Nota van inlichtingen 2024

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

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het contracteerbeleid Wlz 2024-2026
De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in het contracteerbeleid en de bijlagen. Een toelichting op deze aanpassingen en op welke paragraaf de aanpassing betrekking heeft leest u hieronder.

In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over het contracteerbeleid 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.

De Nota van Inlichtingen gaat voor op het contracteerbeleid Wlz 2024-2026
Hiermee maakt de Nota van Inlichtingen onderdeel uit van deze contracteerprocedure.

Nota van Inlichtingen Wlz 2024 Zorgkantoor DSW

Vraag	Beleid	Document	Paragraaf	Vraagstelling	Antwoord
1	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	1. Voorwoord	Uw format vooor vragen is gelimiteerd tot 100 vragen. Wij sturen daarom twee bestanden in. Bent u bereid, ook in het kader van administratieve lastenverlaging, deze beperking de volgende keer achterwege te laten?	Ja.
2	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.1 Uitdagingen langdurige zorg	Nergens staat expliciet dat de Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg (ZN) onderdeel is van het inkoopbeleid van DSW. Is de landelijke visie wel of geen integraal onderdeel van het inkoopbeleid van DSW?	Het contracteerbeleid van DSW is de regionale uitwerking van de algemene en uniforme Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg.
3	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen	het afgeven van langer durende Wmo beschikkingen en de duiding van criteria die toegang verschaffen tot de Wlz, Wij ervaren op dit moment juist een druk in steeds kortere WMO indicaties en toeleiding naar WLZ. Welke rol ziet DSW hierin voorzichzelf om dit evenwicht tot stand te brengen.	Landelijk willen we een beweging maken naar langer durende WMO beschikkingen. DSW gaat in de regio met elkaar in gesprek over wat wordt verstaan onder passende zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige zorgvraag, zowel vanuit het perspectief van de Wlz als van de Wmo.
4	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen	Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen verschil in kwaliteitseisen tussen PGB en ZIN?	Zorgkantoor DSW is van mening dat de kwaliteitseisen tussen PGB en ZIN gelijkwaardig dienen te zijn.

5	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.2 Sectorspecifieke ontwikkelingen	Hoe ziet u de samenwerking voor u v.w.b. opzoeken met organisaties die VG7 doelgroep nog niet in zorg hebben om doorstroming te verbeteren? Wie gaat dat doen? Wat is het doel van die samenwerking? Welk probleem lossen we hiermee op? Gaat het hier niet meer om het vergroten van aanbod i.p.v. het verbeteren van doorstroom? Indien het om doorstroming gaat; op basis waarvan worden cliënten dan overgeplaatst? Hoe wordt voorkomen dat personeel weggetrokken wordt? Worden de minder zware VG7 cliënten weggehaald bij aanbieders en naar nieuwe aanbieders overgeplaatst? Hierdoor ontstaat een clustering van zware VG7 cliënten bij een aantal aanbieders.	Binnen de regiovisie Gehandicaptenzorg zijn wij met zorgaanbieders, waaronder uw organisatie, in gesprek om de doorstroming van de VG7 doelgroep te verbeteren.
6	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg	Goede samenwerking in de regio... betreft dit samenwerking van verschillende zorgkantoren in de regio. Kunt u aangeven of clienten afkomstig van een ander zorgkantoor welkom zijn in uw financieringsgebied, als zij de keuze maken om in uw regio te komen wonen. Maw zijn clienten met een wlz indicatie woonachtig in Rotterdam welkom in uw regio en worden zij dan ook door DSW gefinancierd voor de geleverde zorg.	Zorgkantoor DSW is verantwoordelijk voor de cliënten met een Wlz-indicatie woonachtig in de regio Westland, Schieland, Delfland.
7	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg	u stelt domein overstijgend denken en een goede samenwerking in de regio. Geldt dit ook voor regionale samenwerking tussen verschillende zorgkantoren? Zoals zilveren kruis	Met domeinoverstijgend samenwerken in de regio wordt bedoeld: het samenwerken tussen partners binnen de WSD-regio ongeacht de financieringsstroom (Wlz, Zvw, Wmo).

				(Rotterdam) en DSW (schiedam, Vlaardingen Westland)	
8	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	2.3 Regionale visie op ontwikkelingen langdurige zorg	Wij zijn een aanbieder in het gebied van zes zorgkantoorregio's. Wij zien dat ieder zorgkantoor eigen beleid voert en eigen oplossingen zoekt, voor dezelfde problematiek. Dat geeft een enorme administratieve last. U verwacht van aanbieders dat zij (nog meer) gaan samenwerken. Hoe ziet u de samenwerking tussen de diverse zorgkantoren? Hoe kunnen wij samen de problematiek van de diverse beleidsinvullingen beslechten?	Zorgkantoor DSW heeft de overtuiging dat de regiospecifieke uitdagingen regionaal aangepakt moeten worden, in samenwerking met de lokale partijen. Daarnaast overleggen zorgkantoren in landelijk verband ook onderling met elkaar over regio overstijgende knelpunten.
9	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	3. Wonen en Zorg	Vraag: Het zorgkantoor geeft aan dat nieuwe uitbreiding van intramurale capaciteit uitsluitend mogelijk is indien de marktanalyse daar op geografisch en zorginhoudelijk niveau aanleiding toe geeft. Hoe realistisch is het om te veronderstellen dat nieuwe intramurale capaciteit zal worden toegestaan nu VWS heeft aangekondigd dat in principe geen uitbreiding meer komt van intramurale capaciteit?	Het zorgkantoor acht dit realistisch en is hier ook open over naar VWS.
10	Regionaal	Marktanalyse zorgcontractering Wlz 2024	4. Specifieke informatie GZ	In hoeverre telt NVT in de monitor mee in de afweging of het tariefpercentage +1%, 0 of -1% wordt? M.a.w. hoe bereik je voldoende score als meerdere uitkomsten op NVT uitkomen?	Antwoordmogelijkheid NVT wordt niet meegenomen in het bepalen van de score per thema. In de nieuwe versie van de monitor zijn de rekenregels verduidelijkt.

11	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Aan welke criteria moet een innovatie als preventiemiddel in het voorliggend veld voldoen om in aanmerking te komen?	Het dient aannemelijk te zijn dat de innovatie de instroom in de Wlz beperkt of uitstelt. Daarnaast dient er minstens één Wlz-zorgaanbieder betrokken te zijn bij de innovatie. We gaan graag met u in gesprek over verdere randvoorwaarden om tot een goed oordeel te kunnen komen.
12	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Er wordt verwezen naar het beleid/procedure voor de periode 2022-2023. Is dat nog correct? Daaruit blijkt niet duidelijk voor wanneer je een aanvraag kunt doen om aanspraak te maken op de transitiemiddelen voor 2024. Kunt u dit nader toelichten?	Wij hebben het proces rondom de transitiemiddelen verduidelijkt in het contracteerbeleid.
13	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	In hoofdstuk 5 van het Inkoopdocument, onder het kopje transitiemiddelen, schrijft u over transitiemiddelen, een stimuleringsbudget, waaronder het stimuleren van modern werkgeverschap en de (opschaling van) bewezen effectieve technologie en innovatie vallen. Iets verderop, onder het kopje Financiering, schrijft u dat u 1% van onze contracteerruimte voor innovatie oormerkt, naast het stimuleringsbudget. Kunt u aangeven wat het verschil is daar het beide om innovatie gaat?	De transitiemiddelen, waar het stimuleringsbudget onderdeel van is, zijn gehouden aan de voorschriften die hieraan verbonden zijn. Het innovatiebudget is vergelijkbaar, maar niet gebonden aan deze voorschriften. Dat maakt de mogelijkheden voor de inzet van dit innovatiebudget breder.
14	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Is de verwachting dat de financiële effectiviteit van het implementeren van innovaties verdisconteerd wordt in een lager afslagtarief/-percentage?	Dit kan onderdeel zijn van de resultaatafspraak.
15	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Is het 1% innovatiebudget bestemd voor het ontwikkelen van innovaties of voor het implementeren van reeds ontwikkelde bewezen innovaties?	Het innovatiebudget kan voor beiden worden benut.

16	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Kan het 1% innovatiebudget besteed worden aan alle denkbare vormen van innovatie of zijn hier criteria voor?	Het zorgkantoor ziet innovaties in de breedste zin van het woord. Wel dient het te gaan om een vernieuwende manier van werken of technologie. In het contracteringsoverleg wordt besproken of de innovatie hieraan voldoet.
17	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Klopt het dat in het monitor gesprek je ook de mogelijkheden van innovatie bespreekt met elkaar ter voorbereiding op een eventueel aanvraag voor aanvullend budget tot maximaal 1%?	Correct.
18	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Kunt u aangeven of u voor het stimuleringsbudget een plan van aanpak verwacht en zo ja: met welke informatie en op welk moment?	Wij hebben het proces rondom de transitiemiddelen verduidelijkt in het contracteerbeleid.
19	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Op pagina 16 van het Inkoopdocument lezen wij: Ten aanzien van bewezen effectieve innovaties op de lijst van de Kennisbank verwachten wij dat zorgaanbieders toetsen of deze in hun organisatie toepasbaar zijn en deze implementeren wanneer dit inderdaad het geval is. De financiële effecten van de bewezen innovaties zullen worden meegewogen in de afspraken die we met zorgaanbieders maken, ongeacht of deze worden geïmplementeerd. Wij houden hierbij rekening met het ‘’pas toe of leg uit’’ principe, aangezien wij begrijpen dat niet elke innovatie toepasbaar is binnen een andere organisatie. Wij begrijpen niet wat u bedoelt met “de financiële effecten zullen worden meegewogen in de	Bewezen innovaties brengen op enige manier een winst met zich mee. Vaak zit dit in doelmatigheid. Indien een zorgaanbieder er bewust voor kiest om een bewezen effectieve innovatie niet te implementeren, zonder dat hier een valide reden aan ten grondslag ligt, kan het zorgkantoor beslissen om de doelmatigheidswinst die de innovatie met zich mee zou brengen in de financiële afspraken te verwerken.

				afspraken”. Kunt u dit uitleggen? Welke gevolgen zijn er?	
20	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	U schrijft dat u financiële effecten van de bewezen innovaties zult meewegen in de afspraken die u met zorgaanbieders maakt. Hoe gaat u dat doen?	Bewezen innovaties brengen op enige manier een winst met zich mee. Vaak zit dit in doelmatigheid. Indien een zorgaanbieder er bewust voor kiest om een bewezen effectieve innovatie niet te implementeren, zonder dat hier een valide reden aan ten grondslag ligt, kan het zorgkantoor beslissen om de doelmatigheidswinst die de innovatie met zich mee zou brengen in de financiële afspraken te verwerken.
21	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	U verwacht van ons dat wij intekenen op een verplichting wat innovatie betreft, terwijl de lijst met bewezen innovaties nog niet bekend is. Indien blijkt dat de lijst met bewezen interventies beperkt blijft tot enkele innovaties verzoeken wij u de strikte eisen tot implementatie te versoepelen. Kunt u hierop bevestigen?	Wanneer de lijst met bewezen effectieve innovaties beperkt is, leent zich dit bij uitstek voor het implementeren hiervan. Het versoepelen van de eisen is in dat geval juist niet aan de orde. Derhalve geven we hier geen gehoor aan. Dat neemt niet weg dat wij, zoals beschreven in het contracteerbeleid, rekening houden met de omstandigheden van de aanbieder middels het 'pas toe of leg uit' principe.

22	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	U verwijst voor de financiering van innovatie naar paragraaf 7.3. Echter paragraaf 7.3 gaat over Volume. Moet de verwijzing niet zijn paragraaf 7.4 Innovatiebudget?	Inderdaad. Dat passen wij aan.
23	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Voor welke datum moeten bewezen effectieve innovaties aangeleverd worden om in aanmerking te komen voor het innovatiebudget?	Wij hebben het proces rondom het innovatiebudget verduidelijkt in het contracteerbeleid.
24	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Voor welke datum moeten bewezen effectieve technologie en innovatie en modern werkgeverschap aangeleverd worden om voor transitiemiddelen in aanmerking te komen?	Wij hebben het proces rondom de transitiemiddelen verduidelijkt in het contracteerbeleid.
25	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	5. Innovatie	Wanneer geldt de arbeidsbesparende technologie en/of sociale innovatie als toegepast, in gebruik genomen en/of geïmplementeerd, waardoor die in aanmerking komt voor opslag uit dien hoofde?	Dit is het geval wanneer de aanbieder werkt met de innovatie. Dit kan een pilot zijn, of een organisatiebrede uitrol.
26	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	6. Toegankelijkheid en doelmatigheid	De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (Nvl). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kortgedingprocedures en de inschrijving?	De zorgaanbieder kan erop vertrouwen dat hier passende tarieven voor afgesproken zullen worden. De door de NZa berekende opslag in relatie tot de landelijke compensatie van intramurale VG7 (leveringsvorm ZZP) zorg (40 miljoen euro) zullen wij verwerken in de tarieven. Zie hiervoor ook de aanvullende eisen VG7 in het contracteerbeleid.
27	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	6. Toegankelijkheid en doelmatigheid	Meerzorgpakket: wat wilt u wat aanbieders gaan doen met de complexe cliënten?	De zorg bieden die zij nodig hebben.

28	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	6. Toegankelijkheid en doelmatigheid	Welke rol ziet DSW voor zichzelf om de beschikbaarheid van passende en betaalbare woningen binnen het gebied aan te laten sluiten bij de beweging die gemaakt moet gaan worden?	DSW zoekt de samenwerking met gemeenten en woningcorporaties voor de beschikbaarheid van passende en betaalbare woningen.
29	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7. Afspraken	In hoofdstuk 5 staat: Een zorgaanbieder kan aanspraak maken op innovatiebudget tot maximaal 1% van de budgetafspraak. In hoofdstuk 7 staat: “Zoals in hoofdstuk 5 uitgelegd, gaat het zorgkantoor innovatie stimuleren door 1% van contracteerruimte te oormerken als innovatiebudget. En vervolgens: De zorgaanbieder een groter beroep doen op het innovatiebudget dan 1%. Waar mag de zorgaanbieder nu van uit gaan, maximaal 1% of ook meer dan 1%?	In basis maximaal 1%. Op basis van de totale uitnutting van het regionale innovatiebudget kan de zorgaanbieder een groter beroep doen op het innovatiebudget dan 1%.
30	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7. Afspraken	Is er bij dalend tariefpercentage wel sprake van indexering?	Ja. Het tariefpercentage wordt namelijk toegepast op de meest recente NZa-tarieven.
31	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7. Afspraken	Kan er bij ambulantisering ook sprake zijn van niet in laten stromen. Kunnen ook hierbij aanvullende afspraken worden gemaakt?	Indien wordt bedoeld dat de cliënt bij ambulantisering niet intramuraal instroomt, dan is dit een mogelijkheid.
32	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’, die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor vijf jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel	Voor bestaande zorgaanbieders is het niet mogelijk een eenjarige overeenkomst af te sluiten. In de situatie dat een bestaande zorgaanbieder een afspraak zonder resultaatafspraak overeenkomt met het zorgkantoor, bevat de meerjarenovereenkomst geen meerjarige financiële afspraak op tarief en volume. Meer informatie leest u terug in hoofdstuk 7.2.

				onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?	
33	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	In hoofdstuk 7 van het Inkoopdocument schrijft u over een meerjarige afspraak gekoppeld aan een resultaatafspraak. Voor de aanbieder is onduidelijk op welk moment deze afspraken gemaakt worden en of u daarvoor een plan van aanpak wilt zien. Kunt u aangeven wanneer deze afspraken gemaakt worden? En kunt u aangeven of u een plan van aanpak verwacht en zo ja, welke informatie u daarin wilt zien?	De uitwerking van een resultaatafspraak zal vanaf september 2023 met desbetreffende aanbieder worden besproken in het kader van de meerjarige contractering.
34	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	In paragraaf 7.1 geeft u aan dat het uitgangspunt is om meerjarige afspraken te maken met een looptijd van vijf jaar (2024-2028) om voor langere periode financiële zekerheid te bieden. Het contracteerbeleid is voor de periode 2024-2026. Welke zekerheden worden geboden voor de periode 2027-2028?	Het contracteerbeleid kent een looptijd van 3 jaar, met de mogelijkheid voor een verlenging met 2 jaar.
35	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	Op welke oplossing doelt u (alternatieve woonvormen, p17)?	Oplossingen gericht op de doorstroom en invulling van de huidige complexe plaatsen. Dit wordt verder vormgegeven in de regiovisie GZ waar ook uw instelling aan deelneemt.

36	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	U spreekt over het contracteerbeleid 2024-2026, maar stelt in 7.1 dat het uitgangspunt is om afspraken te maken met een looptijd van vijf jaar (2024-2028). Hoe verhouden deze twee termijn ich met elkaar?	Het contracteerbeleid kent een looptijd van 3 jaar, met de mogelijkheid voor een verlenging met 2 jaar.
37	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.1 Meerjarenafspraken	We maken bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoor DSW stelt geen richttariefpercentage vast. Daarnaast is de duur van de financiële afspraak afhankelijk van het type afspraak dat gemaakt wordt, zie hiervoor nadere duiding in hoofdstuk 7.2.
38	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	De uitkomst van de monitor kan uitkomen op een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2023. Wanneer kunnen zorgaanbieders die in een eerder stadium een lager tariefpercentage hebben gekregen omdat zij inschreven als nieuwe zorgaanbieder een stimulans krijgen met een stijging van het tariefpercentage?	Zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een stijging in tariefpercentage (ten opzichte van 2023) wanneer dit de uitkomst van de monitor is.
39	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	DSW benoemt het volgende: "In het kader van administratieve lastenverlichting onderzoeken wij in gezamenlijkheid met de NZa de mogelijkheid om een gewogen gemiddeld tarief af te spreken voor de producten persoonlijke verzorging en verpleging (basis en oproepbaar), zodat dit gelijk wordt aan op de wijze van registreren in de wijkverpleging. Wanneer deze registratie formeel mogelijk is, gaan wij met zorgaanbieders in gesprek om deze werkwijze toe te	Het zorgkantoor is hier momenteel over in gesprek binnen ZN-verband.

				passen. " Wordt deze werkwijze gedragen door ZN?	
40	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	DSW benoemt het volgende: "In het kader van administratieve lastenverlichting onderzoeken wij in gezamenlijkheid met de NZa de mogelijkheid om een gewogen gemiddeld tarief af te spreken voor de producten persoonlijke verzorging en verpleging (basis en oproepbaar), zodat dit gelijk wordt aan op de wijze van registreren in de wijkverpleging. Wanneer deze registratie formeel mogelijk is, gaan wij met zorgaanbieders in gesprek om deze werkwijze toe te passen. " Wordt deze werkwijze verplicht voor elke aanbieder?	Nee.
41	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	DSW bepaalt het tariefpercentage op basis van een monitor per zorgaanbieder. We missen transparantie over de onderbouwing van het tariefpercentage. Kunt u een onderbouwing geven hoe u komt tot een reëel tarief op basis van deze monitor?	Het uitgangspunt voor de totstandkoming van het tariefpercentage is het tarief 2023. Op basis van de monitor is het mogelijk om in tariefpercentage gelijk te blijven, of maximaal 1% te stijgen of dalen zoals ook in paragraaf 7.2 beschreven. De monitor is opnieuw gepubliceerd inclusief rekenregels.

42	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	DSW geeft aan dat het uitgangspunt is om meerjarige afspraken te maken voor 2024-2028, inclusief een financiële afspraak. In 2025 leidt het kostenonderzoek van de NZa tot nieuwe tarieven. Op basis daarvan moeten de reële tariefpercentages opnieuw vastgesteld worden. Hoe verhoudt de meerjarige bekostigingssystematiek zich volgens u tot deze wijziging en de verplichting om reële tarieven te hanteren? ?	Uitkomsten van het kostenonderzoek zijn niet per definitie kostprijzen. Aanpassing van de geldende afspraken is daarmee niet automatisch noodzakelijk. Wanneer het kostenonderzoek van de NZa hier wel aanleiding toe geeft, zal het zorgkantoor hierover met de zorgaanbieders in gesprek gaan.
43	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Het zorgkantoor is eraan gehouden regionale opslagen en/of modules (of andere op – en afslagen op het basistarief) voldoende te onderbouwen. Heeft u rekening gehouden met regionale problematiek van in de regionale opslagen/modules? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	De monitor voor de totstandkoming van het tarief houdt rekening met regionale aspecten.
44	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Het zorgkantoor maakt voor de vaststelling van het tarief gebruik van een monitor waarmee een beeld wordt gevormd van de zorgaanbieder. Deze monitor geeft inzicht in hoe de zorgaanbieder inspeelt op de eerder beschreven thema's en uitdagingen: wonen en zorg, kwaliteit, innovatie en toegankelijkheid en doelmatigheid. Daarnaast bevat onze monitor organisatorische onderdelen waaronder: administratie, personeel en transparantie. Het is voor ons niet duidelijk hoe de verschillende scores worden gewogen en welke score tot welke uitkomst voor het tarief leidt. Kunt u dat voor ons verduidelijken?	De uitkomst per thema kan uitsluitend positief zijn in situaties waarin binnen het thema geen enkele individuele parameters zijn met een score: 'Nee' of 'Onvoldoende'. Indien binnen het thema meer dan de helft van de parameters een score: 'Nee' of 'Onvoldoende' scoort, is de uitkomst op dat thema negatief. In de andere gevallen blijft het tariefpercentage op dat thema gelijk.

45	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Hoe heeft u reële tariefpercentages kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	Het uitgangspunt voor de totstandkoming van het tariefpercentage is het gecontracteerde tarief 2023. Het zorgkantoor heeft op dit moment geen signalen dat de huidige afspraken niet passend zijn. Ons inziens is daarmee het logische uitgangspunt te hanteren om voor het tarief 2024, het gecontracteerde tarief 2023 gecorrigeerd voor de nog vast te stellen indexatie 2024 van de NZa. Het tariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
46	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Hoe maakt u concreet de vertaalslag van de door u als bijlage toegevoegde monitor en de score van de zorgaanbieder op deze monitor, en verlagingen of verhogingen in het tariefpercentage?	De monitor kent drie mogelijke uitkomsten: een verhoging van maximaal 1%, een verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2023, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief. In de monitor wordt de zorgaanbieder per thema beoordeeld. Het resultaat per thema leidt tot een mutatie van maximaal 0,2% van het tariefpercentage. De uitkomst per thema kan uitsluitend positief zijn in situaties waarin binnen het thema geen enkele individuele parameters zijn met een score: ‘Nee’ of ‘Onvoldoende’ is. Indien binnen het thema meer dan de helft van de parameters een score: ‘Nee’ of ‘Onvoldoende’ scoort, is de uitkomst op dat

					thema negatief. In de andere gevallen blijft het tariefpercentage op dat thema gelijk.
47	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Hoe rechtvaardigt u eventuele verschillen in de tariefstelling tussen ZZP ZG VIS 5 en ZZP VG7, gelet op de overeenkomsten tussen beide ZZP's?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Tariefpercentages worden in samenspraak met de zorgaanbieder vastgesteld. Wat betreft ZZP VG7 passen wij maatwerk toe. Vanwege het feit dat wij geen specifieke ZZP ZG-VIS5 capaciteit in onze regio hebben, is de vergelijking niet van toepassing.
48	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Hoe rechtvaardigt u eventuele verschillen in de tariefstelling tussen ZZP ZG-Aud3 5 en ZZP VG7, gelet op de overeenkomsten tussen beide ZZP's?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Tariefpercentages worden in samenspraak met de zorgaanbieder vastgesteld. Wat betreft ZZP VG7 passen wij maatwerk toe. Vanwege het feit dat wij geen specifieke ZZP ZG-Aud3 capaciteit in onze regio hebben, is de vergelijking niet van toepassing.
49	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en	Hiervoor zijn er transitiemiddelen en een innovatiebudget beschikbaar. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 5 en 7.4

				technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen?	
50	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Is er bij wijze van berekening van een tariefspercentage voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 zoals personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet? Hoe meent u dan aan uw verplichting te voldoen tot het betalen van een reëel tarief.	De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de maximale tarieven en houdt waar nodig rekening met de genoemde kostenposten.
51	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Is het ene jaar even belangrijk als het andere jaar? Hoe wordt de score opgebouwd? Op welke manier kan de maximale score worden bereikt?	De vraag is niet concreet genoeg. Zie nadere toelichting voor een maximale score in hoofdstuk 7.2.
52	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Kan er een alternatieve afspraak worden gemaakt voor de tarieven als een aanbieder het afgelopen jaar meer dan 100 cliënten heeft gehad, en de twee jaar daarvoor minder dan 100?	Ja, ook dan kan een aanbieder in aanmerking komen voor een resultaatafspraak.
53	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Kunt u bevestigen dat bij de berekening van het richttariefpercentage, door het gebruik van de som der bedrijfskosten en bedrijfsopbrengsten, de financieringslasten van zorgaanbieders buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Zorgkantoor DSW hanteert geen richttariefpercentage.

54	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Kunt u toelichten hoe een lager tariefpercentage (historisch lager tarief) zich weerhoudt tot uw (ook in de rechtspraak erkende) verplichting om ons een reëel tarief te bieden, als het door u geboden tarief van 2-3% lager ligt dan het tarief dat wij als zorgaanbieder van andere zorgkantoren ontvangen voor dezelfde zorg.	Eventuele tariefafspraken van de zorgaanbieder met een ander zorgkantoor zijn irrelevant voor de afspraken in de regio WSD. Zorgkantoor DSW gaat bij het maken van de afspraken uit van reële en passende tarieven.
55	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Op welke datum wordt de uitkomst van de monitor naar de zorgaanbieders gecommuniceerd?	Uiterlijk een week voorafgaand aan het contracteringsoverleg.
56	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	U benoemt het volgende: ''Het tariefpercentage 2024 van zorgaanbieders met wie het zorgkantoor geen resultaatafspraak maakt, kan niet stijgen ten opzichte van het afgesproken tariefpercentage 2023'. Bent u van mening dat een zorgaanbieder die voldoet aan de kwaliteit-, dienstverlening- en doelmatigheidvoorwaarden recht heeft op een reëel kostendekkend tarief percentage?	Ja.
57	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	U benoemt het volgende: ''Het tariefpercentage 2024 van zorgaanbieders met wie het zorgkantoor geen resultaatafspraak maakt, kan niet stijgen ten opzichte van het afgesproken tariefpercentage 2023'. Kunt u toelichten waarom een tariefafpraak uit het verleden gecontinueerd moet worden aangezien het een nieuw beleid, nieuwe periode en mogelijk ook nieuwe/aangepaste dienstverlening bij de zorgaanbieder betreft?	Het zorgkantoor is van mening dat er op dit moment passende afspraken zijn en het tariefpercentage continueren is daarmee een logisch uitgangspunt.

58	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	U benoemt voor bestaande aanbieders met een resultaatafspraak andere consequenties en voorwaarden dan voor bestaande aanbieders zonder resultaatafpraken. Kunt u toelichten wat wordt verstaan onder een resultaatafspraak? Hoe weet een zorgaanbieder onder welke categorie hij/zij zal vallen en kan een zorgaanbieder hier zelf invloed op uitoefenen?	De invulling van een resultaatafspraak wordt besproken tijdens het contracteringsoverleg. Daar heeft een zorgaanbieder dus inspraak in. Tijdens dit contracteringsoverleg heeft de zorgaanbieder tevens de mogelijkheid om aan te geven of de bereidheid er is om een resultaatafspraak te maken. Dit is niet verplicht, en wordt niet eenzijdig door het zorgkantoor bepaald. In gezamenlijkheid wordt dus besloten tot welke categorie een zorgaanbieder behoort.
59	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	U zegt : Omdat het zorgkantoor in de afspraken met de individuele aanbieder differentiatie toepast, is daarmee een uitwijkmogelijkheid door middel van een hardheidsclausule in basis niet noodzakelijk. Betekent het toepassen van differentiatie ,dat er altijd een gesprek mogelijk is mbt het tariefspercentage ? Zo ja , bestaat deze mogelijkheid elk jaar opnieuw?	De monitor ter onderbouwing van de vaststelling van het tariefpercentage wordt te allen tijde besproken in het contracteringsoverleg. Na dit overleg wordt het tariefpercentage vastgesteld. Dit percentage ligt vast voor de gehele looptijd van de overeenkomst indien er een resultaatafspraak overeengekomen wordt. In uitzonderlijke gevallen kan, na overleg tussen betrokken partijen, van het tariefpercentage worden afgeweken. Het is niet de bedoeling dat binnen de meerjarenovereenkomst jaarlijks opnieuw een tariefpercentage wordt vastgesteld.
60	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	U zegt: "De uitkomst van de monitor bepaalt het tariefpercentage. Dit percentage wordt gedurende de looptijd van de meerjarenafspraak toegepast op het maximum NZa-tarief. De monitor kent drie mogelijke uitkomsten: een verhoging van maximaal 1%, een verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2023, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief" U gaat hierbij uit van het tarief van 2023 die zorgaanbieder heeft.	Het zorgkantoor is van mening dat met de gekozen systematiek, waarin gedifferentieerd wordt tussen aanbieders, wordt aangesloten op de opdracht om reële en passende tarieven te hanteren.

				Wat is de reden dat u niet uitgaat van het landelijk richttarief van 95,5%	
61	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	uitgangspunt van het te verkrijgen tariefspercentage 2024 ev is het tariefspercentage van 2023. Een verhoging van maximaal 1%, een verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2023, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief. Kunt u aangeven hoe je als zorgaanbieder buitende de mogelijke opslag van 1% via score monitor toch nog tot het richttarief van de NZA van 95,5 % kan komen?	Het zorgkantoor heeft een tariefsystematiek waarin het richttariefpercentage niet wordt gebruikt. Het tarief 2024 zal aan de hand van de monitor worden bepaald, waarbij er een verschil van maximaal 1% ten opzichte van het tarief 2023 kan zijn. Als de hierboven beschreven tariefsystematiek voor de zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk nadelig gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule. In de hardheidsclausule wordt maatwerk toegepast, een tariefpercentage van 95,5% zou hier een mogelijke uitkomst van kunnen zijn. Meer informatie hierover is te lezen in paragraaf 7.5
62	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	uw tariefspercentage voor de komende jaren wordt gesteld op het tariefspercentage van 2023 met een mogelijke op of afslag van 1%. Indien dit tariefspercentage lager ligt dan het richttarief van ZN van 95,5% (wat voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zou moeten zijn), kunt u dan aantonen dat het tarief kostendekkend is?	Het zorgkantoor heeft geen signalen dat de geldende tariefafspraken niet kostendekkend zijn. Het zorgkantoor gaat er daarbij vanuit dat passende afspraken zijn gemaakt. Om die reden stelt het zorgkantoor zich op het standpunt dat het tariefpercentage 2023 een reëel uitgangspunt is.

63	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Vraag en bezwaar: Zorgkantoor DSW maakt voor de vaststelling van het tarief gebruik van een monitor waarmee een beeld wordt gevormd van de zorgaanbieder. De uitkomst van de monitor bepaalt het tariefpercentage. De monitor kent drie mogelijke uitkomsten: een verhoging van maximaal 1%, een verlaging van maximaal 1% of een gelijkblijvend tariefpercentage aan 2023, met een maximum van 97,5% van het NZa-tarief. Op de korte termijn verzoeken wij u om het tariefpercentage te verhogen tot 100% van het Nza-tarief voor Laurens, gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Ook met dit maximale percentage zijn er, door de opeenstapeling van (voorziene en onvoorziene) financiële maatregelen, nog grote uitdagingen om tot een gezonde bedrijfsvoering te komen.	Het zorgkantoor is gehouden aan een beperkte regionale contracteerruimte. Vanwege de toename van Wlz-cliënten waarvoor wij een zorgplicht hebben, is het niet mogelijk om 100% van de NZa-tarieven af te spreken.
64	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Vraag: Klopt het het afgesproken tariefspercentage ook geldt voor de extramurale producten binnen MPT en VPT?	Ja, dat klopt, met uitzondering van de in 7.2.1. beschreven tariefsbepalingen voor specifieke producten.
65	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Waarom heeft u niet, net zoals Zilveren Kruis, in de tariefstelling (meer) gedifferentieerd naar specifieke zorgprestaties? Bent u bereid dat alsnog te doen, en zo niet, waarom niet?	Het zorgkantoor past wel degelijk differentiatie toe bij verschillende zorgprestaties, zie hoofdstuk 7.2.1.
66	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Wanneer wordt het tarief, voortkomend uit de monitor contracteerbeleid, bekendgemaakt?	Na afloop van het contracteringsoverleg.

67	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Wat verstaat u onder de aanneemsom?	Het principe van een aanneemsom is dat er een totaalbedrag wordt afgesproken los van de feitelijk geleverde zorg. Dit gaat altijd gepaard met een resultaatafspraak. Of dit voor 2024 mogelijk is, is mede afhankelijk van de NZa. Verdere invulling van de aanneemsom wordt in overleg met de zorgaanbieder vormgegeven.
68	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Welk tarief gaat u hanteren voor ZZP ZG VIS 5, mede gelet op de gelijkenissen tussen dit ZZP en ZZP VG7?	Het tariefpercentage moet per zorgaanbieder nog worden vastgesteld.
69	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Welk tarief gaat u hanteren voor ZZP ZG-Aud3, mede gelet op de gelijkenissen tussen dit ZZP en ZZP VG7?	Het tariefpercentage moet per zorgaanbieder nog worden vastgesteld.
70	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Welke denkrichting heeft u voor hoe de tarifering voor 2025 en 2026 eruit komen te zien?	Dit is afhankelijk van de soort afspraak die gemaakt wordt. In principe geldt het tariefpercentage voor de gehele looptijd van de overeenkomst.
71	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	ZN heeft een gezamenlijk onderbouwd richttariefpercentage vastgesteld op 95,5%. Wat maakt dat u ervoor kiest een eigen methodiek te kiezen op basis waarvan u het tariefpercentage voor de zorgaanbieder vaststelt?	Het zorgkantoor is van mening dat met de gekozen systematiek, waarin gedifferentieerd wordt tussen aanbieders, wordt aangesloten op de opdracht om reële en passende tarieven te hanteren.
72	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.2 Tarief	Zou u toelichting willen geven over de alternatieve passende afspraken, zoals het aanneemsom en afspraak op gemiddelden?	Een nadere specificatie van de alternatieve passende afspraken zal terugkomen in overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.
73	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.3 Volume	DSW hanteert een volumegarantie van 90% voor V&V. Wij begrijpen dat DSW niet direct 100% toekent aan het budget m.b.t volume. Echter een 'afslag' van 10% is fors, andere zorgkantoren hanteren bijv 95% en 98%. Waar is de afslag van 10% op gebaseerd?	Het betreft consistent beleid van het zorgkantoor.

74	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.3 Volume	Het zorgkantoor hanteert een volumegarantie van 95%. Wat houdt deze volumegarantie in? Kan dit betekenen dat niet alle geleverde en gedeclareerde zorg betaald wordt?	Wij passen een volumegarantie in de initiële PA toe om het geld-volgt-klant principe toe te kunnen passen. Een tekort in de contracteerruimte kan als gevolg hebben dat de zorg niet volledig door Zorgkantoor DSW gefinancierd kan worden. Daar doet het wel of niet toepassen van een volumegarantie niets aan af.
75	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.4 Innovatiebudget	De beoordelingscriteria voor het innovatiebudget worden uiterlijk 1 september 2023 gepubliceerd. Welke informatie heeft u benodigd om tijdens de vaststelling van de budgetafspraak hierover een toezegging te kunnen doen?	Wij hebben het proces rondom het innovatiebudget verduidelijkt in het contracteerbeleid.
76	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.4 Innovatiebudget	Kunt u aangeven of u voor het geoormerkte deel een plan van aanpak verwacht en zo ja: met welke informatie en op welk moment?	Wij hebben het proces rondom het innovatiebudget verduidelijkt in het contracteerbeleid.
77	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.4 Innovatiebudget	Op welke wijze kan er een aanvraag worden ingediend voor het innovatiebudget?	Wij hebben het proces rondom het innovatiebudget verduidelijkt in het contracteerbeleid.

78	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8. Proces Zorgcontractering	De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De mogelijkheid tot het stellen van vragen en het maken van bezwaar nadat de NZa-tarieven gepubliceerd zijn, is echter niet nodig omdat bezwaar gemaakt kan worden tegen het richttariefpercentage met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gegeven. Wij geven geen nadere gelegenheid tot het stellen van vragen over de tarieven van de NZa omdat de zorgkantoren die niet vaststellen en zij ook aan de NZa-maximumtarieven gebonden zijn. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.
79	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	De termijn voor aanhangig maken van kortgeding is niet expliciet vermeld. Kunt u aangeven wat de uiterste datum voor het aanhangig maken van een kort geding is?	Deze termijn is toegevoegd in het aangepaste contracteerbeleid (publicatie 07 juli 2023).

80	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Deze termijn om vragen te stellen en/of bezwaar te maken is te kort, zeker gelet op het feit dat vanaf 2024 met een geheel nieuw inkoopbeleid wordt gewerkt en onze belangen bij dit nieuwe inkoopbeleid zeer groot zijn. Wij verzoeken u om deze reden te voorzien in een tweede inlichtingenronde, waarbij ook vragen kunnen worden gesteld over de antwoorden op vragen in de eerste vragenronde. Dit verbetert het inkoopbeleid voor de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
81	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Naar aanleiding van de gepubliceerde Nota van Inlichtingen zijn er mogelijk nog vragen over de antwoorden en/of eventuele onduidelijkheden. Hierbij verzoeken wij u een 2e ronde "indienen vragen naar aanleiding van de NvI" toe te voegen aan uw planning.	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
82	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Ja, in het contracteringsoverleg kan hier nog op worden teruggekomen. De zorgaanbieder kan er echter op vertrouwen dat hier een passend tariefpercentage voor wordt afgesproken. De door de NZa berekende opslag in relatie tot de landelijke compensatie van intramurale VG7 (leveringsvorm ZZP) zorg (40 miljoen euro) zullen wij verwerken in de tarieven. Zie voor meer informatie de nieuw gepubliceerde bijlagen inzake VG7 bij ons contracteerbeleid.

83	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Wij hebben een groot aantal vragen bij het zorginkoopbeleid. Verwacht kan worden dat naar aanleiding van uw antwoorden dan wel de publicatie van de NZa tarieven weer nieuwe vragen ontstaan. Wij verzoeken u te voorzien in een tweede inlichtingenronde. Bent u daartoe bereid? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
84	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Wij hebben serieuze bezwaren tegen het inkoopbeleid, en sluiten niet uit dat wij naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen moeten besluiten een kort geding procedure aanhangig te maken. Er zal geen vonnis zijn voordat de inschrijvingen worden ingediend. Wij zullen dan een inschrijving onder protest indienen. Is dat ook hoe u het voor zich ziet? Zo nee, hoe wilt u dat wij met een dergelijke situatie omgaan?	Ja.
85	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het inkoopproces 2024. De termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten?	De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is het aantal werkdagen ten opzichte van het aantal kalenderdagen in het gehele contracteerproces.

86	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.1 Schematisch verloop en planning	Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding . Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven. Wel hebben wij het proces rondom het aanhangig maken van een kort geding aangepast in ons contracteerbeleid.
87	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.2 Indiening offerte	Hoeveel tijd kost het voor bestaande zorgaanbieders om Vecozo uitvraaglijst in te vullen, omdat de periode van 1 juli t/m 28 juli ook een vakantie maand is en dat bepaalde kern medewerkers (gedeeltelijk) niet aanwezig zijn?	Dit is afhankelijk van meerder factoren bij de zorgaanbieder. Onze inschatting is dat het minimaal een half uur in beslag neemt.
88	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.5 Voorbehouden	Uit uw contracteerbeleid blijkt niet duidelijk hoe een zorgaanbieder zijn bezwaar kan uiten tegen het beleid. Wij hebben u ons bezwaar kenbaar gemaakt via de e-mail contractering.wlz@dsw.nl. Kunt u bevestigen u ons bezwaar in goede orde heeft ontvangen en in behandeling zult nemen?	Het bezwaar is in goede orde ontvangen, onze reactie volgt hierop binnen afzienbare tijd.
89	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.5 Voorbehouden	Wanneer bovenstaand niet zo is, dan verzoeken wij u alle hierboven genoemde vragen alszijnde bezwaar in behandeling te nemen. Kunt u dit bevestigen?	Niet van toepassing, zie antwoord op voorgaande vraag.

90	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	8.6 Geschillen	Begrijpt zorgaanbieder paragraaf 8.6 van uw Inkoopbeleid goed, dat zij tot 15 kalenderdagen na publicatie van de gunningsbeslissing heeft om een kort geding aanhangig te maken tegen de inkoopprocedure en de daarin gehanteerde voorwaarden (waaronder de financiële systematiek)?	Een aanvrager dient bezwaren tegen de gunningsbeslissing binnen 15 dagen na verzending van de mededeling door betekening van een dagvaarding een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die gunningsbeslissing. Het kort geding kan niet zien op de inkoopprocedure en de daarin gehanteerde voorwaarden. Een kort geding over de inkoopprocedure en de daarin gehanteerde voorwaarden dient binnen 20 dagen na publicatie van de nota van inlichtingen aanhangig gemaakt te worden.
91	Regionaal	Bijlage 3A Bestuursverklaring 2024	Bijlage 1: Aan te leveren documenten	In bijlage 1 van het contracteerbeleid staat geen X bij het in te dienen document Bestuursverklaring. Hiermee wordt de indruk gewekt dat bestaande zorgaanbieders van DSW helemaal niets hoeven in de te dienen. Terwijl in de bestuursverklaring zelf (bijlage 1) wel een bestuursverklaring zonder aanvullende documenten, noodzakelijk is. Wat is nu juist. Wel een bestuursverklaring invullen of niet?	Een bestaande zorgaanbieder moet een bestuursverklaring indienen, wat verloopt via VECOZO. Dit is in bijlage I aangepast.
92	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Bijlage I - In te dienen documenten	In de bijlage wordt bij bestuursverklaring inclusief bijlagen bbij bestaande aanbieders een zwaart vlakej aangegeven. Dit zou impliceren dat bestaande aanbieders helemaal geen stukken hoeven aan te leveren. Ik neem aan dat in deze cel een X moet staan. Klopt deze aanname?	Een bestaande zorgaanbieder moet een bestuursverklaring indienen. Dit is in bijlage I aangepast.

93	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Bijlage I - In te dienen documenten	Klopt het dat bestaande zorgaanbieders 2023 geen Bestuursverklaring inclusief bijlagen hoeven aan te leveren? Zo staat het nu in het overzicht opgenomen.	Een bestaande zorgaanbieder moet een bestuursverklaring indienen. Dit is in bijlage I aangepast.
94	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Monitor	In de monitor zijn onderdelen opgenomen waarbij sprake is van een relatieve score ten opzicht van een nog nader tot stand te komen gemiddelde dat buiten de invloedsfeer ligt van Middin. Middin tekent hiet bezwaar tegen aan. Deze brief wordt vandaag nog gemaild.	Wij hebben notie genomen van uw opmerking.
95	Regionaal	Format Nota van Inlichtingen	nvt	Doordat het format beveiligd is niet alle tekst van alle vragen goed zichtbaar in de cellen in kolom D. We kunnen ze echter niet in grootte, hoogte of breedte aanpassen, doordat het document bevieligd is voor bewerken.	Wij hebben notie genomen van uw opmerking
96	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Innovatie	De aanbieder is aantoonbaar actief bezig met het implementeren van KIK-V en zit minimaal is fase 2. Graag dit criterium nader toelichten met daarbij de behorende fasen? Waar is de betekenis van KIK-V?	KIK-V staat voor Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg en is alleen van toepassing voor verpleeghuizen. De fasen zijn bij hen bekend, maar tevens te vinden op de website van KIK-V.
97	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Innovatie	Hoe worden de financiële effecten van de bewezen innovaties meegewogen in de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders maakt?	Dit kan onderdeel zijn van de resultaatafspraak.
98	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Innovatie	In de monitor staat: de zorgaanbieder is aantoonbaar actief bezig met het implementeren van KIK-V en zit in minimaal fase 2 (van de 6) van KIK-V. U schrijft dat dit van toepassing is op VV, GZ, GGZ. Dit is echter niet zo, KIK-V is alleen van toepassing op VV. Bent u bereid dit aan te passen?	KIK-V is inderdaad alleen van toepassing op de VV, zoals ook uit ons contracteerbeleid blijkt. In de monitor staat dit per abuis niet correct vermeld. Dit passen wij aan.

99	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Overig (Personeel)	Bij de zorgaanbieder heeft 50% of meer van het aantal FTE medische dienst (SO?AVG arts etc. in loondienst? In hoeverre is dit criteruim relevant als het zorgkantoor bij de aanbieder geen plaatsen met behandeling inkoopt? Hoe wordt dit bepaald als aanbieder in meerdere regio's/domeinen werkzaam is	In dit geval zal de indicator een score krijgen: 'niet van toepassing'
100	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Overig (Personeel)	De inzet van PNIL t.o.v. PIL neemt jaarlijks af. Over welke jaren wordt dit gemeten? Afname is EURO's? In hoeverre wordt rekening gehouden met inflatiecijfers en andere marktontwikkelingen en toegenomen krapte op de arbeidsmarkt?	De inzet van personeel wordt in FTE uitgedrukt, niet in euro's. Het wordt gemeten door de gegevens uit het meest actuele jaarverslag af te zetten tegen het jaarverslag van het jaar daarvoor. De uitkomst wordt besproken in het gesprek met het zorgkantoor en de omstandigheden die van invloed zijn geweest op de uitkomst, kunnen hierbij worden toegelicht.
101	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Overig (Personeel)	Het ziekteverzuimpercentage van een zorgaanbieder is lager dan of gelijk aan het landelijk gemiddelde in de sector? Er kunnen legitieme redenen zijn waarom het percentage hoger is. Ik verzoek u dit criterium te laten vallen.	Het zorgkantoor ziet de toegevoegde waarde van deze indicator en wordt derhalve niet aangepast.
102	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Toegankelijkheid & doelmatigheid	De aanbieder bouwt meerzorg af. Is dit criteruim ook van toepassing als er slechts 1 cliënt meerzorg krijgt? Afbouw t.o.v. welke peildatum?	Nee. De afbouw heeft betrekking op de gemiddelde kosten per cliënt, peilmoment herschikking 2023 ten opzichte van de gemiddelde kosten per cliënt over 2022 (gecorrigeerd voor prijsstijgingen)
103	Regionaal	Monitor Contracteerbeleid Wlz 2024 2026 Zorgkantoor DSW	Thema: Toegankelijkheid & doelmatigheid	De aanbieder spant zich aantoonbaar in om de instroom in de langdurige zorg te voorkomen/uit te stellen? Hoe verhoudt zich dit met de treeknormen en de aanspraak op zorg als een persoon een indicatie WLZ heeft en deze wilt verzilveren? Graag toelichten?	De indicator is van toepassing op de periode vóórafgaand aan de afgifte van een Wlz-indicatie.

104	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	DSW benoemt het volgende: "De afspraken naar aanleiding van toepassing van hardheidsclausule zijn maximaal één jaar geldig". Betekent dit dat je als aanbieder dan in 2024 weer terugvalt naar het percentage dat in 2023 geldt? Zoja, om welke reden kiest DSW ervoor om niet structureel het percentage aan te passen als er uit uitvoerig onderzoek n.a.v. hardheidsclausule beoordeeld is dat het huidige percentage niet kostendekkend is?	De hardheidsclausule kent een looptijd van één jaar. De reden hiervoor is dat de hardheidsclausule wordt toegepast in uitzonderlijke situaties. Verondersteld wordt dat de zorgaanbieder stappen zet om deze uitzonderlijke situatie aan te passen. Voor het daaropvolgende jaar wordt het reguliere contracteringsproces gevolgd. Het vertrekpunt zal in dat geval het tariefpercentage 2023 zijn.
105	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	U benoemt het volgende: ‘In de situatie dat de hardheidsclausule inderdaad wordt toegepast, wordt de tariefsystematiek zoals door ZN is vastgesteld in hun inkoopbeleid 2024-2026 als basis gebruikt in de alternatieve vaststelling van het tariefpercentage. De tariefpercentages van het maximale NZa tarief geldend in deze systematiek, zijn: V&V: 95,5%.’ Om welke reden hanteert u hier het richtingstariefpercentage en niet het percentage waarbij het voor de zorgaanbieder kostendekkend is?	Wij hebben het beleid omtrent de hardheidsclausule aangepast. De aanvraag om beroep te doen op de hardheidsclausule wordt als maatwerk behandeld. Op basis van de aangeleverde documenten wordt het gesprek gevoerd over een passend tariefpercentage. Een element dat in het gesprek meegenomen kan worden, is het richttariefpercentage.

106	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen? Gaat u de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Wij hebben bezwaar tegen deze rekenregel omdat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatsmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?	Nee, de normering van de financiële positie van de zorgaanbieder is geen toepassingsvoorwaarde van de hardheidsclausule. Het is een omstandigheid die meegewogen kan worden in de beoordeling van de hardheidsclausule. De toepassing van de hardheidsclausule is afhankelijk van de weging van concrete omstandigheden. Dit betreft dus maatwerk, waarbij de beschreven rekenregels niet worden gehanteerd.

107	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van ‘als tariefssystematiek een onvoorzien en onredelijk nadelig gevolg heeft voor de zorgaanbieder ’. Uit de jurisprudentie volgt dat deze zin alleen kan worden geduid als een invulling van de op de zorgkantoren rustende verplichting om in het kader van het vaststellen van een reëel tarief acht te slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Voorbeelden hiervan zijn zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties. Kunt u bevestigen dat er sprake is van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek als een zorgaanbieder geconfronteerd wordt met kostenverhogingen die niet verdisconteerd zijn in de geïndexeerde NZa-tarieven? Zo nee, waarom niet? En hoe moet deze voorwaarde dan gelezen worden? Kunt u concrete voorbeelden noemen van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule. Wij lezen r.o. 4.25 van de kort geding uitspraak zo dat de voorzieningenrechter heeft geoordeeld dat de hardheidsclausule in de gekozen tariefsystematiek van relevante betekenis is omdat daarmee een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg kan worden opgevangen. In zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Wij bevestigen wel dat in de uitspraak van 22 oktober 2019, ECLI:RBDHA:2019:11096 de genoemde voorbeelden letterlijk zijn aangemerkt als “organisatie-specifieke omstandigheden”.

					Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat het zoals gezegd afhankelijk is van de omstandigheden van het geval, dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.

108	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule, omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. De verplichting om een reëel tarief vast te stellen vloeit voort uit het proportionaliteitsbeginsel. Dit beginsel vereist dat de voorwaarden in verhouding dienen te staan tot het voorwerp van de opdracht. Het tarief dient op grond van het proportionaliteitsbeginsel dus in redelijke verhouding te staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een instelling heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet?	Nee. Wij vinden de financiële situatie van de zorgaanbieder wel degelijk relevant bij de beoordeling en eventuele toepassing van de hardheidsclausule.

109	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Op pagina 23 stelt u dat omdat u differentiatie toepast in de afspraken met de aanbieder, uitwijkmogelijkheid door middel van de hardheidsclausule in basis niet noodzakelijk is. Waarom wordt bij toepassing van de hardheidsclausule het tariefpercentage van 95,5% als basis gebruikt? De hardheidsclausule wordt niet voor niets aangevraagd. Dit impliceert dat zorgaanbieders zonder toepassing van de hardheidsclausule sowieso een lager tariefpercentage krijgen dan het richttariefpercentage van 95,5%. Klopt onze redenering? Zo nee, waarom niet?	Deze implicatie is onjuist. Het tariefpercentage 2024 is afhankelijk van het tariefpercentage 2023. Met betrekking tot de hardheidsclausule hebben wij het beleid aangepast. De aanvraag om beroep te doen op de hardheidsclausule wordt als maatwerk behandeld. Op basis van de aangeleverde documenten wordt het gesprek gevoerd over een passend tariefpercentage. Een element dat in het gesprek meegenomen kan worden, is het richttariefpercentage.
110	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Hoe staat deze toets in verhouding tot de vraag of de aanbieder op doelmatige manier zorg levert?	Beide toetsingscriteria wegen mee in de beoordeling van de hardheidsclausule.
111	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van welke informatie beoordeelt u of dit het geval is? Is dit een eenzijdige beoordeling door het zorgkantoor of wordt dit in overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder vastgesteld?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toetst derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.

112	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders.	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toetst derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.
113	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	In het verleden zijn aanvragen van de hardheidsclausule eenzijdig en zonder overleg met de zorgaanbieder door het zorgkantoor afgewezen. Wij menen dat er altijd in overleg met de zorgaanbieder moet worden getreden als er een beroep wordt gedaan op de hardheidsclausule. Een zorgkantoor kan immers niet op de stoel van de bestuurder van een zorgorganisatie gaan zitten en eenzijdig bepalen hoe eigen vermogen en financiële reserves besteed moeten worden en welke operationele verbeteringen doorgevoerd moeten worden. Bent u bereid om in de procedure voor de aanvraag van de hardheidsclausule op te nemen dat als het zorgkantoor meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves dan wel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen, hier altijd eerst overleg over plaatsvindt met de zorgaanbieder, en dat het uiteindelijk de zorgaanbieder is die beslist of het eigen vermogen of financiële reserves daadwerkelijk worden ingezet voor het opvangen van een	Het zorgkantoor heeft gedurende de looptijd van het huidige contracteerbeleid geen aanvragen van de hardheidsclausule ontvangen en daarmee ook niet afgewezen. Ten behoeve van de hardheidsclausule in ons contracteerbeleid 2024-2026 geldt dat het zorgkantoor de aangeleverde documentatie beoordeelt en toetst derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. U vraagt of de zorgaanbieder uiteindelijk beslist welke financiële middelen worden aangewend in het geval van het opvangen van een tekort of operationele verbeteringen. Dit is correct waarbij opgemerkt wordt dat het zorgkantoor verantwoordelijk is voor de toetsing of de aangevraagde hardheidsclausule wordt toegekend. De uitkomst hiervan wordt in onderling overleg nader besproken.

				tekort en of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?	
114	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule is opgenomen dat bij de afweging ook de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn wordt meegenomen. Wat bedoelt u hiermee?	De hardheidsclausule wordt in uitzonderlijke situaties toegepast en kent in basis een looptijd van één jaar. Verondersteld wordt dat de zorgaanbieder stappen zet om deze uitzonderlijke situatie aan te passen. Het zorgkantoor en zorgaanbieder blijven in gesprek en waar nodig zullen gemaakte afspraken van de hardheidsclausule worden voortgezet.

115	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Indien u gebruik gaat maken van de rekenregel waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken, geldt dat wij hiertegen bezwaar hebben. De reden hiervoor is dat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatsmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent u bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?	DSW hanteert deze rekenregel niet.
116	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Kunt u bevestigen dat onder meer zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties onvoorziene en onredelijk benadeelde gevolgen zijn die kunnen leiden tot een verhoging van het tarief op grond van de hardheidclausule?	Ja, deze onderdelen kunnen voorbeelden zijn die onevenredige negatief effect hebben op de Wlz-exploitatie.

117	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol bij de beoordeling of de hardheidsclausule wordt goedgekeurd?	De organisatiestructuur van de zorgaanbieder maakt geen onderdeel uit van de hardheidsclausule zoals geldend in de WSD regio.
118	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek', waarvan slechts in uitzonderlijke gevallen sprake kan zijn. Kunt u vijf concrete en eventueel geanonimiseerde voorbeelden geven van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen die onder het huidige tariefbeleid hebben geleid tot een toepassing van de hardheidsclausule?	In de regio hebben wij geen voorbeelden van onvoorziene en onredelijke benadelende gevolgen van ons huidige tariefbeleid. Wij verwachten derhalve geen beroep op de hardheidsclausule zoals opgenomen in hoofdstuk 7.5 van het contracteerbeleid.
119	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Hoeveel geld heeft u gereserveerd voor de bekostiging van de hardheidclausule?	Hier kunnen wij geen uitspraken over doen. Wij zijn voor de totale zorguitgaven gebonden aan het regionaal beschikbare budgettair kader.
120	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	In het kader van de hardheidsclausule wordt de organisatiestructuur meegenomen. Wat wordt hiermee bedoeld?	De organisatiestructuur van de zorgaanbieder maakt geen onderdeel uit van de hardheidsclausule zoals geldend in de WSD regio.
121	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	bij hardheidsclausule gaat u uit van richttarief van 95,5%. Wat maakt het dat u in die situatie wel uitgangspunt neemt van het richttarief? Hoe verhoud zich dat tov van zorgaanbieders waarvan het tarief van 2023 veel lager is dan het richttarief van 95,5? Dat betreft voor die zorgaanbieders het starttarief voor 2024 en kan nog zakken met 1% (monitorscore)	De hardheidsclausule in ons contracteerbeleid is aangepast waarbij het principe van maatwerk leidend is in plaats van vooraf vastgestelde tariefpercentages. In het geval dat een aangevraagde hardheidsclausule door het zorgkantoor toegekend wordt, zal in onderling overleg maatwerkafspraken worden gemaakt met een looptijd van één jaar.

122	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders. Is het bijvoorbeeld voldoende dat een zorgaanbieder aantoont dat de personeelskosten 70% of minder bedragen afgezet tegen de totale kosten voor de Wlzzorglevering? Zo nee, welke norm hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toetst derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.
123	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	mij is niet duidelijk wat de deadline is om hardheidsclausule aan te vragen bij DSW. Kunt u aangeven hoe het tijdspad loopt voor indienen van hardheidsclausule ? Zelfde vraag voor het indienen van en bezwaar?	Het aanvragen van de hardheidsclausule is mogelijk tot 20 dagen na de vaststelling van het tarief. We hebben dit verduidelijkt in het beleid. De termijn voor het maken van bezwaar was, overeenkomstig het beleid, uiterlijk 15 juni 2023 voor 12:00. Het aanhangig maken van een kortgeding tegen het contracteerbeleid kan tot 20 dagen na het publiceren van de Nota van Inlichtingen. We hebben dit verduidelijkt in het beleid.
124	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek	DSW hanteert deze rekenregel niet

				van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?	
125	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toetst derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.
126	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Kan een zorgaanbieder aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert (in het kader van de hardheidsclausule) door aan te tonen dat de personeelskosten 70% of minder bedragen afgezet tegen de totale kosten voor de Wlz-zorglevering? Zo nee, welke norm hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?	DSW hanteert deze rekenregel niet, de beoordeling of er sprake is van doelmatige zorgverlening is afhankelijk van de door de zorgaanbieder aangeleverde onderbouwing. Deze onderbouwing en de beslissing van het zorgkantoor of de aangevraagde hardheidsclausule wordt toegepast, zal in onderling overleg nader besproken worden.
127	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van ‘onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek’. In de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag is geoordeeld dat, althans voor de sector GGZ, dit een instrument is waarbij acht kan worden geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Is dit	Ja, dat klopt

				(ook) een correcte beschrijving van het toepassingsbereik van de hardheidsclausule voor de sector GZ?	
128	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	De aanvraag om beroep te doen op de hardheidsclausule wordt als maatwerk behandeld. Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toets of de hardheidsclausule van toepassing is. De financiële situatie van een zorgaanbieder weegt hier in mee, maar is niet het enige criterium. De hypothetisch geschetste situatie biedt ons niet alle benodigde informatie, waardoor wij geen antwoord kunnen geven op de vraag.
129	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de ‘financiële positie’. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toets derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. Dit zal op totaalniveau van de zorgorganisatie plaatsvinden.

130	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?	Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausaule afspraken te maken. Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per FTE ten opzichte van de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de hardheidsclausule.
131	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met ‘uitzonderlijke gevallen’ bij de omschrijving van de hardheidsclausule?	Vanwege het principe van maatwerk dat wij toepassen bij de hardheidsclausule kunnen wij hier geen uitspraak over doen.
132	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Wanneer wordt op basis van de organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?	De organisatiestructuur van de zorgaanbieder maakt geen onderdeel uit van de hardheidsclausule zoals geldend in de WSD regio.
133	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als ‘uitzonderlijke gevallen’, ‘specifieke’ situaties en ‘onvoorziene’ gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimum remedium is voor een zorgaanbieder?	ja, dat klopt
134	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Kunt u de parameters die u hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin toelichten?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toets derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.

135	Regionaal	Contracteerbeleid langdurige zorg 2024 2026 Zorgkantoor DSW	7.5 Hardheidsclausule	Wanneer wordt op basis van de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?	Het zorgkantoor beoordeelt de aangeleverde documentatie en toets derhalve of de hardheidsclausule van toepassing is. De uitkomst wordt in onderling overleg nader besproken.
136	Landelijk	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 - 2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Artikel 1 F bepaalt dat enkele bijlagen (waaronder het Voorschrift Zorgtoewijzing) van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Het betreft de telkens meest actuele versie van deze documenten. Wij maken bezwaar tegen dit artikel waarbij ons bezwaar zich richt op de gecursiveerde zinsnede, die inhoudt dat op voorhand instemming wordt gevraagd voor documenten die gedurende de looptijd van de overeenkomst eenzijdig door het Zorgkantoor (kunnen) worden aangepast. Wij achten het onredelijk dat wij geacht worden in te stemmen met documenten die wij niet kennen. Bent u bereid om bij wijziging van de documenten die integraal onderdeel uitmaken de geactualiseerde versie ter instemming voor te leggen aan de zorgaanbieder. Zo nee, waarom niet?	Het zorgkantoor zal dit artikel niet aanpassen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.

137	Landelijk	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 - 2026	Hoofdstuk 1 levering van zorg	Artikel 1 lid 6 schrijft voor dat de zorgaanbieder de klant wijst op (…) het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft op grond van de Wet zorg en dwang (Wzd) tot taak om de cliënt of zijn vertegenwoordiger op hun verzoek te adviseren en bij te staan in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg, met gedwongen opname en verblijf en met het doorlopen van de klachtenprocedure van de Wzd. Het begrip client in de Wzd heeft een beperktere reikwijdte dan het begrip client in de Wlz. De client in de Wzd is een persoon van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg als bedoeld in het derde lid, dan wel van wie het CIZ in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wet langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het is daarmee onjuist – en verwarrend bovendien - dat de zorgaanbieder alle cliënten in de Wlz moet wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand. Wij maken hiertegen bezwaar en verzoeken u om de overeenkomst aan te passen in lijn met de Wzd.	Wij zullen lid 6 van Artikel 1 Deel III Algemeen deel aanpassen. Lid 6 zal komen te luiden: De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en –wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon

138	Landelijk	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 - 2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Het Voorschrift Zorgtoewijzing maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Echter wordt deze op een later moment gepubliceerd en wordt dus op dit moment transparantie gemist. Is het mogelijk dat er bij de publicatie van het Voorschrift Zorgtoewijzing nog een proces tot Nota van Inlichtingen volgt? Graag uw besluit motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
139	Landelijk	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 - 2026	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	We verzoeken artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing aan te passen, zodat een aanvraag voor meerzorg gelijktijdig met een verzoek om een indicatie of herindicatie kan worden gedaan en geen tijd verloren gaat met het wachten op de indicatie zelf. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.	Meerzorg bij verblijfszorg of (in geclusterd) VPT kan worden aangevraagd voor: • iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel, zoals genoemd in artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing • iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel (het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt). Om te kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal eerst een (her)indicatie bij het CIZ moeten zijn afgegeven voordat een aanvraag voor meerzorg kan worden ingediend. Wij passen dit niet aan.
140	Landelijk	Bijlage 3A Bestuursverklaring 2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Bij de definities over onderaannemers blijkt dat ook zzp-ers vallen onder het begrip onderaannemer. Dit betekent dat ingevolge artikel 10 ook alle zzp-ers gemeld dienen te worden bij het zorgkantoor. Dat levert in de huidige arbeidsmarkt een onwenselijke situatie op. We verzoeken daarom deze definitie aan te passen of artikel 10 niet van toepassing te laten zijn op zzp-ers. Graag uw bevestiging.	Wij zullen de definitie niet aanpassen en artikel 10 blijft van toepassing op zzp'ers.

141	Landelijk	Bijlage 3A Bestuursverklaring 2024	Bijlage 2: Onderaannemerschap	In de definities is voor onderaanneming is aangegeven dat zzp-ers daar ook deel van uit maken. In artikel 10 lid 1 is vermeld dat alle zorg in onderaanneming vooraf gemeld moet worden. Dat betekent ook dat alle zzp-ers gemeld moeten worden. Dat is gezein de huidige arbeidsmarkt onwenselijk. Verzoek is om de zzp-ers uit de definitie te halen. Advies: verzoek om artikel 10 lid 1 aan te passen naar:“Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor.Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers gemotiveerd te weigeren. Indiende zorgaanbieder meent dat een weigering niet terecht is en haar belangen als gevolg daarvan onevenredig worden geschaad, treden partijen over de weigering in overleg.”	Wij zullen de ZZP’ers niet uit de definitie ‘Onderaanneming’ halen. Ook zullen wij artikel 10 lid 1 niet aanpassen.
142	Landelijk	Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden	1. Inleiding	In een volgende versie wordt verwacht meer te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van o.a. de overheveling van behandeling. Wanneer verwacht u hierover te kunnen publiceren? Kunnen wij dan nogmaals vragen stellen? Op welke wijze denkt u te gaan voldoen aan het transparantiebeginsel als na inschrijving de aanvullende inkoopvoorwaarden worden gewijzigd? Of worden de nieuw gepubliceerde voorwaarden middels een addendum toegevoegd aan de lopende overeenkomst?	Het aanvullende beleid publiceren de zorgkantoren (naar verwachting) in de Aanvulling op het inkoopbeleid Wlz 2025. Daarbij hanteren de zorgkantoren een vragen- (NvI) en bezwarenproces.

143	Landelijk	Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Is het ook mogelijk om de gedragswetenschapper onder de prestatiecode H336 in te zetten binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking? Dit kan bijdragen aan preventie en voorkomen van escalaties.	Ja, dat kan. De desbetreffende voorwaarden vindt u in de beleidsregel.
144	Landelijk	Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	U stelt aanvullende voorwaarden voor de zorglevering voor profiel VG7. Als aanbieder willen wij u er op wijzen dat deze voorwaarden enkel haalbaar zijn en blijven indien er kostendekkende tarieven voor VG7 geboden worden. Indien u niet-kostendekkende tarieven biedt is het niet realistisch om van aanbieders te verwachten aan deze aanvullende voorwaarden te voldoen. Bent u het hiermee eens?	Hier zijn wij het niet mee eens, aangezien wij deze aanvullende inkoopvoorwaarden al vele jaren in ons inkoopbeleid hebben opgenomen. Zorgaanbieders moeten hier al aan voldoen als zij zorg leveren aan cliënten met een VG7 indicatie.
145	Landelijk	Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	U stelt dat een zorgkantoor geen LVG-indicatie meer om mag zetten naar zorg thuis dan wel een VG-toewijzing. Hoe wenst u om te gaan met cliënten die tijdens hun behandelperiode zwanger worden en niet meer in de behandelsetting kunnen verblijven? Is het in deze uitzonderlijke situaties mogelijk om toch een VG-toewijzing toe te staan zodat (intensieve) begeleiding voortgang kan blijven houden? Indien niet, hoe denkt het zorgkantoor aan haar zorgplicht te kunnen voldoen bij zwangere cliënten met een LVG-indicatie?	Dit is wettelijk niet meer toegestaan. VWS heeft zorgkantoren erop gewezen om de wet hierin te volgen. Andere invulling van de LVG indicatie is niet rechtmatig. Indien een dergelijke casuïstiek zich voordoet, adviseren wij om contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor om de casus te beoordelen om vervolgens samen te casus aan VWS voor te leggen met de vraag of een uitzondering mogelijk is.

146	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zijn de jaarverslagen geschoond van incidentele bijdragen die in 2021 zijn toegekend (zoals compensatie voor de COVID-19 pandemie) en andere effecten (zoals uitstellen van projecten, activiteiten, subsidies en daaraan gerelateerde kosten waarvan bekend is dat deze binnen de sector niet consistent worden toegerekend aan kosten en/of opbrengsten), in de onderbouwing van het richttariefpercentage? Zo ja, hoe is dat gedaan? Zo nee, waarom niet?	1) COVID-19 compensaties Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, wordt dit ook niet verdisconteert in de Zin gerelateerde Wlz kosten. 2) bijzondere inkomsten/uitgaven Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz.. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.
147	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen of wij volgens u vallen binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richtariefpercentage uitkomt, zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen. Komt het berekende percentage boven het richttarief uit dan zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken

148	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als bron wordt gebruikt: De meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz(V&V, GZ en GGZ). Wat garandeert dat het richttariefpercentage voldoende is voor de toekomst en een reëel tarief biedt conform de uitspraak van de rechter uit 2020?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. Zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. De hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het contracteerbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

149	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader) onderdeel van de omzet en declaraties? Zo niet, kunt u toelichtingen waarom niet en bent u bereid om dit alsnog te doen?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.

150	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze heeft u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader)? Zijn deze onderdeel van de omzet en declaraties? Zijn de totale kosten gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Wij zijn van mening dat met het voorgaande wel rekening moet worden gehouden. En als u het voorgaande niet geheel of gedeeltelijk heeft meegenomen in de berekeningen, bent u dan bereid om dit alsnog te doen. Zo nee, waarom niet?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.

151	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als het richttariefpercentage voor mijn organisatie niet kostendekkend is, en ik wel een doelmatige zorgaanbieder ben, kan ik dan alsnog aanspraak maken op een wel kostendekkend tarief? Zo nee, hoe ziet u dit in het licht van uw verplichting om een reëel tarief te betalen?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
152	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Zo ja, hoe bent u tot deze conclusie gekomen? Als dat niet klopt, waarom meent u dan dat het proportioneel is van deze zorgaanbieders te vragen om onder kostprijs zorg te verlenen ?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. Zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. De hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke

					gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

153	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief, immers voor een gezonde bedrijfsvoering is een zeker resultaat onontbeerlijk. Bent u bereid om het richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om risico's op te vangen?	Nee, wij zijn niet bereid het richttariefpercentage hierop aan te passen. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. Zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. De hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

154	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief, immers voor een gezonde bedrijfsvoering is een zeker resultaat onontbeerlijk. Bent u bereid om het richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om risico's op te vangen?	Nee, wij zijn niet bereid het richttariefpercentage hierop aan te passen. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. Zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. De hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

155	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttarief wordt aangegeven dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Kunt u, vanwege gemis aan transparantie, aangeven welke kwaliteitcriteria en rekenkundige uitgangspunten hierbij zijn gehanteerd?	Met bijlage 7 van het inkoopkader in combinatie met de beantwoording van alle vragen over het model in deze Nota van Inlichtingen zijn de gehanteerde uitgangspunten naar onze mening op voldoende wijze toegelicht zodat sprake is van een verifieerbare onderbouwing.
156	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u in het richttarief percentage de redelijke overheadkosten verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel aan redelijke overheadkosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
157	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2021 enkel de Wlz-kosten en opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen (en dus niet de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/Zvw)? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

158	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u onderbouwen hoe u rekening heeft gehouden met redelijke overheadkosten?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet de zelfde specificeringen hebben.
159	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van de reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De reis- en opleidingskosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet de zelfde specificeringen hebben.
160	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn de totale kosten bij het vaststellen van het kostenpercentage gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet en bent u bereid om dit alsnog te doen? Kunt u toelichten of u hierbij aandacht hebt besteed of alsnog wilt besteden aan de omstandigheid dat eel Wlz-aanbieders hun exploitatie sluitend hebben gehouden door zeer weinig te investeren? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en

					lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.
161	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft u voor de berekening van het richttariefpercentage samengewerkt met consultancybureau en/of adviesbureaus? Zo ja, kunt u eventuele adviezen of rapporten van deze organisatie(s) met ons delen?	Zorgkantoren hebben het tariefmodel zelf ontwikkeld en de berekeningen zelf uitgevoerd. Wel is het model en de berekening extern gevalideerd.

162	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe bent u gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat / 25% negatief resultaat in het bepalen van het richttariefpercentage? Waarom is niet gekozen voor een andere verhouding	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."

163	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe bent u gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat / 25% negatief resultaat in het bepalen van het richttariefpercentage? Waarom is niet gekozen voor een andere verhouding	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."

164	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe bent u gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat / 25% negatief resultaat in het bepalen van het richttariefpercentage? Waarom is niet gekozen voor een andere verhouding?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."

165	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	4. Resultaten per sector	Hoe heeft u gewaarborgd dat het richttariefpercentage per sector dat is gebaseerd op databronnen uit 2021, ertoe leidt dat er een reëel tarief voor de in te kopen zorg wordt betaald voor de gehele periode 2024 - 2026? Dit mede gelet op het feit dat de indexering van de NZa niet de daadwerkelijke kostenstijgingen (volledig) dekt en de NZa-tarieven niet recent herijkt zijn (de NZa-tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2016) waardoor ze actualiteit missen. Zo wordt er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de stijging van de PNIL-kosten, hogere personeelskosten, de gestegen energiekosten, de verzwaring/complexiteit van de zorgvraag etc? Kunt u dit toelichten?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
166	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe kunt u stellen dat 75% van de zorgaanbieders een positief of neutraal resultaat behaalt met het richttariefpercentage als de NZa maximumtarieven voor 2024 nog niet bekend zijn? En bent u bereid om de richttariefpercentages opnieuw te berekenen wanneer de NZa-maximumtarieven bekend zijn?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.

167	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
168	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Kunnen individuele aanbieders opvragen cq erachter komen of zij zijn ingedeeld in de groep van 25%? Als een aanbieder dan kan aantonen dat hij wel doelmatig is, kan hij dan een beroep doen op een hoger tariefpercentage? Zo nee waarom niet?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

169	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat ‘de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.’ Wij zijn van mening dat het onwenselijk is dat u een onderbouwing baseert op een aanname en zijn daarnaast van mening dat uw aanname geen recht doet aan de werkelijkheid. Waarom heeft u niet gekozen voor betrouwbare informatie op dit punt zodat uw onderbouwing niet is gebaseerd op een aanname? Bent u bereid om uw aanname alsnog nader te onderbouwen? Zo nee, waarom niet?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen.
170	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft u bij de vaststelling dat 25% van de zorgaanbieders met het richttariefpercentage een negatief resultaat behaalt, enkel gekeken naar de solvabiliteit? Zo nee, hoe heeft u dit vastgesteld? Welke financiële kengetallen heeft u gebruikt en waarom?	Om het theoretische resultaat met het richttarief te berekenen is de volgende berekening gehanteerd: bereken de 'theoretisch richttarief ZiN omzet' door '100% NZa maximum tarief scenario' te vermenigvuldigen met het richttarief percentage. De 'theoretisch richttarief ZiN omzet' is de omzet die een aanbieder zou krijgen als het richttarief als uiteindelijk tarief gehanteerd zou zijn. Trek van de theoretische omzet de 'ZiN gerelateerde Wlz kosten' af om het 'theoretisch richttarief ZiN resultaat' te krijgen. Dit kan dan als percentage uitdrukt worden door het 'theoretische richttarief resultaat' te delen door de 'theoretisch richttarief ZiN omzet'.

171	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Een van de uitgangspunten is: "Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg". Hoe rijmt zich dit uitgangspunt met een salarisontwikkeling die fors afwijkt van de huidige marktontwikkeling en een toenemend concurrentie op de arbeidsmarkt, zonder dat hier compensatie voor wordt geboden?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.
172	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij het onderbouwen van de richttarieven per sector wordt gebruik gemaakt van historische data van 2021. Voor 2024 zijn er verschillende factoren die de betaalbaarheid van de zorg beïnvloeden zoals korting macrokader, inflatie, CAO verhoging, energiekosten etc. In hoeverre is bij bepaling van het 75e percentiel en daarmee de hoogte van het basistarief rekening gehouden met deze factoren? Als hiervoor niet is gecorrigeerd vind ik dit bezwaarlijk omdat hierdoor geen reëel tarief wordt geboden. Bent u in dit geval bereid om deze correctie alsnog mee te nemen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
173	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij bepaling van het richttariefpercentage en dus het positieve, neutrale of negatieve resultaat van zorgaanbieders rekening gehoudenmet de vermogenspositie van aanbieders? Zo ja, op welke wijze? En hoe verhoudt dit zicht met de eis dat een tarief de kosten moet dekken van een	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.

				redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder?	
174	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader (gemiddeld 1,2% van het Wlz-kader) als gevolg van het effectueren van twee beleidsmaatregelen? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, zorgkantoren hebben een wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen. VWS heeft de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast. Wanneer zorgkantoren de kortingen niet door vertalen in de inkoop wordt de beschikbare contracteerruimte overschreden.
175	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2024 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
176	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bent u het ermee eens dat de berekening van het richttariefpercentage gebaseerd moet zijn op de zorgexploitatie, en niet de vastgoedexploitatie, en dat dit kostendekkend moet zijn omdat het anders impact heeft op de vastgoedcomponent? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.

177	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het voorschrift zorgtoewijzing staat beschreven dat no-show niet gedeclareerd mag worden aangezien dit in het tarief is verdisconteerd. Zorgaanbieders worden geconfronteerd met een hoog percentage no-show, dit geld met name voor de Kinderdienstencentra (KDC). Nu het richttariefpercentage lager uitvalt legt dit nog meer financiële druk op de exploitatie. Wat gaat het zorgkantoor hier aan doen?	Deze regels rondom no show zijn vastgelegd in NZa-regelgeving. Indien u van oordeel bent dat deze kostenontwikkeling onvoldoende is meegenomen in de NZa-tarieven is het is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
178	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u bevestigen dat bij de berekening van het richttariefpercentage, door het gebruik van de som der bedrijfskosten en bedrijfsopbrengsten, de financieringslasten van zorgaanbieders buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.
179	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u het aandeel aan indexatie van de reële prijs voor het leveren van Wlz-zorg in het richttariefpercentage toelichten?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van data 2021 (inclusief maximumtarieven). De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.

180	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u risico-opslag in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van risico-opslag in het richttariefpercentage kwantificeren? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet nu het vaste jurisprudentie is dat er bij het vaststellen van een reëel tarief ook rekening wordt gehouden met een risico-opslag?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
181	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u toelichten hoe het mogelijk is dat u een reëel richttariefpercentage kan vaststellen als de maximumtarieven van de NZa nog niet gepubliceerd zijn?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefsafspraken te komen.

182	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u toelichten op welke manier u bij de berekening van het richttariefpercentage rekening hebt gehouden met verschillen in de uitvoeringswerkelijkheid tussen zorgaanbieders? Denk aan het verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders?	In het eerste deel van het model is voor iedere aanbieder apart het 'kostenpercentage/kostenratio' berekend, in het tweede gedeelte telt iedere aanbieder in principe even zwaar mee. Voor verdere verschillen in uitvoeringswerkelijkheid en beleidskeuzes hierover verwijzen wij naar het regionale beleid. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het richttarief (in combinatie met regionaal beleid) onvoorzien nadelig uitpakt voor een zorgaanbieder, dan is er de mogelijkheid om aanspraak te doen op de hardheidsclausule.
183	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u toelichten op welke manier u met krapte op de arbeidsmarkt rekening hebt gehouden gelet op het feit dat jaarrekeningen van 2021 bepalend zijn geweest voor de berekening van het richttariefpercentage?	Dit is geen factor in de berekening van het richttariefpercentage.
184	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.

185	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De rekenmethode die u gebruikt om het richttariefpercentage vast te stellen is voor ons niet duidelijk. Kunt u deze toelichten aan de hand van gegevens van een fictieve organisatie en daarbij aangeven met welke gegevens uit het jaardocument of andere bronnen is gewerkt?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken. In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de rekenmethode nader te illustreren.
186	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De totale omzet die een zorgaanbieder in het betreffende jaar heeft gerealiseerd wordt als basis gebruikt. Hier zitten verschillende beperkingen op (zeker in 2021) in hoeverre is hier rekening gehouden met de bijzondere omstandigheid van bijvoorbeeld de coronacompensatie, kwaliteitsmiddelen, zorgbonus en overige niet zorggerelateerde opbrengsten? Zo niet, dan vind ik het bezwaarlijk dat dat niet gebeurd is, omdat dat dan niet zal leiden tot een reëel tarief. Bent u in dit geval bereid om hier alsnog rekening mee te houden in de berekening van de totale omzet?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz ZiN zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties (o.a. die gerelateerd zijn aan Covid zoals de EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.

188	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 9 van de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u dat met een richttariefpercentage van 95,7%, 54% van de zorgaanbieders een theoretisch resultaat heeft van meer dan 2%. Op deze pagina wordt niet expliciet gemaakt dat het gaat om Wlz-resultaat. Kunt u bevestigen dat u met theoretisch resultaat 'theoretisch Wlz-resultaat' bedoelt en niet totaal resultaat van de zorgaanbieder? Zo nee, dan hebben wij hierbij bezwaren omdat deze onderbouwing bedoeld is voor het bepalen van het richttariefpercentage in de Wlz.	Hier wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen. Naar aanleiding van deze vraag is dit verhelderd in bijlage 7.
189	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgkantoren moeten reële tarieven vergoeden voor de zorg die zij inkopen. Is het richttariefpercentage per sector volgens u een reëel tarief? Zo nee, op welke wijze meent u dan aan uw verplichting tot het vergoeden van een reëel tarief te voldoen?	Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

190	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde doelmatigheidskorting van 0,5% door de NZa?	Nee, zorgkantoren hebben een wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen. VWS heeft de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast. Wanneer zorgkantoren de kortingen niet door vertalen in de inkoop wordt de beschikbare contracteerruimte overschreden.
191	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Betekent dit bijvoorbeeld dat er geen wijzigingen zijn in de doelmatigheid van de sector? Of werkt in uw ogen 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig, en waar baseert u dat op?	Met het blijven hanteren van het 75ste percenteel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat wij vinden dat er altijd 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is om te hanteren bij de berekening van de richttariefpercentages.
192	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U heeft alleen aangegeven hoe u gekomen bent tot de tariefonderbouwing, maar de feitelijke berekening heeft u niet gepubliceerd waardoor wij de feitelijke berekening van het richttariefpercentage niet kunnen controleren. Bent u bereid om de feitelijke berekening (op geaggregeerd niveau) te publiceren? Zo nee, waarom niet?	Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.

193	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 van de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u dat met een richttariefpercentage van 95,5%, 54% van de zorgaanbieders een theoretisch resultaat heeft van meer dan 2%. Op deze pagina wordt niet expliciet gemaakt dat het gaat om Wlz-resultaat. Kunt u bevestigen dat u met theoretisch resultaat 'theoretisch Wlz-resultaat' bedoelt en niet totaal resultaat van de zorgaanbieder? Zo nee, dan hebben wij hierbij bezwaren omdat deze onderbouwing bedoeld is voor het bepalen van het richttariefpercentage in de Wlz.	Hier wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen. Naar aanleiding van deze vraag is dit verhelderd in bijlage 7.

194	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe meent u aan uw verplichting tot het bepalen van een reëel tarief te voldoen, indien u zelf al heeft vastgesteld dat voor maar liefst 25% van de zorgaanbieders het tariefpercentage niet kostendekkend zal zijn?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Met deze driedelige systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan er dan ook vanuit dat uiteindelijk niet 25% van de aanbieders een negatief resultaat behaalt.

195	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 zoals personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet? Hoe meent u dan aan uw verplichting te voldoen tot het betalen van een reëel tarief?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen (waaronder de impact van nieuw Cao's) en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
196	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U stelt op pagina 3 van Bijlage 7 dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders, met als reden dat u de administratieve lasten voor zorgaanbieders wilt beperken. Wij waarderen het dat u aandacht heeft voor administratieve lasten maar achten het wenselijk dat de bronnen voor de onderbouwing van een richttariefpercentage actueel en zo volledig mogelijk en betrouwbaar zijn zodat deze met zekerheid kunnen worden betrokken in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Ondersteunt u dit en bent u daarom bereid om de deugdelijkheid van de onderbouwing van het richttariefpercentage alsnog nader te onderzoeken op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie, bijvoorbeeld door middel van een uitvraag op basis van een steekproef? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021.Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reëele tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data.

197	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Uit de tariefonderbouwing wordt ons onvoldoende duidelijk wat de term ‘kostenratio’ betekent en welke uitgangspunten voor het berekenen hiervan zijn genomen. Kunt u dit toelichten?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage.
198	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van de tarieven rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan of gaat u dit bijstellen wanneer de CAO-kosten/hogere lonen bekend zijn? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
199	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Indien u de vastgoedexploitatie wél heeft meegenomen in de berekening van het richttariefpercentage, heeft u rekening gehouden met het gegeven dat de NHC vanaf 2024 wordt herijkt met 8 procent? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen. Aangezien het richttariefpercentage niet geldt voor de NHC en de doorrekening o.b.v. gegevens uit 2021 is gedaan is de herijking van de NHC voor 2024 niet meegenomen.

200	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Voor veel zorgaanbieders is de jaarrekening van het jaar 2022 al gepubliceerd. Welke jaarverslagen (in de verhouding 2021 en 2022) zijn concreet gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Van de 549 V&V aanbieders (op geconsolideerd niveau) waarvan ten tijde van de berekening de jaarverslagen over 2021 beschikbaar waren, zijn na uitsluiting van outliers 512 meegenomen in de bepaling van het sectorpercentage/richttarief. Outliers zijn bepaald middels een outlieranalyse. Tijdens de analyse worden op basis van de standaard deviatie grenswaarden bepaald. Aanbieders die buiten deze grenzen vallen worden eerst nader bekeken, tijdens deze controle wordt er gekeken naar de correctheid van gegevens (denk hierbij bijvoorbeeld aan de juistheid van het KvK nummer) en of er sprake is geweest van bijzondere inkomsten en/of uitgaven (denk hierbij bijvoorbeeld aan aan- of verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, etc.). Dit proces wordt 2 maal herhaald, daarna bij de 3e ronde van het bepalen van outliers worden er geen correcties meer gedaan, maar worden de aanbieders die dan buiten de grenswaarden vallen uitgesloten. Om de administratieve last van een aanbieder niet te vergroten is besloten geen aparte uitvragen te doen, bovenstaand proces gebeurt a.d.h.v. de beschikbare jaarverslagen. Dit proces is, net als de andere onderdelen van het model, door een externe partij gevalideerd. De individuele gegevens, waaronder de namen, van de 512 aanbieders die meegenomen zijn in de bepaling van het richttarief worden niet gedeeld. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.

202	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Korian maakt bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
203	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de GZ-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de GZ als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van de bestanden die Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
204	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

205	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij zijn van mening dat bij het berekenen van het richttariefpercentage alleen de Wlz-zorgexploitatie moet worden meegenomen. Heeft u in het berekenen van het richttariefpercentage en dus het analyseren van de jaarrekeningen van zorgaanbieders enkel de Wlz-zorgexploitatie in de berekening meegenomen (en dus niet bijvoorbeeld de vastgoedexploitatie of zorgexploitatie Wmo) ? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.

206	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 zoals personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, dan vinden wij het bezwaarlijk dat dat niet gebeurd is. Hoe vindt u dat, wanneer er geen rekening is gehouden met gestegen kosten, een reëel tarief kan worden geboden?	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.
207	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	We maken bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
208	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn er nog andere kostencategorieën die bij de berekening van het richttariefpercentage buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Nee, alleen de financieringsbaten en lasten zijn buiten beschouwing gelaten, andere kosten categorieën zijn onderdeel van de totale kosten.

209	Landelijk	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij het vorige inkoopbeleid heeft u eveneens een richttariefpercentage vastgesteld waarmee 75% van individuele zorgaanbieders een tarief betaald zouden krijgen waarmee zij een positief of neutraal resultaat kregen. Waarom denkt u dat het percentage van 75% voor de aankomende jaren redelijk is, mede gelet op de doelmatigheidswinsten van zorgaanbieders door het huidige tariefbeleid?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
210	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	De kosten van de langdurige zorg overstijgen de kosten vanuit de ziekenhuizen en wijkverpleging. Hierdoor komt de betaalbaarheid van zorg steeds meer onder druk. Ambulantisering (VPT/MPT) lijkt als oplossing te worden gezien voor het verminderen van de uitgaven. In de ouderenzorg begrijpen we deze inzet vanwege het eigen vermogen dat klanten hebben. Binnen de gehandicaptenzorg maken wij ons hierover zorgen. Enerzijds vanwege de inkomenspositie van klanten en anderzijds vanwege de krappe woningmarkt. Daarnaast is voor ons onvoldoende duidelijk of inzet van VPT/MPT daadwerkelijk tot een kostendaling leidt of dat mogelijk zelfs duurder is omdat kosten op een andere plek gemaakt worden. Is de	Wij hebben onze visie niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In het landelijk akkoord hebben zowel ZN/Zorgkantoren als VGN/Zorgaanbieders vastgelegd dat de beweging naar ambulantisering gemaakt moet worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij merken wij op dat dit geen verplichting is voor iedere cliënt, maar dat de mogelijkheden moeten worden onderzocht voor de cliënten die het willen en waarbij het kan om de zorg op andere wijze in te vullen.

				inzet op ambulantisering in de gehandicaptenzorg gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek of gaat het hier om aannames. Graag ontvangen wij dan de link naar het onderzoek. Indien er geen onderzoek is naar ambulantisering en de kosten/baten in de gehandicaptenzorg verzoeken wij u deze alsnog te laten doen.	
211	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	De toegankelijkheid van complexe en intensieve zorg in de VG staat onder grotere druk dan de reguliere zorg. Als zorgaanbieder kunnen we ons zorgaanbod aanpassen. Maar er zijn externe factoren (vergoeding VG7, PNIL-kosten) waarop een aanbieder weinig invloed heeft maar die wel randvoorwaardelijk zijn in de levering van complexe zorg. Welke rol nemen zorgkantoren in bij de factoren die door een zorgaanbieder niet te beïnvloeden zijn?	In de meeste gevallen is het zo dat zorgkantoren ook geen invloed hebben op de externe factoren, zoals bijvoorbeeld de PNIL, aangezien zij afhankelijk zijn van politieke besluitvorming. Wij kunnen deze factoren met elkaar verkennen en waar nodig meenemen naar de landelijke overlegtafels. Over de vergoeding van de VG7 is in de regionale Nota van Inlichtingen nieuw beleid opgenomen.
212	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Er is een toenemende zorgvraag en tegelijk krijgt het Budgettair Kader Zorg te maken met kortingen uit het Regeerakkoord. Zorgkantoren hebben geen invloed op de toename van Wlz-indicaties, maar datzelfde geldt voor zorgaanbieders. Bent u het er mee eens dat VWS keuzes zal	Eens dat o.a. VWS keuzes zal moeten maken, om die reden is dit ook 1 van de onderwerpen die wij gezamelijk bij de overheid onder de aandacht brengen.

				moeten maken in de toegang tot de Wlz? Zo ja, welke concrete stappen ondernemen zorgkantoren hierin?	
213	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Er wordt een lijst met bewezen innovaties aangemaakt. Worden deze innovaties via wetenschappelijke onderzoek of middels practice based onderzoek toegevoegd aan de lijst bewezen innovaties? En worden in deze onderzoeken de kosten- en batenanalyses meegenomen?	De innovaties worden via het zorgtransformatiemodel beoordeeld. Meer informatie is te vinden op de website van het kenniscentrum digitale zorg.
214	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.3 Verduurzaming	Er wordt expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?	De zorgsector werkt met CO2 routekaarten vanuit het Expertisecentrum Verduurzaming zorg (EVZ). Wij vragen zorgaanbieders daarom om de CO2 routekaart aan te leveren bij het EVZ. Gemeenten werken met CO2 routekaarten vanuit RVO.
215	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.3 Verduurzaming	Geldt de CO2 routekaart enkel voor Vastgoed of ook voor mobiliteit? Indien ook voor mobiliteit, welke CO2 routekaart dient dan aangeleverd te worden? Voor zover wij weten is daar namelijk nog geen voor ontwikkeld.	De CO2 routekaart betreft het zorgvastgoed. Een CO2 routekaart laat zien op welke manier een instelling wil werken aan de klimaatdoelen. De routekaart geeft per gebouw inzicht in de geplande maatregelen, de verwachtte CO2-reductie en de benodigde investeringen.
216	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Halen de zorgkantoren actief bewezen innovaties op bij zorgaanbieders of dienen zorgaanbieders zelf proactief te zijn in het delen van volgens hen bewezen innovaties?	Zorgkantoren zetten zich actief in voor het ophalen en opschalen van innovaties. Dat laat onverlet dat zorgkantoren ook graag rechtstreeks van zorgaanbieders horen welke bewezen innovaties veelbelovend zijn.

217	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Het klinkt theoretisch logisch om niet 'het wiel opnieuw uit te vinden', maar vaak blijkt dat je er juist in een (regionale) context achter komt aan welke kar je dat wiel moet zetten en hoe je dat wiel onderhoudt en hoe je het vervangt als het stuk is etc. etc. Dat (saaie) deel van implementatie moet telkens (gedeeltelijk) opnieuw en is kostbaar. Welke rol kan het zorgkantoor daarin spelen?	Zorgkantoren hebben een regionale functie en halen veel waardevolle informatie op die zorgaanbieders kunnen gebruiken bij de implementatie van een innovatie. Zorgkantoren wisselen onderling ook ervaringen uit. Daarnaast zijn zorgkantoren aangesloten op het Kenniscentrum Digitale Zorg wat zich doorontwikkeld tot een landelijk platform. Het implementatievraagstuk is onderdeel van de werkwijze.
218	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Het onderbouwen van innovaties vereist zorgvuldig onderzoek. Samenwerking met alleen zorgaanbieders is onvoldoende, er is (juist) ook samenwerking met kennispartners is nodig. Hoe krijgt dat vorm? Kent u de methodiek weten wat werkt voor onderbouwen meerwaarde technologie?	Het kenniscentrum digitale zorg maakt gebruik van het zorgtransformatiemodel.
219	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	In bullet 6 van pagina 14 geeft u met betrekking tot kwaliteit aan dat het bijstellen van kwaliteit niet enkel iets is van zorgkantoren en aanbieders. Deze zin geeft ons inziens onvoldoende de uitdaging aan. We stellen een aanpassing voor: 'Het bijstellen van de focus van verbeteren kwaliteit naar behouden van kwaliteit, om de zorg ....' Dit sluit beter aan bij de inhoud van paragraaf 5.2. Kunt u zich vinden in het voorstel tot wijziging? Zo ja, kan deze zin toegevoegd worden?	We passen de tekst in de visie niet aan, omdat wij ons niet kunnen niet vinden in uw voorstel.
220	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	1.Aanleiding & Urgentie	In de definitie van passende zorg (pagina 7) staat: “waar mogelijk dicht bij de cliënt”. Wat wordt daar bedoeld? Zorg wordt over het algemeen dicht bij de cliënt geleverd,	Hiermee wordt de thuissituatie van de client in de wijk bedoeld.

				tenzij u hier een verschil maakt met bijvoorbeeld beeldzorg/zorg op afstand.	
221	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZamaximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister: ‘’Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd.’’ - Vindt u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, dat het kortingspercentage vanuit het oogpunt van de zorgaanbieders en de (financiële) ontwikkelingen zou moeten worden verlaagd? Zo ja, welke actie gaat u ondernemen richting VWS? Zo ja, wilt u samen met ons actie ondernemen richting VWS? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.

				- Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	
222	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	In de Visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven, zodat zij samen met zorgaanbieders bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Naast de taak om doelmatige zorg in te kopen, hebben zorgkantoren echter ook zorgplicht. Wat ons betreft zou het Budgettair Kader Zorg geen uitgangspunt voor zorgkantoren moeten zijn, maar juist de zorgplicht. Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom zet u geen concrete acties richting VWS? Zo nee, waarom niet?	Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op de toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken. Een van deze rollen is deze uitdaging onder de aandacht brengen bij de overheid, zoals VWS en de NZa.

223	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.3 Verduurzaming	In de Visie (pagina 32) staat over verduurzaming 'We focussen op de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact; de top 3-5 uit de uitvoeringsplannen van de branches (ActiZ, VGN en de Nederlandse ggz).' Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren niet op andere thema's dan de top 3-5 gaan stimuleren en/of verplichten. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom wijkt u af van de visie van ZN?	Zorgkantoren kunnen kiezen om aanvullende eisen in hun regionale inkoopbeleid op te nemen voor een bepaald thema. Dit kan daarmee ook voor verduurzaming van de zorg het geval zijn. Daarmee kunnen we dit niet uitsluiten.
224	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.2 Kwaliteit	In de visie staat een stuk over behoud van kwaliteit en het onderkennen dat het qua kwaliteit ook minder zal worden. Tevens wordt verwezen naar het hanteren van het kwaliteitscompas/kwaliteitskader. Dit is een contradictie. Hoewel wij dezelfde mening zijn aangedaan dat door de toenemende druk op betaalbaarheid en toegankelijkheid er impact zal zijn op de mate van kunnen behouden van kwaliteit. Kunt u deze contradictie verduidelijken?	In onze visie hebben opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en - uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
225	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.2 Kwaliteit	In paragraaf 5.2 geeft u aan dat het uitgangspunt is het centraal stellen van de mensen aan wie zorg wordt verleend. In de transitie naar toekomstgerichte Wlz-zorg kan dit adagium een belemmerende factor zijn. Bent u het er mee eens dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan door de arbeidsmarkt en hoge PNIL-kosten? Zo ja, kunt u aangeven waarom in dit visiedocument weinig aandacht is voor 'mooi werk' voor zorgverleners?	In onze paragraaf aanleiding en urgentie hebben wij de uitdagingen die wij zien beschreven en hoe dit zijn weerslag heeft op onder andere de toegankelijkheid. Het mooie werk waar u naar refereert wordt zeker gezien, maar heeft in de visie nauwelijks aandacht gekregen omdat de aanleiding en de urgentie tot veranderen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, de rode draad vormt.

226	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	In uw visie op duurzaam toegankelijke zorg wordt de verantwoordelijkheid vooral bij aanbieders neergelegd. Aanbieders dienen met minder geld meer zorg te bieden, onder andere middels innovatie. Uw visie geeft onvoldoende duidelijkheid over uw verantwoordelijkheid hierin. Hoe ziet u, en hoe neemt u, uw eigen verantwoordelijkheid bij het inkopen van voldoende zorg? Wat is uw verantwoordelijkheid om dit maatschappelijk gezien te bewerkstelligen? En de grenzen aan de mogelijkheden bespreekbaar te maken?	Het is de taak en verantwoordelijkheid van zorgkantoren om voldoende zorg in te kopen. Om ook in de toekomst met een stijgende zorgvraag voldoende zorg in te kunnen blijven kopen is het van groot belang dat de zorg anders wordt georganiseerd. Hiervoor dienen er veranderingen op gang te worden gebracht. De zorgkantoren laten in de visie onder andere zien om welke veranderingen het gaat.
227	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	U schrijft in de visie met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht gaan genereren van thema's met bijbehorende bewezen innovaties. Op dit moment bestaan er verschillende 'overzichten' in de sector, bijvoorbeeld vanuit Vilans en vanuit het Kenniscentrum Digitale Zorg. Kunt u toelichten op welke wijze en wanneer u helderheid gaat verschaffen over het overzicht dat zorgkantoren gaan genereren?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
228	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Vanuit de maatschappelijke opgave geeft u aan te sturen op verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Op welke wijze denken zorgkantoren hierop te kunnen sturen? Welke consessies zijn zorgkantoren bereidt te maken met betrekking tot de toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren?	Zoals benoemd in de visie gaan wij de maatschappelijke verander-opgave graag als keten aan, waarvan wij als zorgkantoren een onderdeel van zijn. De komende jaren zullen wij hier in gezamenlijkheid invulling aan moeten geven.

229	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Om de zorg, met name de intensieve zorg voor cliënten met onder andere een VG7, toegankelijk te kunnen blijven houden zal er wat aan de toegang gedaan moeten worden. We kunnen niet met minder geld meer mensen helpen met behoudt van kwaliteit als de instroom gelijk blijft. Welke rol ziet het zorgkantoor voor zichzelf om de toegang (lees: instroom van nieuwe cliënten) tot de Wlz in te perken?	Zoals beschreven in de visie op pagina 12, ligt de groei van het aantal Wlz indicaties buiten de invloedsfeer van het zorgkantoor. De zorgkantoren zijn hierom periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg.
230	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Om voldoende zorgverleners te behouden zullen we op zoek moeten naar andere vormen van opleiden en verder kijken dan enkel diploma's en certificaten maar ook levenservaring mee te nemen. Hoe staan zorgkantoren tegenover een andere manier van opleiden en inzetten va nzorgverleners als deze niet voldoen aan de huidige (kwaliteits)eisen maar wel de juiste kwalitatieve zorg kunnen bieden?	Zoals in onze visie wordt aangegeven is er een andere invulling van bepaalde taken nodig om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Alhoewel wij vasthouden aan de geldende beroepsgroep- en kwaliteitsnormen stimuleren wij creatieve manieren om dit te realiseren. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.
231	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. Daarin staat niet iets opgenomen hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars bijvoorbeeld ten aanzien van de contractering van wijkverpleging en huisartsenzorg?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.

232	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Op pagina 14 beschrijft u wat gezamenlijk onder de aandacht gebracht wordt bij de overheid. Kunt u specifieker maken welke standpunten u heeft ten opzichte van de keuzes op aanspraken en toegang? Indien niet, staat u er voor open om onder 'gezamenlijk' ook de zorgaanbieders te verstaan? En staat u open voor dialoog met zorgaanbieders over de inhoud van de te maken keuzes?	Zoals beschreven is dit een onderwerp waar wij graag over in gesprek gaan om dit onder de aandacht te brengen bij de overheid. Dit doen wij o.a. vanuit de signalen en geformuleerde knelpunten vanuit het veld. De gezamelijkheid richt zich ook op de samenwerking met de zorgaanbieders o.a. in dialoog.
233	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Op pagina 21 geeft u bij kanslijn 4 aan dat er voldoende betaalbare sociale huurwoningen moeten zijn. Vanwege de krapte in de huizenmarkt ligt hier een grote uitdaging. Welke rol ziet het zorgkantoor hier voor zichzelf in weggelegd om bij te dragen aan het voldoende beschikbaar hebben van betaalbare sociale huurwoningen? Zodat de door u geschetste beweging vanuit kanslijn 4 voortgang kan behouden.	De omslag naar extramuralisering is ingewikkeld en vraagt om creativiteit. Hierbij verwachten wij van zorgaanbieders dat zij bij voorkeur gezamenlijk in een regio op zoek gaan naar passende oplossingen zoals, in gesprek met woningbouwcorporaties, gemeentes of investeerders. Eveneens kan het gesprek gevoerd worden met cliënten om de mogelijkheden te verkennen om de huidige woonvorm via een andere leveringsvorm te financieren. Het zorgkantoor kan bij deze gesprekken aanwezig zijn. Verder willen wij u er op wijze dat er per kanslijn een leertafel opgezet wordt om te faciliteren dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren en vragen kunnen stellen. Meer informatie vindt u op de website van VGN.
234	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.4 Bedrijfsvoering	Op welke wijze dragen zorgkantoren bij aan het verminderen van administratieve lasten in de VG-sector? Kunt u voorbeelden aangeven welke de komende jaren uitgevoerd worden?	We streven ernaar om voor alle sectoren alles te doen om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Voorbeeld is het zo eenduidig mogelijk contracteringsproces en het mogelijk maken van meerjarige afspraken.

235	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	0. Inleiding	Over de landelijke visie stelt u 'Deze visie, opgesteld door de zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop van langdurige zorg, is onder voorbehoud van wijzigend beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De visie geeft nergens een termijn. Is deze visie verbonden aan het meerjarige inkoopbeleid van de zorgkantoren (2024-2026) of staat deze visie los van het inkoopbeleid en kan er jaarlijks een nieuwe visie worden gepubliceerd?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden.
236	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.4 Bedrijfsvoering	U geeft aan meer inzicht en toezicht op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders te wensen. a) Welk doel dient dit? b) Zorgaanbieders zijn eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Kunt u hierop bevestigen?	Het doel is om constructief mee te denken en waar nodig bieden van ondersteuning waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie. Eens dat de zorgaanbieders eigenaar zijn van en verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering.
237	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	U geeft aan verschillende onderwerpen onder de aandacht te brengen bij de overheid. Wat wij nog missen is het onder de aandacht brengen van passende financiering voor de complexe zorg (VG7). Als VG aanbieder met een grote cliëntpopulatie met een VG7 vraagt dit blijvende aandacht. We verwachten dan ook dat u dit onder de aandacht blijft brengen van de overheid. Dit ondanks het huidige kostenonderzoek omdat ook in 2024 nog niet een passend en reëel tarief zal bestaan. Kunt u dit opnemen als	Inmiddels is er door VWS extra budget beschikbaar gesteld voor de VG7 doelgroep. Dit zien wij als een bevestiging dat dit onderwerp al onder de aandacht is bij de overheid. Wij streven er naar dat dit zo blijft.

				actie bij bullet 1 en dit in de gesprekken met de overheid meenemen? Zo nee, kunt u uw besluit toelichten?	
238	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	U stelt dat een nieuwe invulling van zorg nodig is. Dit hangt wat ons betreft nauw samen met de dialoog over kwaliteit (zie pagina 14 bullet 6) en wat 'zorg' is. Kunt u aangeven wat wordt verstaan onder 'zorg'?	Wij kunnen deze vraag gesteld door een Wlz geconctracteerde zorgaanbieder niet serieus nemen. Wij verwijzen dan ook naar de Wet langdurige zorg en/of het Wlz zorgkompas op de website van het Zorginstituut.
239	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Deze is echter met haar inzet vooral ook ingestoken op de Zvw. Hoe wordt dit kenniscentrum voor de klanten voor de Wlz gezien?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Ook de Wlz maakt hier onderdeel van uit.
240	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Vilans heeft een landelijke Kennisbank Digitale Zorg. Waarom kiest ZN voor een eigen Kenniscentrum in plaats van aan te haken bij de landelijke Kennisbank vanuit Vilans? Wij verzoeken u tot samenwerking, dan wel samenvoeging, met de Kennisbank van Vilans vanwege administratieve lastenverlichting. Graag ontvangen wij uw gemotiveerde besluit.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Met het landelijk platform wordt, zoals in het IZA geformuleerd, beoogd dat verschillende partijen samenwerken in het stimuleren van de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties.

241	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Zorgkantoren geven aan betere informatievoorziening aan nieuwe klanten te bieden. Als eerste contact zijn wij van mening dat het zorgkantoor een belangrijke informerende functie heeft bij nieuwe klanten. Bent u het er mee eens dat het zorgkantoor hierbij ook de leveringsvormen, inzet van het netwerk en het verwachtingsmanagement tav kwaliteit dient te bespreken? Zo ja, hoe wordt dit ingericht en geborgd?	Wij zijn het met u eens. Zorgkantoren instrueren de medewerkers die contact hebben met de cliënten over deze thema's, zodat zij dit kunnen meenemen in het gesprek met de cliënt.
242	Landelijk	Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg	3 Rol van zorgkantoren	Zorgkantoren wensen dezelfde transitie te maken die in het Sociaal Domein sinds 2015 ook is gemaakt. Heeft ZN gekeken naar de lessons learned die bij gemeenten hebben gespeeld? Zo ja, wat is daarmee gedaan? Zo nee, waarom niet?	Uiteraard hebben we deze transitie gevolgd en zijn we altijd bereid om te leren van vergelijkbare ontwikkelingen buiten onze invloedssfeer.

Overzicht wijzigingen bij contracteerbeleid 2024-2026

<u>Titelblad</u>

1. Versie 7 juli, na Nota van Inlichtingen is aangeduid.

<u>Contracteerbeleid Wlz 2024-2026 Zorgkantoor DSW</u>

Hoofdstuk 3

1. Waar ten onrechte 2024 stond, is dit gecorrigeerd naar 2040.

Hoofdstuk 5

1. Het proces inzake de transitiemiddelen is verduidelijkt.
2. De verwijzing naar het innovatiebudget is gecorrigeerd van paragraaf 7.3 naar 7.4.

Paragraaf 7.2

1. De termijn waarbinnen de zorgaanbieder de ingevulde monitor van het zorgkantoor ontvangt, is toegevoegd.

Paragraaf 7.4

1. Het proces rondom het innovatiebudget is verduidelijkt.

Paragraaf 7.5

1. De termijn waarbinnen een zorgaanbieder beroep moet doen op de hardheidsclausule is toegevoegd.
2. De verwijzing naar de tariefsystematiek van ZN als basis bij de hardheidsclausule, is komen te vervallen.

Paragraaf 8.2

1. Het proces rondom de inschrijving via het VECOZO-portaal is aangepast n.a.v. de nieuwe tijdslijnen en verduidelijkt.
2. Het proces rondom de mogelijkheid om een kort geding aanhangig te maken, is verduidelijkt.

Monitor

1. De monitor is inclusief rekenregels gepubliceerd
2. Het punt 'De zorgaanbieder is innovatief' is op alle sectoren van toepassing verklaard, in plaats van alleen op de VV
3. Het punt 'de zorgaanbieder is aantoonbaar actief bezig met het implementeren van KIK-V en zit in minimaal fase 2' is op alleen de VV van toepassing verklaard, in plaats van op alle sectoren.

Bijlage 1

1. Er is verduidelijkt dat bestaande aanbieders een bestuursverklaring aan moeten leveren (via het VECOZO portaal)

VG7

1. Het beleid met betrekking tot VG7 is toegevoegd in aparte documenten.

<u>Bijlagen</u>

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024 – 2026

In bijlage 1 zijn drie wijzigingen verwerkt:

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

Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2024

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

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

Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden

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

Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz

In bijlage 7 zijn vijf wijzigingen verwerkt:

1. Ter verduidelijking is in het document de term 'kostenratio' structureel vervangen voor de term 'kostenpercentage'.
2. In hoofdstuk 2: 'De onderbouwing van het richttariefpercentage' is ter illustratie een rekenvoorbeeld op basis van fictieve zorgaanbieders opgenomen.

3. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ is ter verduidelijking de term ‘theoretisch resultaat’ structureel aangepast naar ‘theoretisch Wlz resultaat’.
4. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ is bij de grafieken verduidelijkt dat deze weergaven inclusief outliers zijn.
5. In hoofdstuk 4: ‘Resultaten per sector’ zijn de marktaandelen Wlz omzet van de aanbieders vallend onder de 75%-groep, 25%-groep en outliers toegevoegd.