



Nota van inlichtingen

**Inkoopbeleid Wlz Verpleging en verzorging 2024-2026
Geactualiseerd voor 2025**

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het voor 2025 geactualiseerde Inkoopbeleid Wlz Verpleging en verzorging 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.

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 7.3 beschreven procedure. Vragen die zijn ingediend als bezwaar zijn daarom enkel als vraag afgehandeld. U treft de antwoorden op vragen aan in de Nota van Inlichtingen.

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

Antwoorden op de vragen over het inkoopbeleid

Sectorbrief

Vraag	Antwoord
<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 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</p>

	<p>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 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</p>

	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 is het noodzakelijke tariefspercentage in procenten?	Het noodzakelijke tariefpercentage is in principe gelijk aan de huidige percentages, maar zou ook toegepast moeten worden op de NHC en NIC componenten. Bijvoorbeeld, richttarief 97%, NZa max tarief €100, waarvan €80 personeel & materieel en €20 NHC/NIC. Dan zou dit in de huidige situatie neerkomen op $0,97 * €80 + €20 = €97,6$ In de 'niet meer dan strikt noodzakelijk' situatie komt dit neer op $0,97 * €100 = €97,-$
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?	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.
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?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
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?	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.
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'?	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 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

	<p>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</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</p>

<p>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>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 met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.</p>
<p>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</p>	<p>Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren</p>

realiseren. Indien hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	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 "Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest1"?	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.
Genoemd wordt dat Zorgkantoren zich het recht voorbehouden dat in latere jaren op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest.	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.

<p>Hoe worden zorgaanbieders hierin meegenomen, zodat ze niet voor onverwachte verrassingen komen te staan?</p>	<p>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 Wiz-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 marktaandeel. Hiermee stimuleren we doelmatigheid.</p>
<p>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</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>wijze wilt u e.e.a. voor 2026 vormgeven? Graag uw toelichting.</p>	
<p>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?</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>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?</p>	<p>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.</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. 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?</p>	<p>Indien de zorgkantoren die keuze maken, zal dat via het inkoopbeleid 2026 rond 1 juni 2025 worden gepubliceerd.</p>
<p>Gereferereerd 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</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>worden geïnformeerd (anders dan in een nieuw inkoopbeleid 2026 waarbij slechts beperkt reactie termijn zit middels de Nota van Inlichtingen)?</p>	
<p>De inkoopprocedure kent een aantal beginselen Er zijn aanbieders die jaren geleden zijn gestart met VPT geclusterd en gespikkeld. Nu lijkt u deze ontwikkeling te willen beperken door MPT voorlichtend aan VPT te stellen in de sector brief. In hoeverre kan er sprake zijn van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit wanneer dit verder uitgerold en eventueel gekaderd zal worden.</p>	<p>In het inkoopbeleid leest u dat we inzetten op groei van extramurale zorg. Hieronder vallen zowel de leveringsvormen VPT als MPT.</p> <p>In het inkoopbeleid 2024-2026 in paragraaf 6.13 stond al dat zorgaanbieders de beste passende en meest doelmatige leveringsvorm moeten declareren.</p> <p>Het betreft hiermee geen wijziging van het beleid. Zorg geleverd met een MPT is vaak relatief doelmatig. We gaan hier daarom de komende jaren extra op inzetten. We brengen dit onder de aandacht bij zorgaanbieders door dit op te nemen in de sectorbrief.</p> <p>Deze lijn voldoet hiermee aan uitgangspunten gelijkheid, transparantie en proportionaliteit.</p>
<p>In hoeverre is doelmatigheid te meten bij MPT en VPT?</p>	<p>Het is voor ons niet duidelijk op welke passage uit de sectorbrief uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Wat is de achterliggende gedachte waardoor er de voorgaande jaren werd gestuurd op groei VPT, dit staat overigens nog steeds in het inkoopbeleid, en nu beschreven wordt in de sectorbrief dat MPT voorliggend is aan VPT? Waarom staat deze verwachting alleen in de sectorbrief en niet in het verdere inkoopbeleid?</p>	<p>In het inkoopbeleid leest u dat we inzetten op groei van extramurale zorg. Hieronder vallen zowel de leveringsvormen VPT als MPT.</p> <p>In het inkoopbeleid 2024-2026 in paragraaf 6.13 stond al dat zorgaanbieders de beste passende en meest doelmatige leveringsvorm moeten declareren.</p> <p>Het betreft hiermee geen wijziging van het beleid. Zorg geleverd met een MPT is vaak relatief doelmatig. We gaan hier daarom de komende jaren extra op inzetten. We brengen dit onder de aandacht bij zorgaanbieders door dit op te nemen in de sectorbrief.</p>
<p>In de sectorbrief beschrijft u het volgende: “We zien mogelijkheden om voor meer klanten de zorg thuis te financieren met een MPT. MPT past bij de beweging “van Zorg naar Gewoon Leven” doordat het stimuleert om goed te kijken naar wat een klant nodig heeft, en daar gericht de juiste capaciteit op in te zetten. Zorg geleverd met een MPT is vaak relatief doelmatig. We gaan hier daarom de komende jaren extra op inzetten. We verwachten dat bij zorg thuis eerst gekeken wordt naar mogelijkheden via een MPT, als dit niet mogelijk (of doelmatig) is kan de zorg geleverd worden</p>	<p>We zijn het met u eens dat inhoudelijke en contextuele afwegingen mee spelen bij de beoordeling of een MPT of VPT de best passende leveringsvorm is. Zowel inhoudelijke en contextuele afwegingen als doelmatige inzet van middelen moeten meegenomen worden bij de afweging wat de best passende leveringsvorm is. Als een klant niet het volledige pakket aan zorg nodig heeft en/of een beperkt aantal uren, dan moet de zorg met MPT prestaties gedeclareerd worden. In dat geval kan er geen VPT gedeclareerd worden. Mocht u in de praktijk tegen</p>

<p>met een VPT. Op basis van spiegelinformatie en analyses voor MPT gaan we hierover met u in gesprek.”. Wij onderschrijven dat goed moet worden gekeken naar wat passend is voor de cliënt. Echter zijn wij van mening dat het zowel bij de inzet van MPT als bij de inzet van VPT mogelijk is gericht de juiste capaciteit in te zetten bij wat een klant nodig heeft. Het is een inhoudelijke en contextuele afweging of een MPT of een VPT meer passend is. Doelmatigheid speelt daarbij een rol, maar mag niet ten koste gaan van een passende inhoudelijke en contextuele afweging. Onderschrijft u dat de inhoudelijke en contextuele afweging leidend is bij keuze voor MPT of VPT met inachtneming van doelmatigheid, en dat niet enkel doelmatigheid de reden mag zijn dat MPT prevalentie heeft op VPT? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>vraagstukken aanlopen dan kunt u hierover contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Hoe verhoudt uw visie om de komende jaren meer in te zetten op MPT zich tot het NZa advies om MPT te vereenvoudigen of af te schaffen?</p>	<p>We zijn bekend met het onderzoek van de NZa over MPT. Het is nog niet duidelijk wat dit voor de toekomst gaat betekenen. We zetten al langer in op de beweging naar meer Wlz-zorg thuis (extramuraal zorg, zowel VPT als MPT). Zorg geleverd met een MPT is vaak relatief doelmatig, vanuit dit oogpunt gaan we hier daarom de komende jaren extra op in zetten.</p>
<p>In de sectorbrief geeft u aan dat u verwacht dat bij zorg thuis eerst gekeken wordt naar mogelijkheden via een MPT en pas als dat niet mogelijk (of doelmatig) is, dat zorg wordt geleverd met een VPT. Is er een afwegingsinstrument beschikbaar om te bepalen welke leveringsvorm het meest passend is, ook rekening houdend met de verschillende financieringsstromen zoals ZVW wijkverpleging, WLZ MPT, VPT en intramuraal?</p>	<p>Er is geen afwegingsinstrument beschikbaar om te bepalen welke leveringsvorm het meest passend is. In het inkoopbeleid is aangegeven dat zorgaanbieders de best passende en meest doelmatige leveringsvorm declareren. U leest hierover meer in paragraaf 6.13. Mocht u in de praktijk tegen vraagstukken aanlopen dan kunt u hierover contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>U geeft aan dat er voor klanten met een VV5 en hoger voorbeelden zijn waar het goed lukt om zorg thuis te organiseren. Gaat er in de toekomst voor deze indicaties een uitsplitsing of afwegingskader komen voor welke cliënten zorg thuis wel of niet passend is?</p>	<p>Zilveren Kruis heeft met zorgaanbieders 'uitgangspunten en procesbeschrijving VV4 thuis tenzij gedeeld'. Hierin zijn o.a. hulpvragen opgenomen die gebruikt kunnen worden om te bepalen of de zorg thuis geborgd kan worden. U kunt deze ook gebruiken voor klanten met een VV5 indicatie.</p>
<p>U geeft aan initiatieven gericht op de inzet van informele zorg voor de klant te stimuleren. Is het mogelijk om voor informele zorg vanuit het regionaal stimuleringsbudget uit paragraaf 3.3.1. budget aan te vragen?</p>	<p>Ja, dat kan. In paragraaf 3.3.1 is aangegeven waar het regionale stimuleringsbudget voor ingezet kan worden. Een van de onderwerpen is:</p> <p>Meer zelfredzaamheid en de inzet van informele zorg.</p> <p>We stimuleren dat zorgaanbieders (in de regio) samen initiatieven ontplooiën, gericht op het vergroten van de</p>

	zelfredzaamheid van klanten en het zoveel mogelijk inzetten van informele zorg. We benutten de beschikbare middelen voor financiering van initiatieven in de regio.
Is het mogelijk dat zorgaanbieders transitiegelden kunnen ontvangen voor 'van Zorg naar Gewoon Leven'? Zoals; community care. Reablement, technologie thuis en vertrouwd thuis?	Ja, in hoofdstuk 3 leest u meer over de inzet van de transitie middelen.
U beschrijft in de sectorbrief: "Afgelopen jaar zijn in de regio's afspraken gemaakt over coördinatiefuncties. Hier kunnen huisartsen en spoedeisende hulpen terecht met zorgvragen voor hun patiënt ongeacht of er een Wlz-indicatie is. De ambitie is om toe te werken naar één coördinatiefunctie per zorgkantorregio. Deze schaal zorgt voor efficiënte inzet van de schaarse capaciteit die beschikbaar is om coördinatiefuncties te bemensen. Ook sluit de schaal dan goed aan op andere samenwerkingen, zoals in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA)." Voor de regio waar wij zorg bieden geldt dat er binnen een zorgkantorregio een tweetal subregio's zijn met een eigen dynamiek en samenwerking binnen het zorglandschap. Binnen onze subregio zien wij dat de samenwerking in de keten, de snelheid waarin kan worden geschakeld, de in- en doorstroom van cliënten, het hebben van weinig verkeerde bedden, maken dat voor cliënten die worden aangemeld bij het coördinatiepunt een snel een passende oplossing wordt gevonden. Door de korte lijnen in en door de huidige schaal van de keten in onze subregio is vertrouwen, transparantie, betrokkenheid en afstemming ontstaan tussen de aanmelder en de medewerker die de triage en plaatsing uitvoert. Dit is een voorwaarde voor het blijven vinden van een passende oplossing voor de cliënt. Door subregio's op dit moment samen te voegen voorzien wij dat aspecten zoals in- en doorstroom van cliënten, het hebben van weinig verkeerde bedden onder druk komen te staan. Wij maken daarom bezwaar op het komen tot één coördinatiepunt per zorgkantorregio. Daarbij gaat het concreet om alle vormen van tijdelijk verblijf die via het coördinatiepunt verlopen, waaronder de IBS die ook per deelregio wordt aangeboden. Wel willen we toezeggen dat we gaan toewerken naar een eenduidige manier van werken in de verschillende subregio's.	Met de gekozen lijn sluiten we aan op de lijn zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
U geeft aandacht aan de beschikbaarheid van de inzet van MGZ. Het gebrek aan capaciteit heeft er voor gezorgd dat de landelijke branchevereniging van huisartsen LHV in haar	De richtlijn van de LHV betreft een advies. Zilveren Kruis Zorgkantoor hanteert als uitgangspunt dat huisartsen zich houden aan hun (wettelijke) plicht. We vragen aan zorgaanbieders om zich te melden

<p>advies schrijft geen cliënten uit een geclusterde wlz woonvorm tot client te nemen. U werkt aan een nieuwe taakverdeling tussen artsen en zorgaanbieders. Kunt u aangeven wat er in de tussen tijd wordt gedaan om cliënten zonder huisarts wel de benodigde wlz zorg te kunnen leveren als zij kiezen voor VPT zonder behandeling.</p>	<p>als blijkt dat dit niet het geval is. Dan gaan we vanuit het zorgkantoor en als zorgverzekeraar in gesprek, zoeken oplossingen en escaleren indien nodig.</p>
<p>Hoe gaat u de doelmatigheid per aanbieder toetsen en hoe wordt deze vastgesteld, met welke normen en waar worden wij dan mee vergeleken?</p>	<p>Het is voor ons niet duidelijk op welke passage uit de sectorbrief uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.</p>

Leeswijzer

Vraag	Antwoord
<p>In de leeswijzer geeft u aan dat er een overzicht is gemaakt met de belangrijkste wijzigingen voor 2025. Wij hebben geconstateerd dat er meer wijzigingen in het document zitten, die door u niet als 'belangrijkste' zijn gekwalificeerd, maar voor ons wel van belang zijn. Wij verzoeken u een versie van het inkoopbeleid te publiceren, waarin alle wijzigingen duidelijk zichtbaar zijn opgenomen. Dat helpt ons nu, maar ook in de loop van het jaar. Gaat u dat doen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>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. We voorzien niet in een versie waarin alle wijzigingen zichtbaar zijn.</p>
<p>We verzoeken het inkoopbeleid aan te passen dat de toegevoegde/gewijzigde tekst gearceerd wordt. Zo is het voor de zorgaanbieders direct duidelijk wat er is gewijzigd. Graag zien we een herzien versie tegemoet komen.</p>	<p>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. We voorzien niet in een versie waarin alle wijzigingen zichtbaar zijn.</p>
<p>U geeft in het overzicht met de belangrijkste wijzigingen niet alle wijzigingen in het inkoopbeleid aan. Wilt u een versie publiceren waarin alle wijzigingen zichtbaar zijn, zodat niet het hele document vergeleken hoeft te worden met de originele tekst van het Inkoopbeleid Wlz Verpleging en Verzorging 2024-2026 versie na Nvl?</p>	<p>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. We voorzien niet in een versie waarin alle wijzigingen zichtbaar zijn.</p>

1 Samen in beweging naar een regionaal zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van onze huidige en toekomstige klanten

1.5 Inkoopdoel 4: Een structurele inzet van bewezen effectieve innovaties

Vraag	Antwoord
<i>Paragraaf 1.5.5</i>	
Wij gaan ervan uit dat de best practices 2024 blijven gelden voor 2025 en 2026. Is deze aanname akkoord?	De lijst met succesvolle initiatieven die wij beschikbaar stellen breiden wij uit. De basis vormt de lijst uit 2024 die we blijven uitbreiden. Dat betekent inderdaad dat de succesvolle initiatieven die reeds beschikbaar zijn in 2024 ook voor 2025 en 2026 gelden.
Eind december 2024 zal een visie op innovatie worden opgeleverd met hierin meegenomen de strategische verankering binnen de organisatie. Hierbij wordt een toelichting verwacht op de inrichting van de organisatie en de manier waarop deze de visie faciliteert. Betreft dit zowel de technologische en digitale innovatie, als het om sociale en organisatorische innovatie gaat? Kan er een verdere toelichting worden gegeven aan welke eisen het visiedocument zou moeten voldoen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

2 We geven duidelijkheid over bekostigingssystematiek en tariefpercentages voor komende jaren

2.3 Het landelijke richttariefpercentage als uitgangspunt

Vraag	Antwoord
Zorgaanbieders kunnen na de publicatie van de richttariefpercentages 2025 bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2025 en de wijze van totstandkoming daarvan. Aanbieders staat het vrij om binnen een termijn van 20 kalenderdagen hun inschrijving niet langer gestand te doen. Wij gaan ervan uit dat wij in deze termijn ook een kort geding aanhangig kunnen maken tegen de hoogte en de totstandkoming van het richttariefpercentage 2025. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	Dit is inderdaad mogelijk. U leest hier meer over in paragraaf 7.9.4.
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	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

<p>gaat u over tot deze andere invulling? Graag toelichten met enkele voorbeelden.</p>	<p>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 gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt.</p>
<p>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 kostendekkende tarieven te komen en ook de financieringsbaten en -lasten mee te nemen?</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.</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. 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</p>

	<p>meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
<p>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)?</p>	<p>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.</p>
<p>u schrijft: 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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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>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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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. Op 5 september 2024 wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde.</p>
<p>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?</p>	<p>De NHC/NIC tarieven worden door de NZa vastgesteld. De zorgkantoren hebben hier geen invloed op.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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>

<p>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 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>

Wij zijn verheugd over een hoger richttariefpercentage, maar hoe gaat het zorgkantoor voorkomen dat dit hogere percentage door het overschrijden van de contracteerruimte uiteindelijk toch weer teniet wordt gedaan?	Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.

2.4 Tariefsystematiek voor zorgaanbieders die een overeenkomst hebben met Zilveren Kruis of een ander zorgkantoor

Vraag	Antwoord
<i>Paragraaf 2.4.1</i>	
U heeft de opslag voor essentiële voorzieningen, kijkend naar type aanpassing voor 2025 opnieuw vastgesteld op 0,5%. Wij maken hierbij bezwaar op de hoogte van de opslag van 2025. Deze opslag staat niet in verhouding met wat daar tegenover van aanbieders wordt gevraagd om essentiële voorzieningen in de regio te organiseren en te borgen. Een voorbeeld hiervan is het Wlz aandeel in de systeemfunctie onplanbare nachtzorg. Wij hebben analyse uitgevoerd op de kosten die wij als systeemaanbieder maken ten behoeve van alle door Zilveren Kruis genoemde essentiële voorzieningen en concluderen dat we op een structureel tekort uitkomen bij een opslag van slechts 0,5%. Dat betekent concreet dat het niet haalbaar is datgene te organiseren en borgen wat wordt gevraagd in het kader van de essentiële voorzieningen.	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
U schrijft dat het tariefpercentage voor de NHC/NIC 100% is. 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 NZa bepaalt de vergoeding voor de NHC component binnen het ZZP-tarief. Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk om meer dan 100% van het NHC-tarief te vergoeden. Mocht u het niet eens zijn met de NHC component in de tarieven van de NZa, dan adviseren wij u om contact op te nemen met de NZa.
Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	De NZa bepaalt de vergoeding voor de NHC component binnen het ZZP-tarief. Voor 2025 vergoeden we 100% van de NHC-component in het tarief. Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk om meer dan 100% van het NHC-tarief te vergoeden. Mocht u het niet eens zijn met de NHC component in de tarieven van de NZa, dan

	adviseren wij u om contact op te nemen met de NZa.
<i>Paragraaf 2.4.2</i>	
N.a.v. paragraaf 2.8 inzake de toepassing van de hardheidsclausule. Kan het zorgkantoor een (aanvullende) toelichting geven in welke gevallen een zorgaanbieder een beroep moet doen op de procedure Herberekening tarieven en in welke gevallen een beroep op de procedure hardheidsclausule gedaan moet worden. Daarnaast ontvangen wij, mede naar aanleiding van mondelinge informatie die wij van het zorgkantoor hebben ontvangen, meer informatie over de maximale termijn of het maximaal aantal keren dat een zorginstelling een beroep kan doen op de hardheidsclausule (graag met een verwijzing naar de desbetreffende artikelen in het inkoopbeleid 2025 e.v.).	De procedure herberekening is alleen voor toepassing op zorgaanbieders met een lager tariefpercentage (paragraaf 2.4.2). Voor deze zorgaanbieders geldt dat de procedure herberekening tariefpercentage voorliggend is aan de hardheidsclausule. Uw vragen met betrekking tot de termijn en aantal keer dat een zorgaanbieder een beroep kan doen op hardheidsclausule hebben betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om dit te bespreken met uw zorginkoper.
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?	"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 zonodig een hoger tariefpercentage af. 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.
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 tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee

	<p>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 7' 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</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</p>

<p>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>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 zonedig 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 budgettair 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 moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</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?

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.

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 zonedig een hoger tariefpercentage af.

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.

5. We blijven met u in gesprek over de wijze waarop nu en in de toekomst klanten kunnen rekenen op passende zorg

5.4 Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon

Vraag	Antwoord
<p>Zorgkantoren en zorgverzekeraars willen samen met zorgaanbieders inzetten op versnelling van de verduurzaming van de zorgsector. Wordt er bij de bepaling van de tarieven rekening gehouden met deze gevraagde extra inspanning?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>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? Kunnen zorgaanbieders er van uitgaan dat alle informatie – en gegevensuitvragen door zorgkantoren aan zorgaanbieders - in het kader van zorginkoop - voldoen aan de afspraken zoals overeengekomen in de afspraken KIK-V? Zo nee, waarom wordt afgeweken van hetgeen partijen onderling hebben afgesproken?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>U geeft aan dat wij verplicht zijn de Co2 routekaart in te dienen bij het EVZ. Wij voldoen aan de wet- en regelgeving zoals beschreven in het besluit 'Activiteitenbesluit milieubeheer', 'Besluit activiteiten leefomgeving' en het 'Besluit bouwwerken leefomgeving' en de daaruit voortvloeiende energiebesparingsplicht. Hierbij worden wij periodiek verplicht onze activiteit gebonden maatregelen te rapporteren en de informatieplichtrapportage met behulp van de erkende maatregelenlijst (EML) voor faciliteiten in te dienen bij het E-loket van de RVO. De verplichting om de Co2 routekaart aan te leveren bij het EVZ heeft geen toegevoegde waarde, is niet wettelijk verplicht en draagt niet aantoonbaar bij aan verduurzaming, maar is wel een (extreme) administratieve last. Afgelopen jaar hebben wij de Co2 routekaart ingediend bij het EVZ. Uit ervaring kunnen wij u vertellen dat het opstellen en indienen van de CO2 routekaart voor een organisatie met 8 locaties</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>

<p>zeker 60 uur werk kost. Deze inzet staat niet in verhouding tot het resultaat aangezien wij al volledig aan de klimaatdoelstellingen 2030 voldoen, al onze panden al BENG dan wel ENG zijn gebouwd, afvalstromen standaard worden gemonitord en we de doelstellingen van de Greendeal 3.0 in onze strategische doelstellingen hebben verankerd. Daarnaast is Zilveren Kruis de enige van de 4 zorgkantoren waar wij mee te maken hebben die deze eis heeft opgenomen. Bent u bereid deze eis te laten vallen indien de zorgaanbieder al volledig voldoet aan de wettelijke eisen en dit kan aantonen?</p>	
<p>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</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>In het inkoopbeleid schrijft u "In lijn met de landelijke afspraken steunt Zilveren Kruis de acties uit de door de branches ondertekende Green Deal Duurzame zorg 3.0, de ZN-visie Verduurzaming Zorgsector en de sectorale uitvoeringsplannen van de Green Deal. Op het moment van publicatie van dit inkoopbeleid wordt nog gewerkt aan de concrete uitwerking van deze plannen. Samen met de zorgbranches wordt afgestemd over een prioritering van verduurzamingsacties." Wanneer kunnen we verwachten dat er vanuit Zilveren Kruis meer informatie komt over de uitwerking van deze plannen? Samen met de zorgbranches wordt afgestemd over de prioritering welke organisatie wordt hier voor de V&V bij betrokken?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>Zilveren Kruis nodigt zorgaanbieders uit om knelpunten in de Verduurzamingsopgave te bespreken met hun inkoper. In hoeverre kan Zilveren Kruis ondersteunen bieden bij de verankering van duurzaamheid in de strategie van de organisatie?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om dit te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>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?</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. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te</p>

	<p>voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.</p>
<p>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?</p>	<p>Het is ons niet duidelijk waar uw vraag betrekking op heeft. Wij kunnen deze om die reden niet beantwoorden.</p>
<p>Verduurzaming. Wanneer verwacht ZN de uitvraag te doen voor CSDR en hoe lang krijgen we de tijd om die gegevens aan te leveren?</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>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.</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. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.</p>
<p>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.</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. 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.</p>
<p>Op pagina 12 van het document geeft u aan dat ogv de Europese CSRD er gerapporteerd dient 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</p>	<p>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>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>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 2024 te 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</p>	<p>Dit wordt op een later moment uitgewerkt. U wordt hiervoor voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>

zorgaanbieders zelf beslissen waarover zij rapporteren en op welke manier?	
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?	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.
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?	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.
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?	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.
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?	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.
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 de publicatie van het richttariefpercentage voor 2025, zoals opgenomen in paragraaf 2.3.	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.
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 informatie in het kader van de CSRD met het niet hoeven voldoen aan deze verplichting voor een groot aantal zorginstellingen?	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.
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 ?	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>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 wordt 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 2025 te 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 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</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>

zorgkantoor zelf ook nog niet weet wat de impact gaat zijn. In financiële zin en qua tijd en energie.	
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?	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).
In hoeverre wordt bij de rapportage rekening gehouden met het beperken van de administratieve lasten voor de zorgaanbieder?	Bij de bepaling van onze CSRD-gegevensbehoefte is het centrale uitgangspunt om minimale (bij voorkeur geen) administratieve lasten bij zorgaanbieders te veroorzaken.
In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen en eventueel bezwaar tegen bijvoorbeeld de administratieve lasten?	Nee, vanwege onze werkwijze verwachten wij ook niet dat dit nodig zal zijn. 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.
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?	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.
Heeft de invoering van CSRD nog verdere gevolgen voor het inkoopbeleid? Zo ja, welke en op wat voor termijn wordt dit duidelijk gemaakt?	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.

5.7 De zorgatlas geeft een beeld van het beschikbare zorgaanbod

Vraag	Antwoord
U geeft aan dat u het belangrijk vindt dat klanten kunnen beschikken over informatie over het door Zilveren Kruis gecontracteerde zorgaanbod middels de Zorgatlas. U vraagt aanbieders hun locaties in de Zorgatlas zelf te voorzien van het actuele zorgaanbod. Tot op de dag van vandaag is het nog niet mogelijk om extramurale capaciteit in de Zorgatlas toe te voegen en draagt de Zorgatlas dus niets bij aan de beweging van intramuraal naar zorg thuis. Passend aanbod binnen geclusterde woonvoorzieningen is niet zichtbaar voor de klanten. Zou u kunnen toelichten welke stappen	In de huidige zorgatlas is het al langere tijd mogelijk om ook VPT en MPT in het zorgaanbod op te nemen. Niet alle zorgkantoren maakten gebruik van deze zorgatlas, waardoor het kan zijn dat dit inderdaad niet voor alle zorgaanbieders mogelijk was. Inmiddels gebruiken alle zorgkantoren deze zorgatlas. In de vernieuwde versie van de zorgatlas (medio april 2024) is het mogelijk geworden om per locatie aan te geven welk type VPT het betreft (bijv. geclusterd of gespikkeld). Ook voor MPT kan het zorgaanbod ingevuld worden, waarbij zaken als Casemanagement

u onderneemt om de transparantie van het door Zilveren Kruis gecontracteerde zorgaanbod via de Zorgatlas te vergroten?

dementie, gespecialiseerd verpleegkundig handelen, huishoudelijke hulp, individuele begeleiding of behandeling, persoonlijke verzorging en persoonlijke verpleging aangegeven kunnen worden. Hoe u dit kunt doen leest u in de handleiding die in de zorgatlas beschikbaar is.

6 Zilveren Kruis contracteert zorg in natura in de V&V

6.5 Voor intramurale zorg spreken we een volumeplafond af

Vraag	Antwoord
Als de productie in de eerste 4 maanden van 2023 en in juni 2023 door transitie lager zijn dan gebruikelijk in hoeverre kan er dan vanaf geweken worden om deze maanden mee te nemen bij de bepaling van de hoogte van het volumeplafond?	Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij bestond de mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen als de zorgaanbieder van mening is dat de afspraak niet passend is. De gemaakte afspraak voor het volumeplafond geldt voor de duur van het inkoopbeleid (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).
Als een van de belangrijkste wijzigingen geeft u aan dat bij het volumeplafond rekening gehouden wordt met het effect van 2024 als schrikkeljaar. Hierover heeft u een alinea ingevoegd in paragraaf 6.5. Bij de belangrijkste wijzigingen staat niet dat u in plaats daarvan in deze paragraaf een hele alinea uit het inkoopbeleid hebt verwijderd! In het oorspronkelijke inkoopbeleid staat namelijk: "U wordt uiterlijk via de terugkoppelingbrief geïnformeerd over uw volumeplafond voor intramurale zorg. Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand of bij fusies of overnames. U dient uiterlijk een verzoek hiervoor in te dienen. Geef hierbij gemotiveerd aan waarom de afspraak niet passend is en onderbouw wat de hoogte van de gewenste afspraak volgens u moet zijn. In september kan hierover zondig het gesprek met de inkoper plaatsvinden. Wij beoordelen uw verzoek en koppelen de uitkomst hiervan uiterlijk terug." De verwijdering vinden wij niet redelijk en billijk. Graag willen wij de mogelijkheid van een dergelijk verzoek behouden. Gaat u de genoemde alinea terugzetten in het inkoopbeleid? Zo nee, waarom niet?	<p>Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij bestond de mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen als de zorgaanbieder van mening is dat de afspraak niet passend is. De gemaakte afspraak voor het volumeplafond geldt voor de duur van het inkoopbeleid (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Het klopt dat de alinea waar u aan refereert is komen te vervallen. Dit hebben we gedaan om verwarring te voorkomen. De alinea is vervangen door de alinea waarin we bevestigen dat we de lijn voor 2025 continueren (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Voor 2025 is er dan ook geen mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen. Het inkoopbeleid passen we op dit punt niet aan.</p>
Uit deze paragraaf is de alinea verwijderd over het indienen van een gemotiveerd verzoek wanneer de zorgaanbieder van mening is dat het intramurale plafond niet passend is. Kunt u bevestigen of het indienen van een dergelijk verzoek nog steeds mogelijk is?	<p>Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij bestond de mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen als de zorgaanbieder van mening is dat de afspraak niet passend is. De gemaakte afspraak voor het volumeplafond geldt voor de duur van het inkoopbeleid (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Het klopt dat de alinea waar u aan refereert is komen te vervallen. Dit hebben we gedaan om verwarring te voorkomen. De alinea is vervangen door de alinea waarin we bevestigen dat we de lijn voor 2025 continueren (alleen aanpassing voor</p>

	<p>effect schrikkeljaar).</p> <p>Voor 2025 is er dan ook geen mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen. Het inkoopbeleid passen we op dit punt niet aan.</p>
<p>In hoeverre nemen jullie de goedgekeurde onomkeerbare uitbreidingsplannen mee in het vaststellen van de intramurale volumeplafond af in dagen als deze gebaseerd gaat worden op de cijfers van 2022 en de eerste vier maanden van 2023?</p>	<p>Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij is (conform uitgangspunt in het inkoopbeleid) rekening gehouden met onomkeerbare uitbreidingsplannen.</p>
<p>In de sectorbrief schrijft u dat u duidelijkheid en continuïteit van belang vindt voor zorgaanbieders en kritisch bent geweest op wijzigingen. U heeft ook een overzicht opgenomen met de belangrijkste wijzigingen. In paragraaf 6.5 is, zoals in het overzicht is aangegeven, een wijziging opgenomen met betrekking tot het volumeplafond (effect schrikkeljaar). U heeft echter niet aangegeven dat hierdoor een hele alinea in dezelfde paragraaf is komen te vervallen, te weten: "U wordt uiterlijk 8 september 2023 via de terugkoppelingbrief geïnformeerd over uw volumeplafond voor intramurale zorg. Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand of bij fusies of overnames. U dient uiterlijk 22 september 2023 een verzoek hiervoor in te dienen. Geef hierbij gemotiveerd aan waarom de afspraak niet passend is en onderbouw wat de hoogte van de gewenste afspraak volgens u moet zijn. In september kan hierover zo nodig het gesprek met de inkoper plaatsvinden. Wij beoordelen uw verzoek en koppelen de uitkomst hiervan uiterlijk 25 oktober 2023 terug." Het lijkt er daarmee op dat aanbieders geen gemotiveerd verzoek meer kunnen indienen als zij van mening zijn dat de afspraak niet passend is. Kunt u bevestigen dat het indienen van een dergelijk verzoek nog steeds mogelijk is? Wij verzoeken u deze alinea weer op te nemen in het inkoopbeleid.</p>	<p>Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij bestond de mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen als de zorgaanbieder van mening is dat de afspraak niet passend is. De gemaakte afspraak voor het volumeplafond geldt voor de duur van het inkoopbeleid (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Het klopt dat de alinea waar u aan refereert is komen te vervallen. Dit hebben we gedaan om verwarring te voorkomen. De alinea is vervangen door de alinea waarin we bevestigen dat we de lijn voor 2025 continueren (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Voor 2025 is er dan ook geen mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen. Het inkoopbeleid passen we op dit punt niet aan.</p>
<p>In paragraaf 6.5 is, zoals in het overzicht is aangegeven, een wijziging opgenomen met betrekking tot het volumeplafond (effect schrikkeljaar). Kunt u bevestigen dat het volumeplafond alleen aangepast wordt o.b.v. het effect schrikkeljaar en verder wordt vastgesteld conform de vaststelling 2024 en niet wordt verlaagd indien de realisatie in 2024 achterblijft?</p>	<p>Dit is inderdaad het uitgangspunt.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p>

<p>In paragraaf 6.5 is, zoals in het overzicht is aangegeven, een wijziging opgenomen met betrekking tot het volumeplafond (effect schrikkeljaar). U heeft echter niet aangegeven dat hierdoor een hele alinea in dezelfde paragraaf is komen te vervallen, te weten: “U wordt uiterlijk 8 september 2023 via..... uiterlijk 25 oktober 2023 terug.” Het lijkt er daarmee op dat aanbieders geen gemotiveerd verzoek meer kunnen indienen als zij van mening zijn dat de afspraak niet passend is. Kunt u bevestigen dat het indienen van een dergelijk verzoek nog steeds mogelijk is?</p>	<p>Afgelopen jaar is het volumeplafond vastgesteld. Hierbij bestond de mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen als de zorgaanbieder van mening is dat de afspraak niet passend is. De gemaakte afspraak voor het volumeplafond geldt voor de duur van het inkoopbeleid (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Het klopt dat de alinea waar u aan refereert is komen te vervallen. Dit hebben we gedaan om verwarring te voorkomen. De alinea is vervangen door de alinea waarin we bevestigen dat we de lijn voor 2025 continueren (alleen aanpassing voor effect schrikkeljaar).</p> <p>Voor 2025 is er dan ook geen mogelijkheid om een gemotiveerd verzoek in te dienen. Het inkoopbeleid passen we op dit punt niet aan.</p>
<p>U stelt voor 2025 een volumeplafond in voor intramurale zorg. Daarnaast stelt u dat verpleegzorg thuis het uitgangspunt wordt voor cliënten met een WLZ-indicatie VV4. Dit ondanks dat cliënten met een VV4 recht hebben op een plek in het verpleeghuis. Het uitgangspunt is dus afhankelijk van de wens van de cliënt. Betekent dit dat het volumeplafond, naar gelang de behoefte en noodzaak, onderhandelbaar is? Graag uw toelichting.</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>Binnen het volumeplafond staat ook uw zienswijze over het aantal intramurale plekken met- en zonder behandeling dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de afspraak 2025 ten opzichte van 2024 gelijk blijft. Kan hier van worden afgeweken? Graag hierover een toelichting.</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>

7 Voor een overeenkomst voor de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

Vraag	Antwoord
Zorgkantoren hanteren verschillende vervalttermijnen 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 zorgkantorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervalttermijnen 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.

7.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Zorgkantoren hanteren verschillende vervalttermijnen 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 zorgkantorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervalttermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.

ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	
Kunt u bevestigen dat wij rechten kunnen blijven ontlenuen, aan de vorig jaar reeds gestelde vragen, met betrekking tot de ongewijzigde paragrafen in het geactualiseerde inkoopbeleid WLZ verpleging en verzorging 2024 - 2026 (geactualiseerd voor 2025)?	Dit kunnen wij bevestigen.
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?	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.

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

Vraag	Antwoord
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?	De zorgkantoren hanteren ten opzichte van eerdere inkoopjaren vergelijkbare tijdlijnen als het gaat om het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. Wij zijn van mening dat de gestelde termijnen een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders. Daarnaast is het van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven.

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

7.6 Na publicatie van de Nota van Inlichtingen geldt een vervaltermijn van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

7.7 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen

Vraag	Antwoord
Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om haar inkoopbeleid te wijzigen. Wij gaan ervan uit dat als het zorgkantoor haar inkoopbeleid wijzigt, dat wij over de gewijzigde onderdelen alsnog (dat wil zeggen na 13 juni 2024 om 12.00) gemotiveerde bezwaren kenbaar kunnen maken en eventueel in beroep kunnen gaan. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

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

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 7.8.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.2</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.3</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.4</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 7.8.4.
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.5</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.6</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.7</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.8</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 7.9.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.9.2</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 7.9.3</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.

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.9.4</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.9.5</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 7.9.6</i>	
U verwijst naar paragraaf 2.8 Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Als u het heeft over lange termijn kijkt u dan ook rekening met het eigen vermogen wat gereserveerd is voor nieuwbouw en laat u dit buiten beschouwing in de beoordeling HHC?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
In de paragraaf over een beroep op de hardheidsclausule (7.9.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 (lage) richttariefpercentage en de voorwaarden voor de hardheidsclausule. Wij vinden dat Zorgkantoor onvoldoende tegemoet komt aan	U geeft aan dat het zorgkantoor onvoldoende tegemoet komt aan de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure (ECLI:NL:RBDHA:2023:1633) door u naar voren zijn gebracht. Het is voor ons niet helder welke

<p>de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure (ECLI:NL:RBDHA:2023:1633 door ons naar voren zijn gebracht.</p>	<p>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-klienten 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>

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

Vraag	Antwoord
<p>Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.</p>	

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Is de termijn tussen de publicatie van het richttariefpercentage van 5 september 2024 en uiterlijke bezwaartermijn 25 september niet heel erg kort?	Wij zijn van mening dat de gestelde termijnen een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders.

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

7.14 Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

8 Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders

8.5 Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Vraag	Antwoord
<p>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?).</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

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

9 Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken

9.3 Wij publiceren maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte

Vraag	Antwoord
<p>Voor veel aanbieders in 2024 en waarschijnlijk ook in 2025, zullen de tarieven stijgen door een hoger percentage van het maximumtarief. De contracteerruimte is echter nog steeds beperkt en wordt naar de meest actuele verwachting voor de VVT in 2024 weer met 0,9% overschreden. Dat maakt het risico op niet betaalde declaraties groter.</p> <p>Kunt u garanderen dat de ingediende declaraties daadwerkelijk vergoed worden met de gestegen richttarieven bij de huidige volumeplafonds en andere gedeclareerde productie?</p>	<p>Nee, wij verwijzen u naar paragraaf 9.4 en 9.5 voor de mogelijk te nemen maatregelen vanuit het zorgkantoor bij onvoldoende contracteerruimte.</p>
<p>U beschrijft in de belangrijkste wijzigingen: “In 2025 wijzigt het verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte tussen de zorgkantoren. De NZa en de zorgkantoren voeren nog vervolgonderzoeken uit voor 2026 en verder. Dit heeft geen gevolgen voor het totale (landelijk) beschikbare budget voor langdurige zorg, maar kan wel leiden tot wijzigingen in de contracteerruimte van zorgkantoren. Zilveren Kruis hanteert een sectoraal beleid en verdeelt de beschikbare contracteerruimte per sector. In 2025 kan dit ertoe leiden dat de onzekerheidspercentages verschillen tussen de sectoren. In de monitor zorgkosten (zilverenkruis.nl/zorgaanbieders) vindt u informatie over de beschikbare contracteerruimte van uw sector. Uiterlijk 25 oktober 2024 geven we inzage in het effect van deze aanpassing.”</p> <p>Onzekerheden in de contracteerruimte per zorgkantoor en per sector leiden tot financiële onzekerheden voor zorgaanbieders. Daarbij gaat het niet alleen om het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, ook om andere onzekerheden zoals de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, 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</p>	<p>De minister van VWS bepaalt de omvang van de contracteerruimte. De NZa adviseert de minister tweemaal per jaar over de mate waarin de contracteerruimte toereikend is. Zorgkantoren voeren de Wlz uit binnen de gestelde financiële kaders. Voor zowel 2024 als 2025 geldt dat de financiële kaders nog in ontwikkeling zijn, waardoor Zilveren Kruis helaas uw vraag niet kan beantwoorden of tegemoet kan komen aan uw bezwaar.</p> <p>Zorgkantoren informeren u maandelijks over de uitnutting van de contracteerruimte via de monitor zorgkosten. Daarin verwerken wij de (recente) ontwikkelingen in het financiële kader voor het lopende jaar.</p>

<p>betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Wij vragen u duidelijkheid te verschaffen over de toereikendheid van de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder n.a.v. onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken van duidelijkheid in de toereikendheid van de contracteerruimte in 2024, 2025 die financiële onzekerheid met zich meebrengt voor zorgaanbieders</p>	
<p>In 2025 wijzigt het verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte tussen zorgkantoren. Dit kan leiden tot wijzigingen in de contracteerruimte van zorgkantoor Zilveren Kruis. Uiterlijk op 25 oktober 2024 wordt inzage gegeven in het effect van deze aanpassing. Hoe gaat u om met een eventuele verlaging van de voor u beschikbare contracteerruimte 2025 en/of wordt dit afgewenteld op de zorgaanbieders?</p>	<p>Zorgkantoren informeren u over de uitnutting van de contracteerruimte in de monitor zorgkosten. Als er tekorten dreigen, dan onderzoeken zorgkantoren standaard of mogelijke tekorten kunnen worden opgelost door overheveling van budget (tussen zorgkantoren). Als dat niet lukt onderzoeken de NZa en de minister van VWS of tekorten kunnen worden gedekt met herverdelingsmiddelen, of dat er extra budget kan worden gevonden.</p> <p>De ontwikkeling van hogere tarieven en hogere tariefpercentages ten opzichte van een mogelijke verlaging van de contracteerruimte (zoals in uw vraag), kan inderdaad leiden tot een grotere onzekerheid bij de (tussentijdse) herschikking en een lagere vergoeding van geleverde zorg bij nacalculatie als er geen extra budget beschikbaar is/komt.</p>
<p>In het overzicht belangrijkste wijzigingen staat dat in 2025 het verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte tussen de zorgkantoren. De NZa en de zorgkantoren voeren nog vervolgonderzoeken uit voor 2026 en verder. Dit heeft geen gevolgen voor het totale (landelijk) beschikbare budget voor langdurige zorg, maar kan wel leiden tot wijzigingen in de contracteerruimte van zorgkantoren. Kunt u toelichten wat de veranderingen zullen zijn en het effect op overheveling van/naar zorgkantoren? Zo nee wanneer verwacht u dit te kunnen doen?</p>	<p>Zoals aangegeven in het beleid, informeren wij u (over het effect van de wijzigingen) uiterlijk 25 oktober 2024.</p>
<p>In paragraaf 9.3 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?</p>	<p>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</p>

Zo nee, waarom niet?	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.
Het verdeelmodel van het budget langdurige zorg verandert. Op dit moment is het voor ons nog onzeker wat dat betekent daar uiterlijk 25 oktober 2024 hierover pas meer informatie komt. Is er dan nog een mogelijkheid om vragen te stellen en bezwaar te maken? Zo nee, waarom niet	Het betreft de wijziging van een verdeling tussen zorgkantoren die de NZa vaststelt en uitvoert. U kunt daarover geen bezwaar aantekenen bij zorgkantoren.

9.5 We hebben de mogelijkheid om een tussentijdse herschikking te doen

Vraag	Antwoord
In paragraaf 9.5 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.
U schrijft dat de wijziging in het verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte geen gevolgen heeft voor het totale landelijk beschikbare budget voor de langdurige zorg. Heeft het wel gevolgen voor het landelijke beschikbare budget voor de V&V?	Het (landelijke) Fonds Langdurige Zorg kent geen onderverdeling naar sectoren. De wijziging van het verdeelmodel is daarom niet toe te wijzen aan een specifieke sector. Het is een integraal budget voor de V&V, GHZ en GGZ.
Wat merken wij als zorgaanbieder van de wijziging in het verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte tussen de zorgkantoren?	Het kan zijn dat door de wijziging van het verdeelmodel, de beschikbare contracteerruimte per zorgkantoor wijzigt. Dit kan gevolgen hebben voor de beschikbare contracteerruimte per sector bij Zilveren Kruis Zorgkantoor. Wij informeren u uiterlijk 25 oktober 2024 over het effect van de wijzigingen.
Dit betekent dat wij voor het vaststellen van de definitieve productieafspraken uitgaan van de goedgekeurde declaratiegegevens uit de AW319 van het betreffende kalenderjaar op een jaarlijks te bepalen peildatum. De gegevens van de laatste gedeclareerde maand op deze peildatum extrapoleren we naar de rest van het jaar. Kunt u aangeven of er, op verzoek van zorgaanbieder, rekening wordt gehouden met	Voor de tussentijdse herschikking gaan we uit van de goedgekeurde declaratiegegevens uit de AW319. In onze monitor die we gebruiken voor de herschikking betrekken we wel de verwachte productie van zorgaanbieders indien u informatie daarover tijdig aan ons verstrekt.

de nieuw geopende locaties in het laatste kwartaal.(welke nog geen of nauwelijks productie hebben gehad eerder in het jaar).	
--	--

Overig

Vraag	Antwoord
<p>U geeft aan initiatieven gericht op de zelfredzaamheid voor de klant te stimuleren. In paragraaf 6.18 geeft u aan dat grote stappen nodig zijn om tot een toekomstbestendig zorglandschap te komen en daarvoor ruimte te bieden om bijzondere afspraken te maken met zorgaanbieders die grote of onderscheidende stappen zetten op het waarmaken van maatschappelijke vraagstukken en/of de gestelde inkoopdoelen. Kan er voor innovatieve nieuwe zorgvormen (zoals bijvoorbeeld samen redzame gemeenschappen) ontschottende financiering (WLZ, ZVW en/of WMO overstijgend) worden aangevraagd?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om dit te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>U geeft op pagina 3 aan dat u voor klanten met een indicatie VV 4 zorg thuis als uitgangspunt hanteert. Ook voor klanten met een VV5 en hoger wilt u dat er eerst gekeken wordt naar de mogelijkheden via een MPT en daarna naar een VPT. Op pag. 15 geeft u aan dat u in gesprek gaat met zorgorganisaties die veel klanten met een lage ZZP zorg leveren. Is het geoorloofd om klanten met een WLZ indicatie de toegang tot een verpleeghuis te ontzeggen? Zo nee, waarom houdt u vast aan dit beleid? Hoe gaat u inzichtelijk maken of de zorgvraag bij een ZZP 5 of hoger complex of intensief is? Op basis van welke informatie gaat u hierover het gesprek aan met de individuele zorgaanbieder?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om dit te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Voor een toekomstbestendig zorglandschap is het borgen van essentiële voorzieningen noodzakelijk. In paragraaf 4.1.2. beschrijft u voorzieningen die gericht zijn op observatie, diagnostiek en/of het opstellen van een behandelplan, waarvoor u met geselecteerde aanbieders gerichte afspraken over maakt. Hoe kunnen wij in aanmerking komen voor een afspraak?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u dat we afspraken maken met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio. Zilveren Kruis heeft de geselecteerde zorgaanbieders hierover in 2023 geïnformeerd. We maken met deze zorgaanbieders afspraken voor 2024-2026. Zorgaanbieders waarmee we geen afspraak hebben gemaakt over essentiële voorzieningen komen hier ook niet meer voor in aanmerking.</p>
<p>In paragraaf 7.2 geeft u aan dat vragen gesteld kunnen worden over de gewijzigde delen in het inkoopbeleid. Toch is het niet mogelijk in dit format de paragraaf 4.2 te selecteren om een vraag over te stellen. In paragraaf 4.2 over essentiële voorzieningen heeft u toegevoegd: Zilveren Kruis heeft de geselecteerde zorgaanbieders hierover in 2023 geïnformeerd. We maken met deze zorgaanbieders afspraken voor 2024-2026. In de oorspronkelijke tekst van het inkoopbeleid stond niet zo duidelijk dat met de geselecteerde aanbieders afspraken voor 3 jaar gemaakt worden. Betekent dit dat andere</p>	<p>Over de essentiële voorzieningen maken we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gerichte afspraken. Het borgen van essentiële voorzieningen is iets wat soms iets meer tijd (langer dan één jaar) vraagt. We maken met deze zorgaanbieders daarom afspraken voor 2024-2026. Het klopt dat zorgaanbieders waarmee we geen afspraak hebben gemaakt over essentiële voorzieningen hier ook niet meer voor in aanmerking komen.</p>

<p>aanbieders dan de nu geselecteerde tot en met 2026 niet meer in aanmerking kunnen komen als aanbieder van essentiële voorzieningen? Graag motiveren.</p>	
<p>U beschrijft dat de financiering van bijvoorbeeld VPT en intramurale zorg ruimte biedt om op andere manieren invulling te geven aan de zorg, doordat er integrale tarieven zijn. Als zorgaanbieders door inzet op zelfredzaamheid meer klanten van zorg kunnen voorzien, dan betekent dit met de huidige integrale tarieven extra inkomsten omdat er een bedrag per dag gefinancierd wordt.</p> <p>U geeft aan dat er sprake is van extra inkomsten bij VPT en intramuraal omdat er een bedrag per dag wordt gefinancierd met de huidige integrale tarieven. Het is niet duidelijk op welke extra inkomsten u doelt. Volgens ons is er sprake van een verschuiving van kosten van MPT naar VPT/intramuraal en over domeinen, maar geen sprake van extra inkomsten met de huidige tarieven. Kunt u aangeven om welke extra inkomsten het precies gaat? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
<p>In onze regio heeft u alle aanbieders als essentieel geormerkt. Bent u voornemens om dit voor 2025 te continueren? Heeft dit consequenties voor het bepalen van de doelmatigheid per aanbieder?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u dat we afspraken maken met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio. Zilveren Kruis heeft de geselecteerde zorgaanbieders hierover in 2023 geïnformeerd. We maken met deze zorgaanbieders afspraken voor 2024-2026.</p> <p>Uw tweede vraag is voor ons niet duidelijk. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>paragraaf 6.12: Er wordt geen max aantal uren genoemd voor de inzet van thuiszorgtechnologie. Dit jaar kregen wij een instructie van het zorgkantoor waarin max 6,5 uur per maand genoemd wordt. Wat is de afspraak voor 2025?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>paragraaf 6.12: welke thuiszorgtechnologie mag er gedeclareerd worden? Of mogen wij dat zelf invullen?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet. We adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Waar staat dat we deze moeten invullen? Moeten alle aanbieders dit format invullen?</p>	<p>Het is onduidelijk op welk format uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.</p>
<p>Geldt het aanleveren van deze documenten ook voor bestaande aanbieders die zich al ingeschreven hebben?</p>	<p>Het is niet duidelijk op welke documenten uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.</p>

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



Contact

Ga naar 'contact' op [zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/contact](https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/contact)
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.