In het inkoopbeleid schrijft u "Zilveren Kruis verwacht van zorgaanbieders dat zij zich committeren aan de doelstellingen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0 en de te ontwikkelen uitvoeringsplannen. Ook wanneer dit gedurende de looptijd van dit beleid vraagt om aanvullende acties, bijvoorbeeld op het gebied van monitoring." Kunt u bevestigen dat u geen aanvullende acties van zorgaanbieders vereist die méér of extra vragen dan volgt uit wetgeving/ een verplichtend karakter heeft? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
CSRD: Onbekend is nog wat de zorgkantoren uit willen vragen voor de CSRD aangezien dit nog niet gepubliceerd is. Is het mogelijk om na publicatie van de uitvraag nog vragen te stellen?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw

	zorginkoper.
CSRD: Welke data zullen voor CSRD worden opgevraagd? Alleen van aanbieders of ook van de hele keten (oa leveranciers etc)? Hoe veel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moeten deze data aangeleverd worden?	Dat is op dit moment nog niet te zeggen. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
Wanneer kunnen wij meer inzicht verkrijgen in de uitvraag ten behoeve van de CSRD? Wat betekent dit voor de zorgaanbieders die waarschijnlijk zelf niet onder de CSRD vallen? Dit leidt hoe dan ook tot een verzwaring van de administratieve lasten. worden de aanbieders hierin gecompenseerd?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.
Ten aanzien van het overgangsrecht wachten we graag de nadere informatie af voor 30 juni. Wij pleiten voor een uniforme werkwijze in het kader van de administratieve lastenvermindering. Kunt u bijdragen aan een eenduidige wijze van verantwoorden gelijk zoals door de zorgverzekeraars gesteld?	Het is ons niet duidelijk waar uw vraag betrekking op heeft. Wij kunnen deze om die reden niet beantwoorden.
Verduurzaming. Wanneer verwacht ZN de uitvraag te doen voor CSDR en hoe lang krijgen we de tijd om die gegevens aan te leveren?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
Aangegeven wordt: In geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken, maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie; - Waarom voegt het zorgkantoor aanvullende belastende voorwaarden toe? De wetgever heeft niet voor niets gekozen voor een vrijstelling.	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.
Aangegeven wordt dat ondanks dat wij als zorginstelling geen CSRD plicht hebben welk de gegevens moeten aanleveren - Hoe worden de kosten vergoed welke moeten worden gemaakt om deze gegevens te genereren? De wetgever heeft immers niet voor niet een vrijstelling gemaakt.	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Van een compensatie voor zorgaanbieders is geen sprake en wij zijn ook van mening dat dit niet nodig is.
Op pagina 12 van het document geeft u aan dat ogv de Europese CSRD er gerapporteerd dient	We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet

<p>te worden over de impact van activiteiten op mens en milieu. Hoe dat er voor 2025 precies uit gaat zien laat u zsm, bij voorkeur voor 30 juni 2024, weten. Gezien de zorgaanbieders pas na sluiting van deze Nvl-ronde worden geïnformeerd hierbij aan u de vraag op welke wijze we nog aanvullende vragen over dit onderwerp kunnen stellen.</p>	<p>nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wordt er verwacht dat zorgaanbieders zelf ook al actief rapporteren omtrent duurzaamheid of rust deze verplichting vooralsnog bij de zorgverzekeraar en haalt deze gegevens op bij zorgaanbieders?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Sommige zorgaanbieders zijn op grond van de wet zelf CSRD-plichtig en zullen op grond daarvan een duurzaamheidsrapportage moeten publiceren.</p>
<p>Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 202te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025. De zorgverzekeraar kan mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van organisatie opvragen. Kan worden aangegeven over welke parameters het hier gaat? Kan worden aangegeven de gevolgen zijn als deze parameters (nog) niet inzichtelijk zijn?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>De CSRD vraagt mogelijk informatie van de zorgaanbieders en wij waarderen het dat u de eventuele administratieve lasten wil beperken. Wij nemen aan dat alle zorgverzekeraars hier mee te maken hebben. Is het mogelijk daar u daar in ZN verband met ActiZ afspraken over maakt?</p>	<p>Ja, het is onze inzet om in afstemming met Actiz en andere zorgbrancheorganisaties (Wlz en Zvw) de CSRD-databehoefte van de zorgkantoren en zorgverzekeraars af te stemmen.</p>
<p>In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nodig heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Is deze uitvraag vanuit het zorgkantoor een verplichting?</p>	<p>De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.</p> <p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Welke consequenties zijn eraan verbonden wanneer een aanbieder de gegevens uit de uitvraag niet aanlevert?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij dan conform de gemaakte afspraken de gegevens aanleveren.</p>

<p>In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Kunnen zorgaanbieders zelf beslissen waarover zij rapporteren en op welke manier?</p>	<p>Dit wordt op een later moment uitgewerkt. U wordt hiervoor voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Wanneer de aanbieder de GDDZ3.0 niet ondertekend heeft, op welke manier heeft de aanbieder dan inspraak in de uitvraag?</p>	<p>Voor de klimaat- en milieu-impact baseren wij ons op de monitoring die bij de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ3.0) wordt afgesproken. Inspraak van zorgaanbieders op de opzet van de GDDZ3.0-monitoring verloopt via de zorgbrancheverenigingen die partner zijn van de GDDZ3.0.</p>
<p>Onbekend is nog wat de zorgkantoren uit willen vragen voor de CSRD aangezien dit nog niet gepubliceerd is. Is het mogelijk na publicatie van de uitvraag nog vragen over te stellen? Ten einde te komen tot een efficiëntere en administratief minder belastende uitvraag?</p>	<p>Voordat wij een eventuele uitvraag m.b.t. 2025 vaststellen, zullen we hierover afstemmen met de zorgbrancheverenigingen. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Welke data gaat er opgevraagd worden voor CSRD? Alleen van aanbieders of ook van de hele keten (oa leveranciers etc)? Hoe veel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moet deze data aangeleverd worden?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>Als blijkt dat de gevraagde data voor de CSRD niet aan te leveren is door de zorgaanbieders. Staat het zorgkantoor dan open voor een dialoog om te komen tot een gezamenlijke databepaling zodat het zorgkantoor kan voldoen aan de CSRD-regelgeving?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Vanwege deze werkwijze verwachten wij niet dat dit aan de orde zal zijn.</p>
<p>U geeft aan dat u nog geen nadere informatie kunt geven over de mogelijke uitvraag op basis van de CSRD-vereisten in 2025. Dat betekent dat wij nu hier ook geen nadere vragen over kunnen formuleren en - afhankelijk van het moment dat deze informatie wel beschikbaar komt - mogelijk zelfs een instemmingsverklaring moeten indienen terwijl wij op dit gebied niet weten waar we dan mee in stemmen. Wij verzoeken u dan ook hier een specifieke, nadere vragenronde voor in te richten van 21 kalenderdagen na publicatie en onze instemmingsverklaring binnen die termijn in te trekken, e.e.a. in lijn met de bepalingen rondom</p>	<p>Wij stemmen onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde en de mogelijkheid om de instemmingsverklaring in te trekken. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>

de publicatie van het richttariefpercentage voor 2025, zoals opgenomen in paragraaf 2.3.	
Paragraaf 4.5. verplicht rapporteren over de impact van de activiteiten op mens en milieu.	Het is voor ons niet helder wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
Hoeveel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moet deze data aangeleverd worden?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
Is aan te geven (eventueel in schatting) wanneer er meer duidelijkheid is omtrent informatie mbt duurzaamheidsprestaties?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
Wordt er ook al concreet iets verwacht in de rapportages van de zorgaanbieders op het vlak van duurzaamheidsprestaties?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
U schrijft dat u uit hoofde van de CSRD mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties nodig heeft. En dat hiervoor een uitvraag komt. Geldt dat ook voor zorgaanbieders die zelf ook al CSRD-plichtig zijn? Dat is bij ons namelijk geval en zowel zelf conform de CSRD in het jaarverslag rapporteren als informatie aan u leveren lijkt te leiden tot een dubbele administratieve last. Kan er als alternatief worden verwezen naar de CSRD gegevens in het jaarverslag van de zorgaanbieder?	Ja, dit geldt ook voor zorgaanbieders die zelf CSRD plichtig zijn. Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven is het voor 2025 nog niet bekend hoe dit er uit gaat zien. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.
U vraagt zorgaanbieders mee te werken aan CRSD vereisten van de Zorgverzekeraar. Dit betekent een extra administratieve last voor de zorgaanbieder. Is de zorgaanbieder verplicht gegevens aan te leveren? Zo ja, wat is de wettelijke basis voor deze verplichting?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij dan conform de gemaakte afspraken de gegevens aanleveren.
U geeft aan dat u zich inzet voor een zo laag mogelijke administratieve lasten voor aanbieders worden beperkt. Kunt u aangeven hoe dat wordt gegarandeerd?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.
U verwacht "...dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRDwetgeving". Vanaf 1 januari 2025 gaat de CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) in voor grote zorgorganisaties die in BV-vorm zijn ingericht dus (lang) niet voor alle zorginstellingen. Hoe verhoudt zich uw vraag tot aanlevering van	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.

<p>informatie in het kader van de CSRD met het het niet hoeven voldoen aan deze verplichting voor een groot aantal zorginstellingen?</p>	
<p>Leidt het verplicht rapporteren via de Europese richtlijn CSRD tot extra administratieve lasten en wat zijn deze dan. Is daarmee duidelijk wat er uiterlijk ultimo 2024 vastgelegd en gerapporteerd dient te worden ?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>Door de omvang van het vastgoed dat in beheer is, kunnen uitvraagvariabelen veel inspanningen vereisen. Zijn hier maatwerkafspraken te maken over de reactietermijn en of de volledigheid van de gevraagde duurzaamheidsprestaties?</p>	<p>Vanwege onze werkwijze verwachten wij niet dat dit aan de orde zal zijn.</p> <p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>Wij zijn een landelijke zorgaanbieder. Kunnen wij ervanuit gaan dat wij een landelijke rapportage mogen aanleveren ipv een regionale? Als dit regionaal gedaan dient te worden zorgt dit voor een verhoging van de administratieve lasten</p>	<p>Zorgkantoren en zorgverzekeraars starten in het najaar 2024 in ZN-verband met de bepaling van de gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. We zullen dit o.a. afstemmen met de zorgbrancheverenigingen die medeondertekenaars zijn van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (de GDDZ3.0-partners). Ons uitgangspunt daarbij is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.</p>
<p>Mogen wij aannemen dat informatie die aangeleverd moet worden voor de CSRD eerst in de ketenraad akkoord is bevonden en daarmee wordt verantwoord via de Kick-V? Zo nee hoe ziet u deze beweging in het licht van regelarme zorg?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p> <p>Als we van bestaande werkwijzen via KIK-V gebruik kunnen maken om de administratieve belasting voor (een deel van de) zorgaanbieders en onszelf zo laag mogelijk te houden, dan staan we daar zeker voor open.</p>
<p>Een nieuwe ontwikkeling is de Europese richtlijn CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Er dient gerapporteerd te worden over de impact van de eigen bedrijfsvoering én over de impact in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 202te rapporteren conform de CSRD vereisten over het verzekeringsjaar 2025.13.Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie</p>	<p>We begrijpen dat u graag snel duidelijkheid wilt. Op dit moment kunnen wij u deze nog niet geven. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.</p>

<p>aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD wetgeving. Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden. Hoe kunnen organisaties zich nu voorbereiden op een dergelijk traject als het zorgkantoor zelf ook nog niet weet wat de impact gaat zijn. In financiële zin en qua tijd en energie.</p>	
<p>Genoemd wordt dat “We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.” Is het zorgkantoor bereid zich aan te sluiten op de landelijke afspraken die in het kader van de verantwoording CSRD worden gemaakt?</p>	<p>Ja, alle zorgkantoren committeren zich aan de nog te maken landelijke afspraken voor de monitoring van de resultaten van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ3.0).</p>
<p>In hoeverre wordt bij de rapportage rekening gehouden met het beperken van de administratieve lasten voor de zorgaanbieder?</p>	<p>Bij de bepaling van onze CSRD-gegevensbehoefte is het centrale uitgangspunt om minimale (bij voorkeur geen) administratieve lasten bij zorgaanbieders te veroorzaken.</p>
<p>In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen en eventueel bezwaar tegen bijvoorbeeld de administratieve lasten?</p>	<p>Nee, vanwege onze werkwijze verwachten wij ook niet dat dit nodig zal zijn.</p> <p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>Onduidelijkheid over administratieve lasten / informatie aanleveren zorgaanbieders. Kunt u bevestigen dat u geen aanvullende acties van zorgaanbieders vereist die méér of extra vragen dan volgt uit wetgeving/ een verplichtend karakter heeft? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>
<p>Heeft de invoering van CSRD nog verdere gevolgen voor het inkoopbeleid? Zo ja, welke en op wat voor termijn wordt dit duidelijk gemaakt?</p>	<p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>

4.6 De zorgatlas geeft een beeld van het beschikbare zorgaanbod

Vraag	Antwoord
<p>Welke gegevens moeten er precies actueel gehouden worden in de Zorgatlas? Wat wordt verstaan onder geactualiseerd?</p>	<p>Wij vragen u uw locaties zelf te voorzien van het actuele zorgaanbod en de locatie kenmerken. Hoe u dit kunt doen en om welke gegevens het precies gaat leest u in de handleiding bij de zorgatlas. Wij vragen u om u in te spannen de gegevens zo actueel mogelijk te houden, zodat klanten die de zorgatlas raadplegen te allen tijde over de juiste informatie beschikken.</p>
<p>De zorgatlas wordt door zorgkantoren gebruikt om (potentiële) klanten en familie te informeren. Als aanbieder met veel locaties is het een uitdagende klus om alle locaties inzichtelijk te maken. Wij zijn dan ook benieuwd in hoeverre zorgatlas gebruikt wordt door (potentiële) klanten. Kunnen de zorgkantoren inzicht geven in het gebruik van de website (aantal unieke bezoekers en hoeveel (en welke) pagina's bezocht worden)?</p>	<p>De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid. Uw vraag valt hier niet onder en beantwoorden we daarom niet.</p> <p>Wel benadrukken we dat het voor (potentiële) cliënten, familieleden, zorgbemiddelaars en onafhankelijke cliëntondersteuners belangrijk is dat er goede en volledige informatie is over het zorgaanbod. Dit kan helpend zijn in de keuze voor een zorgaanbieder. Wij verwachten dat dit telefoontjes naar zorgaanbieders met vragen over het zorgaanbod kan voorkomen.</p>
<p>Hoe zorgt Zilveren Kruis ervoor dat zorgaanbieders aangehaakt blijven bij de doorontwikkeling van zorgatlas?</p>	<p>Wanneer zorgaanbieders ideeën hierover hebben kunnen zij dit bij de zorgkantoren kenbaar maken. De wensen van zorgaanbieders worden meegenomen als bespreekpunt m.b.t. de doorontwikkeling van de zorgatlas.</p>
<p>In hoeverre houdt het zorgkantoor rekening met een representatief waarderingsbeeld die cliënten kunnen achterlaten op zorgatlas?</p>	<p>Het is onduidelijk wat u met deze vraag bedoelt. Daarom beantwoorden wij deze vraag niet. U kunt hierover contact opnemen met uw zorginkoper.</p>

6. Voor een overeenkomst voor de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

Vraag	Antwoord
Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
De inschrijving is op 31 juli, maar het richttariefpercentage voor 2025 is pas bekend op 5 september. Is het juridisch wel juist om een inschrijving te vragen als je niet weet waarvoor je inschrijft?	Zorgkantoren hebben in het inkoopdocument het volgende opgenomen: Het staat zorgaanbieders vrij om binnen 20 dagen na publicatie van het richttariefpercentage mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025.

6.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.2 Vragen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid kunt u stellen tot en met 13 juni 12:00 (stap 2)

Vraag	Antwoord
We missen het aangepast beleid van de regionale transitie middelen. Kunt u ons deze alsnog doen toekomen?	Het beleid m.b.t. de regionale transitie middelen is ongewijzigd ten opzichte van 2024. U leest dit in paragraaf 2.3 van het Inkoopbeleid.
We verzoeken Zilveren Kruis bij de volgende publicatie (volgend jaar) de gewijzigde tekst gearceerd bij te houden en toe te sturen. Dit bevordert transparantie en vermindert administratieve last. Kunt u hiermee instemmen?	Om de leesbaarheid van het document te bevorderen, heeft Zilveren Kruis ervoor gekozen te werken met een overzicht van belangrijkste wijzigingen. Hierin wordt de wijziging toegelicht en verwezen naar de paragraaf waar de wijziging betrekking op heeft. Hiermee bieden wij de door u gevraagde transparantie. Wij zullen uw overweging meenemen in onze overweging voor latere publicaties.
Welke ondersteuning kan Zilveren Kruis bieden bij het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders in het kader van de transitie middelen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

<p>Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het inkoopproces 2025. Op 31 mei 2024 12.00u is het inkoopbeleid gepubliceerd en op 13 juni 2024 12.00u dienen vragen en/of bezwaren kenbaar te zijn gemaakt. De termijn van 13 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Daarnaast is deze termijn ieder jaar korter aan het worden. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten? Waarom kiest u er niet voor zorgaanbieders meer tijd te bieden?</p>	<p>De termijn om vragen te stellen is inderdaad 1 dag korter dan vorig jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat er (slechts) sprake is van een aanvulling voor 2025, met een beperkt aantal aanpassingen, op het meerjarig zorginkoopkader 2024-2026. Voor de bezwaartermijnen verwijzen we u naar regionaal beleid.</p>
---	--

6.3. U kunt tot en met 13 juni 12:00 uur bezwaar aantekenen tegen de gewijzigde delen inkoopbeleid Wlz 2024 - 2026 geactualiseerd voor 2025 (stap 3)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.4 U kunt alleen een beroep doen op bezwaren en vragen die u zelf heeft ingediend

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.5 In de Nota van Inlichtingen publiceren we de antwoorden op de vragen die voor iedereen van belang zijn (stap 4)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.6 Na publicatie van de Nota van Inlichtingen geldt een vervalt termijn van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.7 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.8 Alleen met een juiste en volledige inschrijving komt u voor een overeenkomst in aanmerking (stap 5)

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.1 'Gebruik voor uw inschrijving de digitale inkoopapplicatie'</i>	

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.2 'Heeft u vragen tijdens de inschrijving?'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.3 'De eisen voor inschrijving zijn afhankelijk voor uw situatie in 2024'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.4 'Er zijn bij de inschrijving verschillende eisen van toepassing tussen de bestaande en nieuwe zorgaanbieders en tussen de verschillende soorten bestaande zorgaanbieders'</i>	
Welke andere documenten moeten eventueel worden meegestuurd bij de inschrijving?	Welke documenten u dient aan te leveren is afhankelijk van uw situatie (bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' of nieuwe zorgaanbieder). U leest dit in paragraaf 6.8.4.
<i>Subparagraaf 6.8.5 'Met uw inschrijving en het ondertekenen van de de instemmingsverklaring of bestuursverklaring stemt u in met het geschetste perspectief voor de zorginkoop voor de komende twee jaar'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.6 'Afhankelijk van uw individuele situatie kan een nadere toelichting of onderbouwing bij de inschrijving van toepassing zijn'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.7 'Zorgaanbieders melden hun onderaannemers'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.8 'Uw inschrijving dient u uiterlijk 31 juli 2024 voor 17.00 uur in via het zorginkoopportaal (stap 7)'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

6.9 U ontvangt uiterlijk 30 augustus 2024 een terugkoppeling van onze beoordeling (stap 8)

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 6.9.1 'Wij beoordelen de inschrijving aan de hand van de volgende stappen'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

<i>Subparagraaf 6.9.2 'Wij koppelen op basis van de uitkomsten van onze beoordeling aan u terug of wij voornemens zijn een overeenkomst aan te gaan voor 2025 (- 2026) en welke afspraken we met u willen maken'</i>	
Kan het zorgkantoor voorbeelden geven waarop het zorgkantoor de mogelijkheid gaat gebruiken om eenzijdig nog een keer met een periode van 1 jaar te verlengen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
<i>Subparagraaf 6.9.3 'Wij kunnen ontbindende voorwaarden aan de overeenkomst verbinden'</i>	
Kunnen jullie voorbeelden geven van voorwaarden die jullie kunnen verbinden aan het aangaan van een overeenkomst, bijvoorbeeld in het geval van lopende onderzoeken in verband met een materiële controle?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
<i>Subparagraaf 6.9.4 'Zorgaanbieders kunnen een kortgedingprocedure starten tegen de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving (stap 10)'</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.9.5 'Zorgaanbieders met een niet-passend lager tarief kunnen een onderbouwing aanleveren'</i>	
Eventueel aanvullende vragen dienen binnen 3 werkdagen te worden beantwoord. Bij niet tijdige, onjuiste of onvolledige beantwoording van aanvullende vragen (mondeling dan wel schriftelijk) wordt het historisch lage tariefpercentage gehandhaafd" Wat maakt dat u hier 3 werkdagen hanteert? Hoe bepaalt u of de beantwoording onvolledig is? Graag uw toelichting op bovenstaande vragen.	De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk om volledige en juiste informatie aan te leveren. De tijdslijnen voor de beoordeling zijn kort. De periode waarin aanvullende vragen gesteld kunnen worden vanuit het zorgkantoor is vooraf bekend en via het inkoopbeleid gecommuniceerd. U kunt hier alvast rekening mee houden. We achten een reactie termijn van 3 werkdagen daarmee reëel. Het zorgkantoor stelt vast of de aangeleverde informatie de gestelde vraag beantwoordt. Heeft u zelf twijfels of u met de aan te leveren informatie volledig bent, neemt u dan contact op met het zorgkantoor.
<i>Subparagraaf 6.9.6 'Voor een beroep op de hardheidsclausule neemt u contact op met uw zorginkoper'</i>	
In de paragraaf over een beroep op de hardheidsclausule (6.9.6 heeft u een zin toegevoegd, namelijk: "Indien na indiening van de stukken de Nza tarieven worden bijgesteld, dan zal het zorgkantoor de omzet op dezelfde manier bijstellen als dat de Nza tarieven zijn bijgesteld." Wij begrijpen dat deze zin alleen betrekking heeft op organisaties die een beroep doen op de hardheidsclausule. Hoe moeten we deze zin in het kader van de hardheidsclausule interpreteren? Wat kunnen de gevolgen zijn voor het toepassen van de hardheidsclausule als de NZa de tarieven verhoogd respectievelijk verlaagd?	In het HHC formulier vult u een omzet in op basis van de dan bekende tarieven. Als de Nza de tarieven bijstelt, zullen wij de omzet in het HHC formulier bijstellen op dezelfde manier als de Nza tarieven worden bijgesteld (bijvoorbeeld: de tarieven worden 0,1% verhoogd, dan wordt de omzet 0,1% verhoogd.). Een verhoging van de omzet vermindert de aanspraak op de hardheidsclausule.
Wij zijn vorig jaar met andere partijen samen een kortgeding gestart. Wij kunnen ons niet vinden in de tariefsystematiek, waaronder het	U geeft aan dat het zorgkantoor onvoldoende tegemoet komt aan de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure

<p>(lage) richttariefpercentage en de voorwaarden voor de hardheidsclausule. Wij vinden dat Zorgkantoor onvoldoende tegemoet komt aan de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure (ECLI:NL:RBDHA:2023:1633 door ons naar voren zijn gebracht.</p>	<p>(ECLI:NL:RBDHA:2023:1633) door u naar voren zijn gebracht. Het is voor ons niet helder welke vraag u stelt en wij kunnen deze daarom niet beantwoorden.</p>
<p>Als bij de herschikking en/of nacalculatie blijkt dat de zorgaanbieder geen beroep meer toekomt op de hardheidsclausule (bijvoorbeeld omdat zijn financiële situatie gedurende het jaar is verbeterd) maakt Zorgkantoor aanspraak op het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule. Bent u het ermee eens dat deze werkwijze tot grote (financiële) onzekerheid en onduidelijkheid bij zorgaanbieders kan leiden en dat dit gezien de uitdagingen en vraagstukken in de sector onwenselijk is? Zo nee, hoe kijkt u er dan naar? In deze tijden dat er grote transformaties in de zorg nodig zijn, hebben zorgorganisaties behoefte aan een stabiele financieringsstroom. De systematiek van het richttariefpercentage welke jaarlijks (her)berekend wordt, kan betekenen dat dit percentage jaarlijks fors kan differentiëren. En heeft daarmee een forse invloed op de financieringsstroom. Het helpt zorgorganisaties om deze potentiële differentiaties eruit te halen waardoor een stabielere financieringsstroom ontstaat. Om te transformeren zijn er diverse (subsidie)potjes ontstaan in de vorm van transitiemiddelen, IZA gelden etc. Sinds 2024 zijn daar in de WLZ de modules bijgenomen. Dit zijn incidentiele middelen die ook nog vallen binnen de NZa max tarieven voor de WLZ. Maak van deze modules structurele middelen binnen de NZa tarieven. Natuurlijk blijven de zorgorganisaties dan de opdracht houden om verder te gaan met de transformatie.</p>	<p>Het Zorgkantoor kan zich niet vinden in uw redenering. De zorgaanbieders hebben zelf zicht op (de verbetering van) hun financiële situatie en kunnen daarmee een goede inschatting maken van de uitkomsten van de herschikking en/of nacalculatie. Als de financiële situatie van de zorgaanbieder gedurende het jaar verbetert, voldoet de zorgaanbieder niet meer aan de uitgangspunten om in aanmerking te komen voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule. De noodzaak voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule is dan niet langer aanwezig. Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen. De gekozen aanpak sluit hierop aan. Het tweede deel van uw vraag (de "diverse potjes") heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden deze vraag daarom niet.</p>
<p>Is het mogelijk om uitstel te krijgen voor het aanvragen van de HHC gezien het feit dat de deadline van 25 september zeer kort volgt op het bekend worden van het richttariefpercentage van 2025? (5 september) Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Nee, dat is niet mogelijk. Na indienen moeten de nodige processtappen doorlopen worden om de NZa deadline voor het indienen van het budgetformulier (15 november) te kunnen halen. Wij zijn van mening dat u uw begroting (vooral de kostenkant) al kunt voorbereiden zonder dat het richttariefpercentage bekend is.</p>

6.10 Een gesprek over contractering en voorwaarden met de zorginkoper is mogelijk (stap 11)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.11 Uiterlijk 25 oktober 2024 ontvangt u de definitieve terugkoppeling van uw inschrijving (stap 12)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.12 Binnen 14 dagen na de definitieve terugkoppeling kunnen zorgaanbieders een kortgedingprocedure starten (stap 14)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.13. Alle afspraken voor 2025 zijn uiterlijk 15 november 2024 definitief (stap 13 en 15)

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.14 Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7. Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders

7.2 Zorgaanbieders met minder dan 10 Wlz cliënten laten wij in principe niet toe

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.5. Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Vraag	Antwoord
Gevraagd wordt om het aanleveren van een begroting met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen 2025. Waarom heeft het zorgkantoor deze gegevens nodig? Welke gegevens zijn hiervoor precies nodig (is er een format?).	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
Indien er een wijziging plaatsvindt en deze nog niet verwerkt is in het register van de Kamer van Koophandel kan dit uittreksel dan ook na inschrijving opgestuurd worden?	Ervan uitgaande dat u een nieuwe zorgaanbieder bent, dient u in dit geval hoe dan ook het meest recente uittreksel KvK (niet ouder dan zes maanden) aan te leveren bij de inschrijving. Zodra de wijziging is verwerkt, levert u alsnog het gewijzigde uittreksel aan bij het zorgkantoor waar u heeft ingeschreven.
Wij nemen aan dat per 1-1-2025 voldaan moet worden aan de gestelde voorwaarden voor contractering en niet op het moment van tekenen, is dit correct?	In de Bestuursverklaring is opgenomen dat de zorgaanbieder verklaart vanaf de datum van inschrijving, tenzij in de Bestuursverklaring anders is aangegeven, te voldoen aan de daarin opgenomen eisen en gedurende de looptijd van een hem eventueel aan te bieden overeenkomst aan die eisen te blijven voldoen. Nieuwe zorgaanbieder krijgen t.a.v. bepaalde vereisten – wanneer ze daar op het moment van inschrijving nog niet aan voldoen – inregeltijd om aan die vereisten te voldoen. In de tabel 'Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders' staat per vereiste benoemd of de nieuwe zorgaanbieder hieraan moet voldoen op het moment van inschrijving, op het moment dat de zorglevering start of uiterlijk 6 maanden na de ingangsdatum van de overeenkomst. Zie ook artikel 1 van Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden afspraken van de éénjarige Wlz-overeenkomst 2025.
In de inkoopvoorwaarden staat dat nieuwe zorgaanbieders een uittreksel uit het UBO register aan moeten leveren. Klopt het dat ook in 2025 alleen nieuwe zorgaanbieders een uittreksel moeten aanleveren, en dat bestaande zorgaanbieders dat niet hoeven?	Dit klopt. Alleen als er wijzigingen t.a.v. de UBO's plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet dit gemeld worden aan het zorgkantoor en moeten gewijzigde documenten/bewijsstukken aangeleverd worden.

Onder de kop financieel plan wordt gevraagd naar de begroting 2025 met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Hierbij de volgende vragen:

- wat zijn de redenen dat de begroting 2025 wordt opgevraagd?
- per wanneer wordt de aanlevering van de begroting 2025 verwacht?
- realiseert het zorgkantoor zich dat de begroting 2025 bij de meeste aanbieders in december 2024 beschikbaar zal zijn?
- hoe staat de vorige vraag in relatie tot de gevraagde aanlevering van de begroting 2025?

Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet

8. Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken

8.3. Wij publiceren maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte per sector

Vraag	Antwoord
Vraag: In paragraaf 8.3 staat dat u de maandelijkse uitnutting van de contracteerruimte per sector gaat doen. Blijft u ook separaat publiceren hoe de totale uitnutting van de contracteerruimte over alle sectoren heen is? Zo ja, waar en hoe? Zo nee, waarom niet?	Zilveren Kruis blijft de ontwikkeling van de totale contracteerruimte publiceren in de monitor zorgkosten. Daarnaast blijft dezelfde systematiek in werking als voorheen: een zorgkantoor onderzoekt allereerst of er mogelijkheden zijn om tekorten binnen eigen (regionale) budgetten aan te vullen. Daarna onderzoeken de zorgkantoren mogelijkheden voor overheveling tussen zorgkantoren. Als dat onvoldoende blijkt, dan doen zorgkantoren een beroep op de herverdelingsmiddelen. Indien dit ook niet toereikend blijkt, dan signaleren NZa en zorgkantoren het tekort bij de minister van VWS.
Maandelijks zal de te verwachten uitnutting van de contracteerruimte per sector worden gepubliceerd. Een deel van de contracteerruimte wordt geormerkt voor meerzorg. De ontwikkeling van kosten voor meerzorg kan worden gemonitord en zo nodig kunnen aparte beleidsmaatregelen worden getroffen. Op basis waarvan zal het voor meerzorg geormerkte deel van de contracteerruimte worden bepaald?	Zilveren Kruis maakt een prognose van de meerzorgkosten op basis van de realisatie en de te verwachten groei.
Wat betekent dit gewijzigde verdeelmodel voor zorgorganisaties met sectorvreemde prestaties?	In de monitor zorgkosten treft u de contracteerruimte van de sector waarvoor u een overeenkomst heeft. Voor de sectorvreemde prestaties ontvangt u het tariefpercentage van de vreemde sector.
Welke impact merken zorgaanbieders van de wijziging in landelijke verdeelmodel?	Zilveren Kruis informeert u uiterlijk 25 oktober 2024 over het effect van de wijzigingen van de contracteerruimte voor 2025.

8.5. We hebben de mogelijkheid om een tussentijdse herschikking te doen

Vraag	Antwoord
Kan het zorgkantoor garanderen dat eventuele wijzigingen in de definitieve contracteerruimte geen effect hebben op langdurige/meerjarige maatwerkafspraken? Zo nee, Wat is het effect van een eventuele wijziging in de contractruimte	Wij kunnen uw vraag niet beantwoorden, doordat het niet duidelijk is welke afspraken u precies bedoelt. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper als u vragen heeft over concrete afspraken met uw zorginstelling.

van zorgkantoren op bestaande langdurige maatwerkafspraken?	
Vraag: In paragraaf 8.5 is opgenomen dat de tussentijdse herschikking per sector gaat plaatsvinden. Wordt bij de definitieve herschikking wel gekeken naar de totale contracteerruimte voor alle sectoren? Zo ja, kunnen we dat dan vinden? Zo nee, waarom niet?	Bij de definitieve herschikking hanteren we ook de verdeling per sector als uitgangspunt. Als er specifieke knelpunten zijn die niet vanuit de sector opgelost kunnen worden en er geen herverdelingsmiddelen beschikbaar worden gesteld, dan wordt de totale contracteerruimte gehanteerd bij het maken van de definitieve herschikking.

Overige vragen

Vraag	Antwoord
Waar staat dat we deze moeten invullen? Moeten alle aanbieders dit format invullen?	Het is onduidelijk op welk format uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
Geldt het aanleveren van deze documenten ook voor bestaande aanbieders die zich al ingeschreven hebben?	Het is niet duidelijk op welke documenten uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
Op welke wijze en in welke mate wordt dit van de zorgaanbieders verwacht? (Verzoek om het geven van meer context van wanneer aan deze bepaling wordt voldaan).	Het is onduidelijk waar uw vraag precies betrekking op heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.

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



Mail ons

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.