



Nota van inlichtingen

Inkoopbeleid Wlz Geestelijke Gezondheidszorg 2024-2026

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het Inkoopbeleid Wlz Geestelijke Gezondheidszorg 2024-2026

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

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

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

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

Sommige vragen zijn niet opgenomen in de Nota van Inlichtingen

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

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

De Nota van Inlichtingen is bedoeld voor verduidelijkingsvragen over het inkoopbeleid. Bezwaren dienen te worden ingediend via de in paragraaf 6.3 beschreven procedure. Vragen die zijn ingediend als bezwaar zijn daarom enkel als vraag afgehandeld. U treft de antwoorden op vragen aan in de Nota van Inlichtingen.

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

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

Overzicht aanpassingen op het inkoopbeleid

1.4.2 We verwachten van u een uitgewerkte visie en strategie op innovatie

We verwachten dat u uiterlijk 31 december 2024 een visie op innovatie heeft.

We hebben vragen gekregen wanneer wij verwachten dat u over deze visie beschikt. Daar willen we duidelijkheid over geven. Vandaar dat we de datum van 31-12-2024 hanteren en toevoegen in ons beleid.

5.11 Wij maken met zorgaanbieders afspraken over plekken inclusief en exclusief behandeling

Wij passen ons beleid aan voor geïntegreerde zorgaanbieders wat betreft de inzet van modulaire afspraken, waarbij de behandeling ten laste van de Zvw komt.

Uit vragen en enkele bezwaren maken wij op dat voor aanbieders een grote stap is om in één keer de modulaire afspraken om te zetten naar zorg inclusief behandeling. Zowel operationeel als financieel. Om hierin tegemoet te komen passen wij dit beleid aan en bieden zorgaanbieders de gelegenheid dit in stappen te realiseren.

In plaats van het per direct strikt toepassen hebben zorgaanbieders 2 jaar de tijd om cliënten die nu nog behandeling vanuit modulaire zorg ontvangen, over te zetten naar zorg inclusief behandeling vanuit de Wlz. Concreet betekent dit dat 1 januari 2025 ten minste de helft van de cliënten die nu nog modulaire zorg ontvangen, overgegaan zijn naar zorg inclusief behandeling. Vanaf 1 januari 2026 verwachten we dat alle cliënten zorg inclusief behandeling ontvangen. Uitzondering op dit beleidsuitgangspunt is de situatie waarin de cliënt een behandelaar kiest die niet bij de geïntegreerde aanbieder werkt en zelfstandig haar behandeling declareert via Zvw of Wlz.

Deze wijziging heeft geleid tot aanpassingen in de volgende paragraaf van het inkoopbeleid:

- Paragraaf 5.11

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

Het beantwoorden van de vele vragen over het inkoopbeleid Wlz van zorgkantoren kostte meer tijd omdat de zorgkantoren het belangrijk vinden om dit secuur te doen. Vanwege het uitstellen van de publicatie van de Nota van Inlichtingen met één week verschuift ook een groot deel van de inkoopprocedure in 2023. De nieuwe planning van de inkoopprocedure is als volgt:

Stap	Wie?	Uiterste datum
1. Bekendmaking van het beleid voor contractering van Wlz zorg 2024	Zorgkantoor	1-6-2023
2. Mogelijkheid tot stellen van vragen t.b.v. Nota van Inlichtingen	Zorgaanbieder	15-6-2023 12:00 uur
3. Vervaltermijn voor aantekenen van bezwaar tegen inkoopbeleid	Zorgaanbieder	15-6-2023 12:00 uur
4. Publicatie van de Nota van Inlichtingen	Zorgkantoor	7-7-2023
5. Openstellen inkoopapplicatie voor inschrijving	Zorgkantoor	7-7-2023

6. Vervaltermijn voor kortgedingprocedure tegen het inkoopbeleid	Zorgaanbieder	27-7-2023
7. Datum van inschrijving voor nieuwe en bestaande zorgaanbieders	Zorgaanbieder	4-8-2023 17.00 uur
8. Terugkoppeling uitkomst van de beoordeling van de inschrijving	Zorgkantoor	8-9-2023
9. Vervaltermijn voor kortgedingprocedure tegen de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving en beroep op de hardheidsclausule	Zorgaanbieder	28-9-2023
10. Indien van toepassing een gesprek over contractering en voorwaarden	Zorgkantoor en zorgaanbieder	6-10-2023
11. Definitieve terugkoppeling inschrijving Toesturen eenjarige/meerjarige overeenkomst voor ondertekening inclusief tariefpercentage	Zorgkantoor	25-10-2023
12. Uiterste datum voor indiening budgetformulier 2024 via NZa portaal bij zorgkantoor Uiterste datum voor ondertekening overeenkomst in VECOZO	Zorgaanbieder	1-11-2023
13. Vervaltermijn voor kortgedingprocedure tegen de definitieve terugkoppeling	Zorgaanbieder	8-11-2023
14. Controle van ingediende budgetformulieren en doorzetting naar de NZa	Zorgkantoor	14-11-2023
15. Definitieve contractering en indiening budgetformulier bij NZa	Zorgkantoor en zorgaanbieder	15-11-2023
16. Deadline aanvullende afspraken, waaronder afspraken in het kader van regionale ontwikkeling (GZ & GGZ) en Transitie middelen (GZ & V&V)	Zorgkantoor en zorgaanbieder	1-6-2024

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

Leeswijzer

Vraag	Antwoord
<p>De tarief afslag op Wlz-Wonen 1 en 2 is onvoldoende transparant. Hoe is deze tot stand gekomen? Hoe is onderzocht of de tarieven van Wlz-Wonen 1 en 2 nog kostendekkend zijn?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de tarieven per prestatie. De door het zorgkantoor geboden tariefpercentages zijn bepaald volgens de methodiek zoals toegelicht in bijlage 7. De uitkomst van de methodiek is ook na het toepassen van op- en afslagen nog steeds valide. Namelijk, het aandeel van de GGZ aanbieders die een verwacht positief resultaat behaalt blijft 75%. Zie paragraaf 2.3.2.</p>
<p>Het door u aangeboden format voor de Nota van Inlichtingen biedt helaas niet de mogelijkheid om over het voorwoord en managementsamenvatting vragen te stellen. Kunt u dit aanpassen?</p>	<p>Dat kan helaas niet, wel kunt u de vraag stellen bij de specifieke paragraaf in het inkoopbeleid waar het thema wordt toegelicht.</p>
<p>U schrijft dat Zilveren Kruis de mogelijkheid heeft om het zorginkoopbeleid met tweemaal een jaar te verlengen. Kunt u aangeven welke criteria u hiervoor aanhoudt? Verder is onduidelijk of een Zorgaanbieder die verlenging moet accepteren en onder welke voorwaarden die verlenging dan geaccepteerd moet/kan worden. Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Zilveren Kruis onderzoekt in 2026 of haar beleid nog voldoende aansluit bij de ontwikkeling van de GGZ en maatschappelijke trends en ontwikkelingen. Als wij het beleid willen voortzetten, dan heeft Zilveren Kruis inderdaad de gelegenheid om dat tweemaal een jaar te verlengen (2027 en 2028). Dat geldt overigens niet voor de overeenkomst. Zorgaanbieders kunnen dan opnieuw de afweging maken of ze zich willen inschrijven voor een Wlz-overeenkomst.</p>
<p>U geeft aan dat Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing volgt na publicatie. Daarmee is het onmogelijk om zicht te hebben op hetgeen artikel 1, lid 1 van deel III (zorglevering) en artikel 6 van deel III (zorgweigering en -beëindiging) voor Zorgaanbieders zou kunnen betekenen. Op welke wijze wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld om vragen over dit Voorschrift te stellen nu dit niet kan d.m.v. de Nota van Inlichting en op welke wijze kan zij eventueel inhoudelijk bezwaar tegen dit voorschrift aantekenen?</p>	<p>Het voorschrift zorgtoewijzing wordt elk jaar geactualiseerd op geldende wet- en regelgeving en bevat geen inkoopvoorwaarden.</p>

1 Samen werken we toe naar een toekomstbestendige GGZ, zodat onze cliënten kunnen blijven rekenen op passende zorg

1.1 De toegankelijkheid van zorg staat onder druk en dat heeft gevolgen voor de kwaliteit en betaalbaarheid

Vraag	Antwoord
U geeft aan dat u mogelijk aanvullend inkoopbeleid publiceert aan de hand van de uitkomsten van de bestuurlijke ontwikkelingen die worden gemaakt met betrekking tot de instroom en het kostenonderzoek. Betekent publiceren in dit geval dat u eenzijdig publiceert of hebben gecontracteerde aanbieders hier nog invloed op? kun u toelichten hoe dat proces eruit gaat zien en kunt u bevestigen dat besluitvorming hierin niet eenzijdig is?	Het zorgkantoor herijkt elk kalenderjaar of het zorginkoopbeleid nog passend is bij de dan geldende wet- en regelgeving. Voor de volledigheid en zorgvuldigheid geven wij aan dat het niet uitgesloten is dat - gezien de omvangrijke onderwerpen die spelen in de GGZ - een herijking kan plaatsvinden. Net als dit jaar zullen we belangrijke ontwikkelingen afstemmen met branchevertegenwoordigers en vertegenwoordigers van zorgaanbieders.
U schrijft dat de tijd van vrijblijvend innoveren voorbij is. Aansluitend schrijft u dat in de GGZ het implementeren van arbeidsbesparende innovaties vanzelfsprekend is. Het lijkt daarmee dat de nadruk ligt op een type innovatie namelijk de arbeidsmatige. Klopt dit?	Dit is correct. Bij de innovaties leggen wij de focus op arbeidsbesparing.
Gesteld wordt dat een neveneffect van eigen regie kan zijn dat de zorgvraag van een cliënt afneemt. (Hoe) wordt deze aanname getoetst?	Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de zorgvraag van cliënten kan afnemen door herstelgericht werken en het bevorderen van zelfredzaamheid.
Gesteld wordt dat met arbeidsbesparende innovaties meer cliënten geholpen kunnen worden. Het blijkt echter met de oplopende personeelstekorten al een enorme uitdaging om de huidige cliëntpopulatie van passende zorg te voorzien. Houdt het zorgkantoor rekening met de waarschijnlijkheid dat de verwachting dat met arbeidsbesparende innovaties meer cliënten (nominaal gezien) kunnen worden geholpen niet realistisch is?	Het zorgkantoor maakt zich ook zorgen over de tekorten van beschikbaar zorgpersoneel. Innovatie alleen zal hiervoor niet het enige antwoord bieden. Ook bijvoorbeeld een kritische houding over het bieden van (intramurale) zorg, het samenwerken met andere aanbieders en optimaliseren van personeelsinzet zal onverminderd noodzakelijk zijn.
Indien er aanvullend inkoopbeleid wordt gepubliceerd, wordt er dan ook weer een Nvl ingericht?	Ja, dan wordt er in principe een Nvl ingericht.
Aan de hand van de uitkomsten wordt bepaald of er aanvullend inkoopbeleid wordt gepubliceerd. Is al bekend wanneer de uitkomst en eventueel aanvullend inkoopbeleid bekend wordt gemaakt en kan op de aanvullingen bezwaar tegen worden gemaakt.	Zilveren Kruis kan in ieder geval jaarlijks haar inkoopbeleid actualiseren, bijvoorbeeld op basis van het kostenonderzoek van de NZa. Wij verwijzen u naar paragraaf 6.7 voor de procedure omtrent de mogelijkheid tot aanpassingen in het inkoopbeleid.

1.2 **Inkoopdoel 1: Het organiseren van passende zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag**

Vraag	Antwoord
<p>Vraag: Hoe en wanneer gebeurt dit? "Samen met zorgaanbieders brengen we daarom regionaal de benodigde (woon)capaciteit en de bijbehorende cruciale voorzieningen voor de complexe zorgvraag in beeld (zie hoofdstuk 3)."</p>	<p>We vinden het belangrijk dat dit regionaal in samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoor en gemeenten wordt vastgesteld. Een werkwijze hiervoor wordt nog uitgewerkt. Voor 1 januari 2024 maken we dit bekend via uw inkoper op de agenda van het regionaal overleg GGZ.</p>
<p>Wij ervaren een drempel om complexe casuïstiek aan te leveren bij de Regiotafels, deze drempel wordt veroorzaakt door het invullen van de verplichte formulieren door behandelaren. De administratieve last is hierdoor te groot. Bent u bereid om deze procedure te versimpelen en daarmee de administratieve lasten te verminderen? Zou u uw antwoord willen motiveren?</p>	<p>We willen de komende jaren de werkwijze voor klantbemiddeling verbeteren en optimaliseren. De ervaringen van de zorgaanbieders met de huidige werkwijze worden bij deze optimalisatie nadrukkelijk betrokken.</p>
<p>Hoe kan je in aanmerking komen om ook afspraken te maken over het leveren van de producten Z1007 en Z1008?</p>	<p>U kunt met uw zorginkoper afspreken welke zorg u mag leveren en aan welke voorwaarden u moet voldoen.</p>
<p>Zoals landelijk geconstateerd is het gat tussen zorgprofiel W3 en W5 zeer groot. Kan er gericht contracteren ingezet worden voor deze doelgroep W3 die niet kan doorstromen in de keten (vanuit een geïntegreerde instelling) en waarbij de verlaging van het tarief gevolgen heeft voor het leveren van zorg en daarmee gevolgen voor de cliënt?</p>	<p>In de regio wordt in samenspraak bepaald welk aanbod ontbreekt en bekijken we of gericht contracteren een oplossing kan bieden. Voor gericht contracteren zijn geen doelgroepen op voorhand uitgesloten. Een procedure voor het gericht contracteren wordt nog uitgewerkt. U kunt ideeën altijd inbrengen bij uw zorginkoper.</p>
<p>U geeft aan dat het voor zorgaanbieders lastig is om complexe zorg kostendekkend te bieden en u dit wilt ondersteunen met een tariefopslag op de hoogste zorgprofielen. Complexe zorg en een combinatie van problematieken zoals beschreven wordt ook geboden in GGZ W4. Het enige verschil is de behoefte aan een beveiligde setting kijkend naar de profielen. Kunt u toelichten waarom er voor dit enige verschil gekozen is om enkel bij de W5 een opslag toe te passen?</p>	<p>Bij het bieden van een hoger tariefpercentage is een focus aangebracht naar enerzijds schaarste en anderzijds de gewenste stimulans. Een opslag wordt bij verschillende zorgprestaties gehanteerd, niet alleen bij de W5. Het verschil tussen W4 en W5 betreft meer dan alleen wel of geen behoefte aan een beveiligde setting.</p>
<p>Wij hebben als organisatie al intensieve woonvormen op het snijvlak van geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, waarbij overwegend ook sprake is van verslaving en somatische zorg. Erkent het Zilveren Kruis GGZ onze Domus+ voorzieningen als woonzorglocaties voor deze complexe doelgroep of is hier alleen sprake van wanneer er een beveiligingsniveau wordt gehanteerd.</p>	<p>Complexe zorg kent vele vormen. De Domus+ voorzieningen vallen hier zeker onder. Hogere tariefpercentages zijn gekoppeld aan specifieke indicaties, dit staat los van locaties.</p>

<p>Gaat het om specifiek 5GGZ-W?</p>	<p>Het gaat onder meer over mensen met een GGZ W5 of B7 indicatie. Maar bijvoorbeeld ook om mensen met een woon- en begeleidingsvraag op het grensvlak van GZ en GGZ. In het inkoopbeleid kunt u dit verder nalezen in paragraaf 1.2.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.1</i></p>	
<p>U geeft aan dat u samen met de sector de bemiddelende rol die u heeft wilt optimaliseren en de tafel complexe casuïstiek effectiever wilt inzetten. Kunt u zich nader specificeren wat hiermee wordt bedoeld?</p>	<p>We zien dat niet in alle regio's een werkwijze bestaat om te komen tot goede en effectieve klantbemiddeling. We gaan de werkwijze in samenwerking met aanbieders in de regio verbeteren.</p>
<p>U geeft aan dat u in de nieuwe beleidsperiode een aanspreekpunt vanuit het zorgkantoor beschikbaar stelt voor de gemeente om te bemiddelen voor cliënten die gebruik maken van MO. Waarom kiest u voor nog weer een extra aanspreekpunt naast de bestaande afspraken zoals de casuïstiektafels en zorginhoudelijke medewerkers?</p>	<p>Het aanspreekpunt voor Wlz cliënten die gebruik maken van MO voorzieningen zijn medewerkers van het zorgkantoor die nu ook al actief zijn voor klantbemiddeling. Het is geen extra aanspreekpunt maar een vereenvoudigde procedure voor gemeenten.</p>
<p>Hebben aanbieders nog steeds een eigen keuze voor welke zorgprofielen zij zich willen contracteren?</p>	<p>Zorgaanbieder en Zorgkantoor bepalen in samenspraak welke zorg voor welke doelgroepen mogen worden geleverd. Dit wordt gezamenlijk overeengekomen en vastgelegd.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.2.</i></p>	
<p>U schrijft op pagina 3 "En we werken samen met partijen in de regio om tot oplossingen te komen voor mensen met een Wlz-indicatie die gebruik maken van de maatschappelijke opvang." Welke partijen wordt hiermee bedoeld, ook gemeentelijke sociale en fysieke domein, woningcorporaties, etc.?</p>	<p>Dit gaat wat ons betreft in eerste instantie om de gemeenten en zorgaanbieders in de regio. Als het noodzakelijk is om andere partijen aan te haken, dan zullen we dat doen.</p>
<p>Hoe organiseert het zorgkantoor de doorzettingsmacht, indien een cliënt niet meer van zorg voorzien kan worden door een zorgaanbieder maar wellicht wel kan blijven wonen maar ondersteuning krijgt van een andere zorgorganisatie? Wordt dat ook bedoeld met het 'organiseren van voldoende aanbod'?</p>	<p>De verantwoordelijkheden voor zorgaanbieders staan beschreven in het Voorschrift zorgtoewijzing. Waar mogelijk zullen we bij lastige zorgsituaties een bemiddelende rol spelen tussen aanbieders. Dit kan ook leiden tot een samenwerking tussen aanbieders om tegemoet te komen aan een zorgvraag. De komende jaren gaan wij deze bemiddeling verbeteren. Bij het organiseren van voldoende aanbod brengen wij het aanbod in de regio in beeld en stellen vast of dit aansluit bij de vraag. Eventuele tekorten lossen we op met partijen in de regio. Zie ook hoofdstuk 3.</p>

1.3 Inkoopdoel 2: Het bevorderen van herstelgericht werken en zelfredzaamheid

Vraag	Antwoord
Hoe verhouden de afslagen van de W tarieven zich t.o.v. de B tarieven, is dat een gelijkmatige korting?	Er is geen koppeling tussen de B en W prestaties. Op- en afslagen zijn specifiek benoemd (paragraaf 2.3.2).
Binnen GGZ Drenthe maken we gebruik van de GGZ-B pakketten bij herstelgerichte zorg. Blijven deze bestaan? Juist omdat wij uitgaan van wat de patiënt nog wel kan, is een WLZ Wonen profiel vaak niet passend. Zou u uw antwoord willen motiveren?	Het soort indicaties en daarbij te leveren zorg worden bepaald door NZa en CIZ. Deze worden toegepast door het zorgkantoor.
Hoe wordt de toename van de kwaliteit van leven gemeten?	De kwaliteit van leven wordt door ons niet gemeten.
Hoe staan jullie voor toekenning van bijv. Wlz GGZ W indicatie voor bepaalde tijd bijv. 5 jr. Uitgangspunt is juist dan dat mensen zich kunnen ontwikkelen/herstellen.	Het zorgkantoor gaat niet over de duur van de indicatiestelling.
<i>Subparagraaf 1.3.1</i>	
Vraag: Via welke weg wordt de spiegelinformatie verstrekt, waarbij zorgaanbieders kunnen zien hoe VPT en MPT door andere aanbieders wordt ingezet?	Spiegelinformatie kunt u inzien op aanvraag bij uw inkoper.
U geeft aan dat er sprake is van een tariefafslag van 2% voor GGZ-w1 en GGZ-w2. Geldt deze afslag ook voor instellingen zonder behandeling?	Ja, deze tarieven gelden voor alle intramurale prestaties met een W1 of W2 indicatie.
In de managementsamenvatting wordt aangegeven dat zorgaanbieders voldoende beschikbaarheid van ambulante ondersteuning en voorzieningen moeten realiseren, waardoor cliënten zelfstandig kunnen wonen en er doorstroom is naar passende woonplekken. Welk tijdspad (extra inkoop passende woonplekken in de regio Drenthe) heeft het zorgkantoor voor ogen, gezien het huidige tekort aan passende woonplekken voor de GGZ cliënten? Zou u uw antwoord willen motiveren?	De te leveren zorg en het bijbehorende tijdspad spreekt u af met uw inkoper.
Door de tariefafslag voor Wlz Wonen 1 en 2 voorzien wij een blokkade bij uitstroom naar zorgaanbieders met Wlz Wonen 1 en 2. Deze zorgaanbieders ervaren vaak al dat de patiënten dan te complex zijn. Door de tariefafslag zou dit versterkt kunnen worden, doordat er te weinig middelen zijn. Heeft u dit in uw beleid meegewogen? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Zilveren Kruis Zorgkantoor voorziet geen tekort aan plaatsen voor een W1 en W2 indicatie. Wanneer doorstroom een probleem is kunt u beroep doen op ondersteuning van onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.
Kan het zorgkantoor aangeven hoe een geïntegreerde aanbieder meer gebruik kan maken van MPT en VPT als het beleid van de	Ook van geïntegreerde aanbieders verwachten wij dat zij begeleiding thuis bieden of afspraken maken in de regio met andere zorgaanbieders hoe zij dit in de samenwerkingsketen vormgeven.

aanbieder gericht is op intramurale zorg en dit ketenafspraken zijn met de netwerkpartners?	Hierbij kan het zorgkantoor indien gewenst ondersteunen.
Kan een aanbieder gebruik maken van gericht contracteren als VPT en MPT niet aan de orde zijn, maar het tarief dat daarvoor gereserveerd wordt wel nodig is voor het bieden van zorg binnen de kaders die gesteld zijn?	Het gericht contracteren is bedoeld om aanbod te ontwikkelen waarin nu nog niet is voorzien. Wanneer zorgaanbieders niet uitkomen met de geboden tariefpercentages dan kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule, onder bijbehorende voorwaarden.
Het zorgkantoor stelt dat de juiste inzet van VPT en MPT leidt tot een doelmatige inzet van beschikbare middelen. Welke toename van andere maatschappelijke kosten verwacht het zorgkantoor en verhouden die zich tot de kostenreductie die het zorgkantoor realiseert?	Het Zorgkantoor stelt beleid vast dat zich beperkt tot haar cirkel van invloed.
Op welke bronnen baseert het zorgkantoor zich in de veronderstelling dat er cliënten zijn die kunnen doorstromen naar een beter passende woonplek? Welke aantallen cliënten verwacht het zorgkantoor dat er zullen doorstromen naar beter passende woonplekken?	Het zorgkantoor ziet in de praktijk voorbeelden van succesvolle doorstroom van cliënten en ook bestuurlijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders en brancheorganisaties geven aan doorstroom belangrijk te vinden. Het zorgkantoor hanteert geen dwingende aantallen in het algemeen maar vind het belangrijk om hierover doelstellingen af te spreken per zorgaanbieder.
Clientkeuze wordt geweld aangedaan met de geforceerde doorstroom, waarom gaat het ZK dit met de geldende CiZ kaders bij de zorgorganisaties beleggen?	Er is geen sprake van een geforceerde doorstroom. We vinden het belangrijk dat cliënten kunnen rekenen op passende zorg en zorgaanbieders zich daarop aanpassen en onderling in de keten afspraken maken om meer passende zorg te bieden die aansluit bij de vraag van de cliënt.
Kunt u specificeren wat met inzichtelijk bedoeld wordt aangaande de doorstroomplannen? En kunt u meer toelichting geven wat u met doorstroomplannen bedoelt, bedoelt u plannen op organisatie- of cliëntniveau?	We vinden het belangrijk dat er een beweging tot stand komt waar cliënten kunnen rekenen op passende zorg. Voor wie dat kan en passend is verwachten wij dat cliënten doorstromen vanuit de kliniek naar beschermd wonen en van intramuraal naar zelfstandig wonen. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hier een plan voor maken op organisatieniveau.
Kunt u specificeren wat bedoeld wordt met doelmatig inzet van beschikbare middelen?	Onder doelmatige besteding van beschikbare middelen verstaan wij dat zorgaanbieders een methodische afweging maken tussen de inzet van middelen en de zorgvraag van de client. Dit dient op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier te gebeuren binnen de bepalingen van het kwaliteitskader (i.e. op dit moment nog de bepalingen van de (voorlopige) kwaliteitsuitgangspunten voor de GGZ Wlz, totdat het nieuwe kwaliteitskader is opgesteld).
Kunnen er ook afzonderlijke leveringsvoorwaarden voor MPT bij hoogcomplexiteit worden gemaakt. Door de complexiteit is er meer reistijd (hogere verspreidingsgraad), meer overleg (met meerdere ketenpartners) en is de kans op no	Voor de voorwaarden van MPT verwijzen wij naar het Voorschrift zorgtoewijzing. Wij erkennen dat dit nog niet altijd passend is bij de inzet van zorg voor mensen met een GGZ indicatie. Hierover zijn wij in gesprek met alle partijen om dit de komende jaren te verbeteren.

show groter. Het voorstel is om te kijken naar de definitie van face to face uren (declarabiliteit) bij deze doelgroep, om ook deze leveringsvorm te stimuleren bij de hoogcomplexiteit zorg. Is deze aanpassing mogelijk?	
<i>Subparagraaf 1.3.2</i>	
De inzet van een herstelcentrum kan als dagbesteding worden gefinancierd vanuit reguliere dagbesteding prestaties. Hoe wordt dit vormgegeven? Worden er contracten met de Herstelcentra gesloten zodat we gebruik kunnen maken van de Rekenmodule? Dit om de administratieve lasten te beperken (denk aan hoofd- onderaanneming). Zou u uw antwoord willen motiveren?	Of herstelcentra contracten hebben of sluiten wisselt per regio en aanbieder. Wij spannen ons in om de inzet zo eenvoudig mogelijk te maken en herstelcentra dusdanig te contracteren dat inzet als dagbesteding door zorgaanbieders mogelijk is.
U beschrijft dat de inzet van ervaringsdeskundigen als begeleider kan worden bekostigd vanuit de reguliere tarieven. U beschrijft echter niet op welke wijze de 'andere' inzet door ervaringsdeskundigen (zoals trainen van teams) gefinancierd wordt. Deze inzet is niet meegenomen in de NZa-tarieven. Hoe wordt deze inzet gefinancierd?	Er is geen aparte zorgprestatie voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. Wanneer u getraind wilt worden door ervaringsdeskundigen dan gelden hiervoor geen andere bepalingen dan voor andere trainers.
Onder herstelgericht werken vallen dagbesteding, maar kunnen ook IPS trajectbegeleiding en budgetcoaching vallen, omdat bewezen is dat deze trajecten voor rust en regelmaat zorgen en een gezonde (financiële) huishouding met als gevolg hiervan op verschillende levensdomeinen verbetering. Hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar (er wordt namelijk in het huidige beleid naar andere financiers gewezen)?	De NZa bepaalt de inhoud van zorgprestaties. Herstelgericht werken en de activiteiten die hierbij behulpzaam zijn vinden niet enkel plaats in de Wlz maar ook in de Wmo en Zvw.
De inzet van een herstelcentrum kan als dagbesteding worden gefinancierd vanuit reguliere dagbesteding prestaties. Het aanbieden van een training door ervaringsdeskundigen valt dus onder gefinancierde dagbesteding?	De aangeboden training moet worden gegeven aan cliënten als onderdeel van een zinvolle daginvulling om in aanmerking te komen voor vergoeding. Trainingen door ervaringsdeskundigen aan medewerkers komen niet in aanmerking voor vergoeding als dagbesteding.

1.4 Inkoopdoel 3: Het structureel inzetten van bewezen effectieve innovaties

Vraag	Antwoord
De vergrijzing zien we ook bij GGZ Wonen. Wij zijn ook bezig met allerlei innovaties voor de oudere cliënt. De onderbouwing van de extra gelden voor V&V alleen lijkt me dan niet voldoende onderbouwd met alleen vergrijzing, toch?	Voor de GGZ hebben we helaas geen transitie-middelen gekregen zoals we deze voor de V&V wel hebben ontvangen vanuit VWS. Daarom hebben we voor de GGZ middelen uit de contracteerruimte gereserveerd om koplopers te financieren voor het valideren van innovaties. Om te voorkomen dat dit impact heeft op de hoogte

	van het beschikbare tarief hebben we geen gelden gereserveerd voor de implementatie van succesvolle initiatieven.
<i>Subparagraaf 1.4.3</i>	
Op pagina 3 schrijft u over het structureel inzetten van bewezen effectieve innovaties. Wat is een bewezen innovatie en hoe lang moet deze bewezen zijn? Gaat dit om initiatieven vanuit verschillende WLZ sectoren? Wie zijn koplopers en wat gebeurt er als het niet blijkt te werken in de praktijk?	Koplopers ontwikkelen nieuwe innovaties en experimenteren daarmee in de praktijk. Zij valideren de innovatie. Hoe lang validatie nodig is, is afhankelijk van het type interventie. Dat is op voorhand niet te zeggen. Wanneer koplopers ervaren dat een innovatie niet leidt tot het beoogde resultaat en geen meerwaarde bieden in de zorgverlening dan zien we dit als een briljante mislukking. Ook deze ervaringen zijn belangrijk en delen we graag met andere zorgaanbieders.
U schrijft "Koplopers experimenteren en ontwikkelen nieuwe innovaties.[...] Ze valideren de meerwaarde in de praktijk". Welke tijdsspanne duidt dat een innovatie bewezen succesvol is?	Dit is afhankelijk van de meetwaarde en de propositie. We kijken naar de claims behorende bij de innovatie en de onderbouwing die daarvoor nodig is. Tevens kijken we naar de benodigde grootte van de deelnemende populatie. Hoe lang we moeten monitoren en meten om te concluderen dat er sprake is van een duurzaam effect is afhankelijk van de interventie die een zorgaanbieder inzet. We kunnen daarom geen eenduidig antwoord geven voor elke nieuwe innovatie. Per innovatie kijken we welke tijdsspanne er nodig is.
<i>Subparagraaf 1.4.4</i>	
U vindt het vanzelfsprekend dat klanten die voorafgaand aan hun instroom in de Wlz gebruik maken van een succesvol initiatief, daar in de Wlz gebruik van kunnen blijven maken. Hoe moeten wij hiermee omgaan als het initiatief totaal niet aansluit bij onze praktijk en/of visie op zorginnovatie?	Wij geloven dat het belangrijk is dat klanten kunnen blijven beschikken over een oplossing die bijdraagt aan hun zelfredzaamheid. Dat heeft onze voorkeur boven fysieke zorg. Zeker gezien personeelstekorten wat betekent dat we creatief met onze beschikbare middelen om moeten gaan.
U noemt hier de implementatie van succesvolle initiatieven vanzelfsprekend en deze is dan ook opgenomen in het integrale tarief. Houdt het zorgkantoor bij de validatie van innovaties en de selectie van innovaties t.b.v. de lijst, rekening met de betaalbaarheid? Dat wil zeggen dat de kosten voor implementatie passen binnen het tarief?	We zien de implementatie van succesvolle initiatieven als vanzelfsprekend. Succesvolle initiatieven zijn dus onderdeel van reguliere zorg. Bij het vaststellen van de integrale tarieven houdt de NZa reeds rekening met kosten voor innovatie. Dat betekent dat er in de integrale tarieven reeds financiële ruimte is. Uitgangspunt is dat succesvolle initiatieven ook leidt tot arbeidsbesparing en dus financiële ruimte geeft.
<i>Subparagraaf 1.4.5</i>	
Wat bedoelt u met "pas toe of leg uit" principe als het gaat om initiatieven binnen de GGZ voor een relatief kleine groep cliënten, daar waar slim incontinentie materiaal zeer bepekt in te zetten is en druppelbrillen niet nodig zijn?	Er komt één vindplaats waar voor elke sector succesvolle initiatieven beschikbaar zullen zijn. Met het pas toe of leg uit principe bedoelen wij dat elke klant die baat heeft bij de oplossing, hier gebruik van maakt (pas toe). Wij verwachten dat u

	een goede reden heeft indien een klant geen gebruik maakt van een oplossing (leg uit).
De hulpvragen van cliënten verschillen sterk per sector. Wordt bij het validatieonderzoek rekening gehouden met de verschillende doelgroepen en hun hulpvragen? Bij voorbeeld: slim incontinentiemateriaal kan een arbeidsbesparende innovatie vormen voor aanbieders in de V&V-sector, maar heeft weinig meerwaarde in de zorg voor volwassenen met een psychische kwetsbaarheid.	We stellen samen met ZN, branches en het Kenniscentrum Digitale Zorg een lijst met succesvolle initiatieven op die zich in de praktijk reeds bewezen hebben. Uit deze lijst kiest u 3 succesvolle initiatieven. Er komt één vindplaats waar voor elke sector succesvolle initiatieven beschikbaar zullen zijn. Zo zorgen we ervoor dat de oplossingen aansluiten op de doelgroep. Bij het opstellen van deze lijst houden we rekening met lijsten die reeds in omloop zijn.
<i>Subparagraaf 1.4.6</i>	
U stelt een lijst met succesvolle initiatieven op, waaruit zorgaanbieders gedurende drie jaar drie initiatieven moet implementeren. In de huidige praktijk hebben aanbieders vaak al hun eigen innovatie-agenda, met soms initiatieven die niet op de lijst staan. Met deze verplichting worden zorgaanbieders dus vaak geconfronteerd met extra financiële investeringen op innovatie. In de Nza-tarieven is geen opslag genomen voor innovatie. Op welke wijze wordt de implementatie gefinancierd en kunnen ook 'eigen' ontwikkelde bewezen innovaties meetellen bij de drie implementaties?	<p>We zien de implementatie van succesvolle initiatieven als vanzelfsprekend. Succesvolle initiatieven zijn dus onderdeel van reguliere zorg. Bij het vaststellen van de integrale tarieven houdt de NZa reeds rekening (in de NIC component) met kosten voor innovatie. Dat betekent dat er in de integrale tarieven reeds financiële ruimte is. Uitgangspunt is dat succesvolle initiatieven ook leidt tot arbeidsbesparing en dus financiële ruimte geeft.</p> <p>Mocht u werken aan initiatieven waarvan u denkt dat deze geschikt zijn om toe te voegen aan de lijst dan horen wij dat heel graag van u. Digitale en technologische initiatieven kunt u aanmelden bij het Kenniscentrum Digitale Zorg middels het beschikbare intakeformulier op de website (https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/). Wij communiceren zo spoedig mogelijk en uiterlijk 31 december 2023 waar u sociale en organisatorische innovaties kunt aanmelden om getoetst te worden of ze in aanmerking komen voor de lijst.</p>
Moeten aanbieders die zowel op GZ als GGZ inschrijven 2 x 3 succesvolle initiatieven implementeren of kunnen dit ook 3 initiatieven zijn voor beide doelgroepen?	We verwachten dat u voor uw organisatie als geheel 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeert. U hoeft dus niet voor elke sector waarvoor u zorg verleent 3 nieuwe succesvolle initiatieven te implementeren.
Kunnen zorgaanbieders ook al lopende implementaties uit de lijst die het Kenniscentrum Digitale Zorg en ZN gaan opstellen opgeven als 1 van hun 3 succesvolle initiatieven?	We maken beleid met ingang van 2024. Vandaar dat we 1 januari 2024 als startdatum hanteren voor de resultaatafspraak. Het uitgangspunt is dat u 3 voor u nieuwe succesvolle initiatieven implementeert uit de lijst die wij beschikbaar stellen. Mocht u net gestart zijn met een oplossing van deze lijst die van u nog veel capaciteit en inzet vraagt om in de gehele organisatie te implementeren, dan kunt u met uw inkoper bespreken of u deze mee kunt nemen in de resultaatafspraak.

	Wanneer een nieuwe digitale innovatie welke u wilt implementeren (nog) niet op de lijst met succesvolle initiatieven staat welke wij samen met ZN, branches en Kenniscentrum Digitale Zorg opstellen, dan kunt u deze aanmelden bij het Kenniscentrum Digitale Zorg middels het beschikbare intakeformulier op de website (https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/).
<i>Subparagraaf 1.4.7</i>	
Waarom is deze lijst nog niet beschikbaar, hiermee zeggen wij ja tegen een lijst waarvan wij nog geen kennis hebben genomen.	Wij begrijpen dat u zo snel mogelijk inzicht wil hebben in de succesvolle initiatieven die op de lijst staan. We stellen de lijst zeer zorgvuldig samen. Daar is tijd voor nodig. Wij doen er alles aan om zo spoedig mogelijk - en uiterlijk 31 december 2023 - een lijst beschikbaar te stellen. Het is een dynamische lijst. Dat betekent dat wij succesvolle initiatieven die onderdeel zullen zijn van de lijst voor 31 december al zullen delen. Ook na 31 december blijven we de lijst aanvullen. Er komt één vindplaats waar voor elke sector succesvolle initiatieven beschikbaar zullen zijn.
<i>Subparagraaf 1.4.8</i>	
Vraag: Wat zijn eventueel passende maatregelen zoals hieronder benoemd wordt? "We hebben vertrouwen in uw intrinsieke motivatie om succesvolle initiatieven structureel in het (primaire) proces te borgen. Mocht u niet overgaan tot implementatie van 3 succesvolle initiatieven voor het einde van de looptijd van dit beleid, gaat de zorginkoper met u in gesprek. Daarbij kan sprake zijn van eventuele passende maatregelen." "Passende maatregelen zijn in overleg tussen de zorginkoper en zorgaanbieder conform afspraken in de overeenkomst."	We vertrouwen op de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders. Waar nodig denken we graag mee om tot de implementatie van succesvolle initiatieven te komen. Indien een zorgaanbieder zonder gegronde reden niet over gaat tot implementatie voor het einde van de looptijd van dit beleid kunnen we in overleg over gaan tot passende maatregelen. Deze maatregelen zijn conform artikel 18, lid 4 in de overeenkomst Wlz 2024-2026 (bijlage 1) of conform artikel 18, lid 4 in de overeenkomst Wlz 2024 (bijlage 2).

1.5 **Overkoepelend aan de inkoopdoelen zijn de volgende centrale thema's van belang in het beleid voor de komende jaren**

Vraag	Antwoord
Passende huisvesting geldt ook voor de ontwikkeling van scheiden van wonen en zorg en meer inzetten op VPT en MPT. Gemeenten maken met woningcorporaties prestatieafspraken voor bijzondere doelgroepen. In hoeverre gaat het zorgkantoor	In regio's waar passende huisvesting een groot knelpunt is, trekt Zilveren Kruis samen met gemeenten op. De prestatieafspraken die gemeenten maken met woningcorporaties zijn daarbij een potentieel middel om hier meer

<p>een rol vervullen in het maken met prestatieafspraken met woningcorporaties? Gaat het zorgkantoor hierin samen met gemeenten optrekken?</p>	<p>bindende afspraken over te maken. Wij maken niet zelf prestatieafspraken met woningcorporaties.</p>
<p>Wat is de betekenis van dit vraagstuk? Wilt u de exploitatie zien of de capaciteit? Zou dit ook aanleiding kunnen zijn (de exploitatie) naar nieuwe tariefafspraken indien blijkt dat wij niet uitkomen met het tarief?</p>	<p>Zowel inzicht in de exploitatie als in de capaciteit in een regio is van belang om een inschatting te kunnen maken of er voldoende en passend vastgoed beschikbaar is in de regio. Indien het inzicht in de vastgoedexploitatie hiertoe aanleiding geeft, gaan wij graag in gesprek met zorgaanbieders over mogelijke maatregelen richting de toekomst. Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk méér dan 100% van het NHC tarief te vergoeden.</p>
<p>Wat wordt bedoeld met het separaat inzichtelijk maken van hun zorg- en vastgoedexploitatie ?</p>	<p>Wij volgen hierbij de kostenindeling zoals die in de jaarrekening wordt gehanteerd en sluiten aan bij de NHC methodiek. Kosten die samenhangen met het verkrijgen, in stand houden, onderhouden of huren van vastgoed zullen normaliter onder de vastgoedexploitatie gerekend worden.</p>
<p>U schrijft dat u verwacht dat zorgaanbieders "Zilveren Kruis informeren en waar nodig betrekken bij keuzes over verouderd vastgoed. Deze keuzes dragen immers bij aan de beschikbaarheid van voldoende passend vastgoed in de regio". Hoe gaat het zorgkantoor om met het feit dat er meerdere financiers te dienen zijn?</p>	<p>Ook in situaties waarbij er meerdere financiers betrokken zijn worden wij graag geïnformeerd en/of betrokken, omdat dit invloed kan hebben op de beschikbare capaciteit in de regio.</p>
<p>Irt Vastgoed is het van belang dat de werkelijke groei meegewogen wordt. Hoe wordt de werkelijke groei, die veel hoger uitvalt dan de landelijke verwachte 3,4% hierin meegenomen? Hoe wordt omgegaan met grote regionale verschillen ?</p>	<p>Het is ons niet duidelijk op welke groei u precies doelt. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Waarom zou een instelling separaat inzichtelijk moeten kunnen maken dat zorg- en vastgoedexploitatie elkaar niet mogen ondersteunen. In het vastgoed kan er sprake zijn van het zogenaamde badkuip effect waardoor de huisvestingskosten juist erg hoog zijn en dat bij relatief oude gebouwen juist sprake is van lage huisvestingskosten. De NHC is ook voor alle locaties gelijk, waardoor de specifieke omstandigheden van centrum grote stad, landelijk, oud, nieuw, veel of weinig te doen aan duurzaamheid, huur of eigendom, etc. Als laatste de complexiteit van de GGZ dat op locaties alle financieringsvormen en producten aanwezig zijn waarbij het helemaal niet duidelijk is welke deel aan huisvesting of aan zorg besteed zou kunnen worden. Kortom het is niet mogelijk maar ook niet wenselijk dat aanbieders voor aanvullende administratieve</p>	<p>Wij verwachten dat zorgaanbieders - ondanks de geschetste complexiteit - separaat zicht hebben op de exploitatie van hun vastgoed en van de zorg. Zonder dit inzicht is het niet mogelijk hier separaat op te sturen. Zilveren Kruis zal dit inzicht alleen opvragen als daar aanleiding toe is. Dit zal met name zijn in een situatie waarin er sprake is van risico's voor onze zorgplicht.</p>

<p>lasten komen te staan als separaat inzicht gegeven moet worden aan aandeel huisvesting en zorg. De vraag om instellingen zich moeten verantwoorden om voldoende geschikt vastgoed om aan onze zorgplicht te kunnen blijven voldoen is op zich een terechte vraag maar dat dit niet moet uitmonden om op de stoel van instelling te gaan zitten om te bepalen dat huisvesting de zorg niet moet sponsoren of andersom wat door de fase waarin het gebouw zich bevind wellicht noodzakelijk is om de zorgplicht te kunnen blijven voldoen.</p>	
<p><i>Subparagraaf 1.5.2</i></p>	
<p>Het zorgkantoor geeft aan dat de zorgaanbieders zich moeten committeren aan de doelstellingen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0 en heeft daarnaast nog extra eisen gesteld (4 bullets). Hoe verhoudt zich deze eis met het voornemen van de NZA om de NHC component per 01-01-2024 fors (-8%) te verlagen? Zou u uw antwoord willen motiveren?</p>	<p>De NZa stelt de hoogte van het NHC tarief vast. De aangekondigde correctie van 8% van de NHC tarieven heeft hoofdzakelijk betrekking op de verlaging van de normatieve rente. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar de NZa. Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat zorgaanbieders stappen blijven zetten, op weg naar verduurzaming van hun vastgoedportefeuille en verduurzaming van de zorgsector in algemene zin.</p>
<p>U verwacht van zorgaanbieders dat zij hun vastgoed in lijn brengen met wat nodig is om aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen en om (verder) te werken aan verduurzaming van vastgoed. Hoe ziet u deze opgave voor zorgaanbieders in relatie tot de stijging in de bouwkosten, de schaarste van bouw personeel en bouwmaterialen en de stikstofreductie?</p>	<p>Wij begrijpen dat de genoemde ontwikkelingen zorgaanbieders voor een uitdaging stellen. Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat zorgaanbieders stappen blijven zetten, op weg naar verduurzaming van hun vastgoedportefeuille.</p>
<p>Wij lezen over verduurzaming van het vastgoed als stip op de horizon. Wij zijn actief op het gebied van verduurzaming, maar lopen ook tegen grenzen aan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ivm wooncrisis ervaren wij een grote spanning tussen beschikbaarheid van huisvesting en mogelijkheden om te verduurzamen. Wij prioriteren soms het realiseren van passende huisvesting boven de haalbaarheid van verduurzaming van panden. 2. Een groot deel van ons vastgoed betreft huurpanden. Dat betekent dat wij voor aanpassingen afhankelijk zijn van de vastgoedeigenaar. <p>Vraag: Herkent en erkent Zilveren Kruis deze knelpunten?</p>	<p>Wij herkennen deze knelpunten. Waar mogelijk zullen wij in gesprek met de gemeente een bijdrage leveren aan de beschikbaarheid van voldoende passend vastgoed. Ook nodigen wij u uit om knelpunten die u ervaart te (blijven) delen met het zorgkantoor.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.5.3</i></p>	

<p>Er wordt een regio overstijgend plan opgesteld om de instroom te beperken. Andere stakeholders financiers spelen ook hierin een rol, gedacht moet worden aan gemeenten, DJI alsmede CiZ. Het effect zal de gehele sector raken. Wie heeft hierin de regie om te voorkomen dat verschillende stakeholders wellicht uiteenlopende belangen hebben?</p>	<p>De regie op de door u benoemde maatregel ligt in handen van de gemeenten en Zorgkantoren. Het bestuurlijk akkoord om te komen tot een verantwoorde instroom van GGZ cliënten in de Wlz loopt parallel aan de uitvoering van het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.</p>
<p>In hoeverre worden de plannen/initiatieven van alle financiers op elkaar afgestemd, bv. FZ, IZA, regiovisie, woon/zorg-visie etc., om te voorkomen dat we verschillende opdrachten krijgen om de uiteenlopende belangen te kunnen bedienen?</p>	<p>Waar mogelijk zoeken wij aansluiting bij bestaande ontwikkelingen zoals het IZA, WOZO, GALA etc. Ook proberen wij geen nieuwe overlegvormen of verantwoordingsstromen tot stand te brengen maar bestaande initiatieven en informatie te gebruiken of te verbeteren.</p>

2 Meerjarige tarieven en tariefdifferentiatie die aansluit bij de prioriteiten in het beleid

2.1 De beschikbare contracteerruimte zetten we in voor zorg

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

2.2 Duidelijkheid voor meerdere jaren over tariefpercentages

Vraag	Antwoord
U schrijft: "De bekostigingssystematiek inclusief de (richt)tariefpercentages gelden voor de looptijd van het inkoopbeleid (2024-2026)". Kunt u bevestigen dat deze systematiek ook geldt voor de verlengingsperiode van twee keer een jaar?	Wanneer het zorginkoopbeleid 2024 e.v. wordt verlengd dan gebeurt dit volgens dezelfde uitgangspunten van de bekostigingssystematiek. Er kunnen zich situaties voordoen waardoor er afwijkingen op de tariefpercentages worden toegepast.
Indien het Zilveren Kruis het recht behoudt om de tariefpercentages eenzijdig aan te passen verzoeken wij wel een termijn die redelijk ken billijk is om hierop te anticiperen dan wel alsnog in gesprek te kunnen gaan. Gaat het ZK hierin mee, zo nee waarom niet?	Elk kalenderjaar wordt het inkoopbeleid inclusief maatregelen herijkt op wet- en regelgeving. Dit kan aanleiding geven tot aanpassing van ons beleid. Hierbij hanteren we altijd redelijke termijnen. Hiervoor bestaat dan opnieuw een procedure voor vragen stellen en bezwaar.

2.3 Tariefsystematiek voor zorgaanbieders die een overeenkomst hebben met Zilveren Kruis

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 2.3.2</i>	
U wilt graag de beweging in de keten stimuleren door een lager tariefpercentage te betalen voor intramurale zorg voor mensen met de zorgprofielen GGZ W1 en W2. Hiermee stimuleren we zorgaanbieders om voor deze groep te blijven kijken naar wie er zelfstandig kan wonen. Met de extra vergoeding op MPT en VPT willen we bevorderen dat iemand met de juiste zorg en ondersteuning in de wijk kan (blijven) wonen. Voor de doorstroom van deze groep naar de wijk hebben aanbieders een beperkte invloed. Om deze beweging op gang te brengen zijn er woning in de wijk nodig. Er is sprake van een woning schaarste. Hierbij zijn er voor de doelgroep niet of nauwelijks prestatieafspraken. Hoe reëel is het om een lager percentage voor GGZ W1 en W2 vast te stellen als de invloed van aanbieders op de voorgestelde beweging beperkt is?	<p>Door een hoger tariefpercentage voor VPT en MPT stellen we zorgaanbieders in staat doorstroom naar zelfstandig wonen beter vorm te geven. Gemeenten maken prestatieafspraken met woningcoöperaties. Zilveren Kruis dringt er bij hen op aan om ook afspraken te maken voor mensen met een Wlz indicatie. Ook brancheorganisaties spannen zich hiervoor in.</p> <p>Gezien de schaarste op de woningmarkt eisen we geen absoluut resultaat in doorstroom naar zelfstandig wonen.</p>

<p>Het ombuigen naar VPT en MPT is een omvangrijk proces, tijdrovend en kostbaar. Is zorgkantoor zich ook bewust van de impact op de financiële situatie van de client?</p>	<p>Zelfstandig wonen is niet voor iedereen passend. Zorgaanbieder en cliënt bepalen in dialoog de meest passende woonvorm. Hierbij kunnen financiële aspecten meewegen.</p>
<p>Concluderen wij terecht dat het tariefpercentage voor W3, W4 en overige prestaties, vastgesteld is op 95,9% en dat dit een verlaging van het huidige tarief is, dat een geïntegreerde aanbieder krijgt in de afgelopen 3 jaar?</p>	<p>Voor een overzicht van de geboden tariefpercentages verwijzen wij naar bijlage 8: prestatietabel regulier - specifiek - tariefpercentage 2024.</p>
<p>Kunt u aangeven in hoeverre uw beleid tegemoetkomt aan de complexe zorgvraag van W3-cliënten bij een geïntegreerde instelling, die (net) niet in aanmerking komen voor een profiel W5, maar veel meer zorg nodig hebben dan het gemiddelde niveau waar het zorgprofiel W3 vanuit gaat en waar u besparende maatregelen vraagt van de geïntegreerde instelling om deze zorg te blijven leveren op een kwalitatief vergelijkbaar niveau tegen een lager tariefpercentage dan de afgelopen 3 jaar?</p>	<p>Het soort indicaties en daarbij te leveren zorg worden bepaald door NZa en CIZ. Deze worden toegepast door het zorgkantoor. Wanneer een indicatie niet passend is kunt u een herindicatie aanvragen. Wanneer zorgaanbieders niet uitkomen met de geboden tariefpercentages dan kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule, onder bijbehorende voorwaarden.</p>
<p>Wij waarderen de beweging van het zorgkantoor om de focus op complexe zorg te laten terugkomen in het tariefpercentage. Kunt u aangeven waarom u afgestapt bent van het beleid om onderscheid te maken tussen geïntegreerde instellingen en overige aanbieders, daar waar (nog altijd) meer gevraagd wordt van de rol van geïntegreerde aanbieders in de keten?</p>	<p>Op aangeven van bestuurders in het GGZ veld hebben we ervoor gekozen niet het type aanbieder centraal te stellen bij de overweging van een hoger of lager tariefpercentage, maar de zorgprestatie die wordt geleverd. Hiermee bevorderen we een gelijk speelveld en bevorderen we ketensamenwerking in de GGZ.</p>
<p>Bent u het eens dat de zorgzwaartemix van cliënten bepalend is geworden voor het gemiddelde tariefpercentage dat een aanbieder ontvangt voor de Wlz zorg? Zo nee, kunt u dit uitleggen? Zo ja, kunt u aangeven hoe dit passend is bij de toegankelijkheid van zorg en de mogelijkheid tot sturing op de instroom van cliënten?</p>	<p>Bij het zorginkoopbeleid hebben we - gezien de schaarste van beschikbare middelen - gekozen om complexe zorg te waarborgen en beweging naar zorg thuis te stimuleren. Wij verwijzen voor een uitgebreide motivatie naar hoofdstuk 1 van het Inkoopbeleid Wlz GGZ 2024-2026.</p>
<p>Het zorgkantoor stelt een beweging in gang te willen zetten die bevordert dat mensen voor wie dat mogelijk is, doorstromen naar een passende woonplek, zodat er meer ruimte komt voor cliënten met een complexe zorgvraag (hoger zorgprofiel). Het Zorgkantoor zegt dit te ondersteunen door een hoger tariefpercentage te betalen voor VPT en MPT en een lager tariefpercentage te betalen voor intramurale zorg voor mensen met de zorgprofielen GGZ W1 en W2.</p> <p>Het zorgkantoor geeft echter tevens aan dat het aantal cliënten de komende jaren zal stijgen. Is de verwachting van het zorgkantoor dat het aantal benodigde intramurale plekken voor de</p>	<p>Het zorgkantoor heeft geen cijfermatig toekomstbeeld gemaakt van het aantal intramurale plekken W1 en W2. Op dit moment ziet het zorgkantoor een grotere groei van de Wlz dan voorzien. Wij vinden het belangrijk de groei van W1 en W2 voor wie dat mogelijk is, op te vangen in zorgondersteuning thuis. We vinden het belangrijk deze beweging te stimuleren en hebben daarom de tariefpercentages aangepast. In de regio brengen we met de regiobeelden de zorgvraag en behoefte in beeld. Hierbij kijken we breder dan alleen de zorgvraag van W1 en W2. Gezien de schaarste aan middelen leggen wij een focus op complexe zorgvragen.</p>

<p>zorgprofielen W1 en W2 gelijk zullen blijven, zullen stijgen of dalen?</p> <p>Bent u het eens dat als de verwachting is dat het aantal benodigde plekken voor de zorgprofielen W1 en W2 - gezien de stijging van het aantal cliënten de komende jaren - gelijk zal blijven of zal stijgen het niet redelijk of billijk is om voor deze leveringsvormen een lager tariefpercentage te betalen (onder het mom 'bevorderen doorstroom')?</p> <p>Bent u bereid te onderzoeken wat het benodigd aantal W1 en W2 plekken op de korte en (middel)lange termijn zal zijn en daarmee rekening te houden in de tariefpercentages door de jaren heen? Zo nee, waarom niet?</p>	
<p>In hoeverre houdt VWS rekening met de verwachte grotere instroom? Punt 1 druist nl. in tegen de verwachting en zal voor knelpunten gaan zorgen. Wat als daardoor wachtlijsten gaan ontstaan, hoe gaat het ZilvK hiermee om?</p>	<p>Voor het vaststellen van de contracteerruimte verwijzen wij naar de NZa en VWS. Binnen de kaders van de contracteerruimte heeft het Zorgkantoor een zorgplicht voor de uitvoering van de Wlz. Ook voor wachtlijsten zijn normen waaraan het Zorgkantoor moet voldoen.</p>
<p>Waarom denkt het ZK dat een financiële prikkel van 100% NZa tarief voor deze doelgroep daadwerkelijk meer aanbod gaat opleveren? Het inrichten van complexe zorg vereist meer dan financiële ruimte. Heeft het ZK daar beeld bij? Zo ja licht toe.</p>	<p>Bij het zorginkoopbeleid 2024-2026 hebben wij de focus gelegd op complexe zorg. Onderdeel hiervan is een hoger tariefpercentage voor bovenregionale zorg die wordt geboden voor zeer complexe forensische zorg. Met dit hogere tariefpercentage dragen wij bij aan het borgen van beschikbaarheid.</p>
<p>In het inkoopbeleid wordt het belang aangegeven van volledig pakket thuis (VPT). Waarom wordt hier in het tariefpercentage per zorgkantoor zo verschillend mee omgegaan? Bij zorgkantoor CZ wordt voor VPT 100% van het NZa tarief aangehouden, wat is de reden dat dit niet ook bij dit zorgkantoor wordt toegepast?</p>	<p>Elk zorgkantoor wordt geacht eigen beleid te ontwikkelen inclusief financiële maatregelen en visie die passen bij de regio's en contracteerruimte die dat zorgkantoor betreft. Hierdoor zijn er verschillen per zorgkantoor.</p>
<p>Hoe verhoudt zich het percentage 93,9% zich tot de reële kostenontwikkeling, kunt u dit onderbouwen? Hoe past dit lage percentage bij de huidige intramurale GGZ w1 en w2 cliënten? De vermelde extra vergoeding op MPT en VPT geldt niet voor V&V aanbieders. Hoe ziet de compensatie voor de V&V aanbieders er uit?</p>	<p>Indien u voor cliënten zorgt met een andere indicatie dan waarvoor u een overeenkomst heeft (sectorvreemd) dan bepaalt de sector waarvoor de client geïndiceerd is het vergoedingspercentage. Zie voor alle vergoedingspercentages bijlage 8. Elke sector heeft eigen beleid op basis van de visie en gewenste ontwikkelingen in die betreffende sector. Dit kan verschillen.</p>
<p>Welke criteria hanteert het Zilveren Kruis wanneer zij praten over beveiligde zorg / woonsettingen?</p>	<p>Beveiligde zorg wordt geïndiceerd door het CIZ. Het zorgkantoor voert deze uit. We hanteren hier geen eigen criteria voor.</p>
<p>In het inkoopdocument wordt de GGZ5 bestempeld als complexe zorg. Binnen onze organisatie hebben we binnen de GGZ3 profielen naast psychiatrische problematiek ook verslavingsproblematiek en verstandelijke beperking. Dit maakt dat wij als organisatie</p>	<p>Complex zorg is niet beperkt tot specifieke indicaties. Zie paragraaf 1.2 voor de definitie die wij hanteren. Hieronder valt ook de door u genoemde problematiek. Hogere tariefpercentages zijn gekoppeld aan specifieke indicaties.</p>

intensievere zorg leveren aan cliënten met een GGZ3 profiel dan andere organisaties. In hoeverre is er ook ruimte om binnen de GGZ3 profielen complexe zorg te leveren of wordt er over nagedacht om de intensievere GGZ3 zorg passend te krijgen binnen de GGZ5?	
We zien een 100% tariefpercentage voor de beveiligde zorg en 5GGZW. Waarom wordt dit percentage niet toegepast op de KIB tarieven?	De tariefpercentages voor beveiligde zorg en KIB staan op 100% (Z280, Z1007, Z1008).
Hoe hoog is het toeslagpercentage en het tariefpercentage voor W5+B7 precies?	De opslag voor de profielen GGZ W5 en B7 is 2% op het richttariefpercentage van 95,9%.
Wordt dan per voorziening afgesproken of wel/niet de opslag complexe zorg geldt? Of per cliënt?	De opslag is per prestatie bepaald. Zie bijlage 8 Prestatietabel regulier – specifiek- tariefpercentage 2024.
<i>Subparagraaf 2.3.3</i>	
Hoe heeft het zorgkantoor bepaald welke zorgaanbieders tegen een lager tariefpercentage kunnen leveren?	Een lager tariefpercentage wordt overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Hierbij gaat het onder meer om zorgaanbieders met een structureel hoog financieel resultaat, zeer doelmatige bedrijfsvoering of beperkte rol in de regio. Dit in vergelijking met andere zorgaanbieders. Wilt u weten of u hiervoor in aanmerking komt dan kunt u hiervoor informeren bij uw zorginkoper.
<i>Subparagraaf 2.3.4</i>	
Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.	
<i>Subparagraaf 2.3.5</i>	
Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.	
<i>Subparagraaf 2.3.6</i>	
Zilveren Kruis beschrijft (inkoopdocument, p. 21) dat zij in gesprek wil gaan met zorgaanbieders met historisch lage kosten. Kunt u bevestigen dat voor verlaging van het tariefpercentage tweezijdige instemming (dus van het zorgkantoor en de zorgaanbieder) nodig is? Zo niet, waarom meent u dat een eenzijdige aanpassing door het zorgkantoor voldoende transparant en proportioneel is?	Zorgaanbieders en Zorgkantoor kunnen met wederzijdse instemming een lagere tariefafpraak maken.
Indien de jaarrekeningen 2021 zijn gebruikt, hoe heeft het zorgkantoor dan rekening gehouden met inkomsten en uitgaven voor Coronamaatregelen?	Bij een hoog positief financieel resultaat kunnen wij in gesprek gaan over de bestemmingen van dit resultaat. Hierbij nemen we de door zorgaanbieder aangegeven omstandigheden mee.
Is het zorgkantoor van mening dat zorginstellingen hun (strategische) reserves moeten aanspreken voor bekostiging van de operationele bedrijfsvoering?	Het inkoopbeleid 2024 - 2026 heeft geen bepalingen over het aanspreken van het eigen vermogen anders dan bij de toepassing van de hardheidsclausule. Zie paragraaf 2.7.

Wat is een hoog resultaat?	Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven kunnen we in gesprek gaan met zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen. We kunnen dus op voorhand niet exact aangeven wat een hoog resultaat is. We focussen ons in beginsel op het Wlz resultaat.
Kunt u ook in gesprek gaan met instellingen die een marginaal resultaat hebben met een marge van tussen de 0% en 1%, omdat die instellingen op lange termijn hogere marges moeten realiseren om op lange termijn de continuïteit te kunnen blijven waarborgen	Op het moment dat een zorgaanbieder/zorgkantoor ziet dat het resultaat een risico vormt voor de continuïteit van zorg, gaan we in gesprek.

2.4 **Tariefsystematiek en voorwaarden voor zorgaanbieders die nog geen overeenkomst hebben met Zilveren Kruis**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

2.5 **Sectorvreemde zorg wordt gefinancierd op basis van het inkoopbeleid van de 'vreemde' sector**

Vraag	Antwoord
Uw uitgangspunt is om zorg te financieren met de tarieven van de eigen sector. Voor de betaling van sectorvreemde prestaties betekent dit dat een GGZ aanbieder dit tegen een lager percentage moet gaan leveren terwijl zij te maken hebben met inzet van hogere personeelskosten. Tevens geeft u aan dat deze afspraken gelden voor de gehele contractperiode. Zorgaanbieders zijn soms genoodzaakt Sectorvreemde indicaties te leveren omdat omzetting van de indicatie volgens het CIZ niet passend is terwijl de zorg dat wel is. Het gevolg van uw beleid is dat GGZ aanbieders hierdoor minder geneigd zijn sectorvreemde indicaties te accepteren en daardoor passende zorg bemoeilijkt wordt. Bent u bereid uw beleid aan te passen en het tariefpercentage te betalen van de sector waarin de zorg wordt geleverd?	Door deze werkwijze worden gelijke prestaties bij alle zorgaanbieders op dezelfde wijze vergoed. Voor sommige prestaties zal dit betekenen dat het te hanteren tariefpercentage lager is dan in de hoofdsector van de zorgaanbieder, voor andere prestaties zal dit juist hoger zijn.
Er zijn ook zorgaanbieders met een lager tarief. Welke vergoeding ontvangen zij voor sectorvreemde zorg?	Zorgaanbieders met een lager tariefpercentage (bijvoorbeeld een historisch lager tarief of nieuwe zorgaanbieders) kunnen voor sectorvreemde prestaties het eigen (lagere) tariefpercentage hanteren. Dit tariefpercentage is leidend voor alle zorg die zij leveren.

2.6 De vergoeding voor NHC/NIC bedraagt 100%

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

2.7 Zorgaanbieders waarvoor de tariefpercentages niet passend zijn kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule

Vraag	Antwoord
<p>Wij hebben er bezwaar tegen dat bij het richttariefpercentage, zo lezen wij in bijlage 7, uitgegaan wordt van bronnen uit 2021. Op dit moment zijn de gegevens van onze organisatie over 2022 bekend en kunnen deze worden toegepast. Ook hebben wij inmiddels zicht op de gestegen kosten in 2022 en de eerste periode 2023. Die zouden ook kunnen worden toegepast. Dat geeft een reëler beeld. Wilt u toepassing van de hardheidsclausule uitgaan van actuele cijfers over 2002 en 2023?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.</p>
<p>Deze methode in bijlage 7 leidt tot een theoretisch resultaat dat een richttariefpercentage van 95,5% bij 75% van de V&V organisaties een neutraal of positief resultaat heeft en bij 25% derhalve een negatief resultaat. De rekenmethodiek is niet heel duidelijk en wij willen die graag toepassen op onze organisatie met onze specifieke Wlz-kosten en opbrengsten, los van andere inkomsten en uitgaven, zoals Zvw en Wmo. Kan de methodiek bij een eventueel beroep op de hardheidsclausule worden toegepast op onze individuele organisatie?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar andere elementen dan die gebruikt zijn voor het bepalen van het richttariefpercentage. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hier meer over in het inkoopbeleid. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen ook de zorgplicht wordt meegenomen. Hoe moeten wij dit interpreteren? Het zorgkantoor heeft vanuit zijn zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende en passend zorgaanbod voor zijn klanten te borgen (zo staat ook in paragraaf 5.2). Als de zorgplicht in het geding is, leidt dat</p>	<p>De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorzienne redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote</p>

<p>dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt dat?</p>	<p>tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.</p>
<p>In de toelichting omtrent de hardheidsclausule wordt aangegeven dat " wij nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn". Kunt u meer uitleg geven over de term "organisatiestructuur"? Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol? Wanneer wordt op basis van de organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?</p>	<p>Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.</p>
<p>In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat "de afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Kunt u aangeven of dat de gehele duur is van het inkoopbeleid 2024-2026 of alleen voor het jaar 2024?</p>	<p>Alleen voor het betreffende inkoopjaar, in eerste instantie voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.</p>
<p>Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefssystematiek', 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?</p>	<p>De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over het beleid, niet om u te informeren over gemaakte afspraken voor de hardheidsclausule. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>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 hardheidsclausule?</p>	<p>Nee, 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.</p>
<p>Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële</p>	<p>Dat kunnen we niet zo stellen, dat hangt af van de specifieke omstandigheden van de individuele zorgaanbieder, die wij meenemen in de beoordeling van de aanvraag.</p>

<p>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?</p>	
<p>Kunt u de parameters die u hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin toelichten?</p>	<p>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 t.o.v. 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 en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
<p>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 ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?</p>	<p>Dat klopt inderdaad.</p>
<p>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?</p>	<p>Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule 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 t.o.v. 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 en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
<p>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 Wlz-zorglevering? Zo nee, welke norm</p>	<p>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 t.o.v. 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 HHC.</p>

<p>hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?</p>	
<p>Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek'. 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.</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nee, 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.</p> <p>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".</p> <p>Nee, wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>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?</p>	<p>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 t.o.v. 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 HHC. Het zorgkantoor beoordeelt uiteindelijk de aanvraag en neemt de uitkomst van het gesprek mee.</p>

<p>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? Wanneer wordt op basis van de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn een beroep op de hardheidsclausule afgewezen? 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?</p>	<p>De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.</p> <p>Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken.</p> <p>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 t.o.v. 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 HHC.</p>
<p>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?</p>	<p>Dit hangt inderdaad met elkaar samen.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat als de gehanteerde tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders is om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Hoe moeten we 'uitzonderlijke gevallen' interpreteren? Door hoge kosten en een te laag tariefpercentage</p>	<p>Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.</p>

<p>kunnen alle individuele aanbieders te maken hebben met een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg van de tariefssystematiek. Klopt het dat de uitzonderlijkheid betrekking heeft op de casuïstiek (die alle individuele aanbieders kan betreffen) en niet op het aantal aanbieders dat met een bepaalde situatie te maken heeft?</p>	
<p>Wat wordt in het kader van de hardheidsclausule bedoeld met: “De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onverwacht effect van de tariefssystematiek.”? Zorgorganisaties hebben al langere tijd te maken met forse kostenstijgingen en daar komen nog kortingen op het macrobudget en het NHC-tarief overheen. Het is dus geen onverwacht effect van de tariefssystematiek dat een organisatie die doelmatig zorg levert dat voor het geldende tariefpercentage niet kostendekkend kan doen. Kunnen deze organisaties dan geen beroep doen op de hardheidsclausule? Kunt u dat toelichten in relatie tot de geciteerde zin?</p>	<p>De tariefssystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefssystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p> <p>Meer concreet: wat de impact is van de aanpassing van NHC/NIC en aanpassing van de NZa tarieven verschilt per zorgaanbieder. Indien dit ertoe leidt dat het geldende tariefpercentage voor een individuele zorgaanbieder niet kostendekkend is ondanks dat op een doelmatige manier zorg wordt geleverd, kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule. Bij het beoordelen van het beroep op de HHC gelden de kaders zoals die in de inkoopdocumenten zijn opgenomen.</p>
<p>Nergens in de procedure staat wanneer de aanbieder die een beroep doet op de hardheidsclausule een besluit krijgt op dat verzoek. Het is voor een aanbieder belangrijk om dat zo snel mogelijk te weten. Kunt u opnemen dat het zorgkantoor uiterlijk 2 weken naar indiening van het beroep op de hardheidsclausule een besluit krijgt op dat beroep?</p>	<p>Wij nemen geen besluit binnen 2 weken na aanvraag hardheidsclausule. Dit omdat de beoordeling van de hardheidsclausule een gedegen en zorgvuldig proces is. De definitieve terugkoppeling op uw aanvraag HHC ontvangt u uiterlijk 21 oktober 2023.</p>
<p>Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen betreft u de financiële reserves van de zorgaanbieder. Het hebben van een eigen vermogen heeft niets te maken (of zou moeten hebben) met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder. Het eigen vermogen kan bijv. ook opgebouwd zijn met vastgoedtransacties in het verleden. Waarom betreft u het eigen vermogen van een zorgaanbieder bij de bepaling of het tarief kostendekkend is?</p>	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

<p>Indien er een beroep op de hardheidsclausule wordt gedaan, zijn wij van mening dat er altijd in overleg met de zorgaanbieder getreden moet worden. Wat ons betreft staat de dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder centraal. Eenzijdige bepaling door het zorgkantoor op welke wijze het eigen vermogen en financiële reserves besteed moeten worden en welke operationele verbeteringen doorgevoerd moeten worden, is hierbij niet passend en zeer onwenselijk. Hoe kijkt u hier tegenaan?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>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 (ook) een correcte beschrijving van het toepassingsbereik van de hardheidsclausule voor de sector GZ?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>Op welke wijze moet worden onderbouwd dat een tarief heeft geleid tot het niet tijdig beschikbaar hebben van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?</p>	<p>Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper</p>
<p>Is het zorgkantoor van mening dat zorginstellingen hun (strategische) reserves moeten aanspreken voor bekostiging van de operationele bedrijfsvoering indien de voorgestelde tarieven ontoereikend zijn?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe ziet het proces eruit indien de hardheidsclausule is toegepast, akkoord bevonden en het betreffende inkoopjaar ten einde loopt?</p>	<p>Bij de herschikking en/of nacalculatie controleert het Zorgkantoor of de zorgaanbieder die afspraken heeft op grond van de hardheidsclausule daar nog steeds voor in aanmerking komt. Indien dan blijkt</p>

	dat de zorgaanbieder niet meer in aanmerking komt voor de hardheidsclausule (bijvoorbeeld omdat zijn financiële situatie gedurende het jaar is verbeterd) maakt het Zorgkantoor aanspraak op het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule.
Binnen de hardheidsclausule stelt u dat er onder meer gekeken wordt naar het eigen vermogen. Indien er sprake is van eigen vermogen zal bij veel aanbieders dit (voor het grootste deel) zijn opgebouwd vanuit andere financieringsbronnen. Bent u het met ons eens dat dit vermogen niet meegewogen zou moeten worden omdat de WLZ dan gefinancierd zou worden vanuit andere financieringsstromen dan de WLZ. Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met 'uitzonderlijke gevallen' bij de omschrijving van de hardheidsclausule?	Afgelopen jaar was het aandeel zorgaanbieders dat een beroep heeft gedaan en in aanmerking kwam voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule zeer beperkt.
Indien het richttariefpercentage voor een zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft als onverwacht effect van de tariefsystematiek, dan kan de zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule waarbij deze moet aantonen dat op een doelmatige wijze zorg wordt verleend maar dat het tariefpercentage niet kostendekkend is. Veel zorgaanbieders worden nog geconfronteerd met aanhoudend hoog ziekteverzuim na de corona pandemie, waardoor de personeelskosten substantieel hoger liggen terwijl de compensatieregelingen zijn afgeschaft. Daardoor is het richttariefpercentage van 95,5% voor 2024-2026 mogelijk niet kostendekkend. Kan daarvoor een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule, ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
Wat is de termijn voor het beroep doen op de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 6.
Hoe wordt bepaald voor de HHC of een aanbieder doelmatig werkt? Welke criteria hanteert het zorgkantoor hiervoor?	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 t.o.v. 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 HHC.
Waarom geldt de hardheidsclausule voor één jaar terwijl de afspraak meerjarig is?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
In de hardheidsclausule wordt geen rekening gehouden met het financieel beleid van zorgaanbieders dat gericht kan zijn op nodige investeringen, zoals maar niet beperkt tot, de opbouw van eigen vermogen om leningen aan te gaan voor verbouwing/nieuwbouw. Hoe houdt het zorgkantoor rekening met individuele opgaven van zorgaanbieders en hun financieel beleid?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
Kunnen zorgaanbieders jaarlijks aanspraak maken op de hardheidsclausule?	In eerste instantie kunt u een aanvraag doen voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
Hardheidsclausule: Wij verwonderen ons over het punt dat voorgaande jaren de rechter heeft besloten dat de zorgkantoren moeten komen met een reëel tarief, nu wordt deze bal bij de instellingen gelegd. Ons inziens de omgedraaide wereld, wij zijn het oneens met de huidige richttariefstelling (afslag). Hoe kunt u deze clausule verantwoorden met de uitspraak van de rechter in het achterhoofd? Graag zien we uw reactie tegemoet. Aangezien we nog geen beleidsregels hebben ontvangen en daarmee nog geen interne berekening hebben kunnen maken, zien we graag deze clausule geschrapt. Kunt u hiermee instemmen? Graag uw reactie	Nee, we passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. Ten aanzien van de hardheidsclausule willen we u wijzen op de recente jurisprudentie: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. U leest de onderbouwing van het richttarief in bijlage 7 van het inkoopbeleid. Desondanks kan het voorkomen dat de tariefpercentages niet passend zijn en voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben. U kunt dan een beroep doen op de hardheidsclausule.
U beperkt onvoorzien tot onverwacht. Waarom mag er geen verwachte situatie zijn om in aanmerking te komen voor de clausule?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.
Bent u niet van mening dat tarieven afdoende hoog moeten zijn om een operationele exploitatie te kunnen voeren	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect

	<p>waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p>
<p>Wat is de deadline om gebruik te kunnen maken van de hardheidsclausule?</p>	<p>Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 6.</p>
<p>U zegt ". Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder." Wat bedoelt u met de organisatie? Is dat de contractant, of de juridisch structuur waar zorgaanbieder zich bevindt?</p>	<p>Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.</p>
<p>U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Kunnen aanbieders die in 2024 in aanmerking komen, volgend jaar bij de inkoop 2025 nogmaals een beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	<p>Ja, dat klopt. Er kan jaarlijks een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.</p>
<p>U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Betekent dit ook dat de aanbieders die in 2024 geen gebruik behoeven te maken van de hardheidsclausule, volgend jaar bij de inkoop 2025 alsnog een beroep kunnen doen?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>Indien wij het tarief van de VG7 in september 2023 nog niet weten, kunnen wij niet een juiste aanvraag doen voor de HHC. Kunt u aangeven of hier rekening mee wordt gehouden met het juiste hoogte van bedrag van de HHC indien het tarief niet bekend mocht zijn?</p>	<p>Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7.</p>
<p>Zijn de spelregels van de hardheidsclausule ten opzichte van 2023 veranderd en zo ja leg uit.</p>	<p>Nee, die zijn niet veranderd.</p>
<p>Door het ontbreken van een tarief voor VG7 kan op dit oment niet worden beoordeeld of er sprake is van een reëel tarief en wat de gevolgen zijn van de tarief differentiatie. Tot wanneer kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?</p>	<p>Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7. Voor de tijdslijnen van de hardheidsclausule verwijzen wij u naar het regionale inkoopbeleid hoofdstuk 6.</p>
<p>Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een</p>

<p>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 van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?</p>	<p>tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan.</p>
<p>Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) 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?</p>	<p>Bij de beoordeling of uw organisatie in aanmerking komt voor de hardheidsclausule wordt gekeken naar het verwacht bedrijfsresultaat binnen de Wlz. Het bedrijfsresultaat wordt bepaald door zowel uw inkomsten als uitgaven. Op deze wijze wordt rekening gehouden met organisatie-specifieke aspecten die significante impact hebben op de kostenopbouw. Er wordt o.a. gekeken naar hoe de kosten naar de verschillende domeinen zijn gealloceerd.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Bij de hardheidsclausule wordt aangegeven dat in het kader van de financiële positie ook de financiële reserves van de zorgaanbieder worden betrokken. Veel financiële reserves worden gecreëerd met het oog op investeringen op lange(re) termijn. Wij hebben er bezwaar tegen dat die worden betrokken bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder. Kunt u bevestigen dat doelreserves/voorzieningen geen deel uitmaken van financiële positie in het kader van de beoordeling van de hardheidsclausule?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij</p>

	zullen dit meewegen in onze beoordeling.
De financiële positie zou geen rol mogen spelen bij de hardheidsclausule. De hardheidsclausule moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. O.b.v. het proportionaliteitsbeginsel dient voor de levering van het product een reëel tarief te worden betaald. Hierbij dient dus het eigen vermogen en de financiële positie van een organisatie buiten beschouwing te worden gelaten. Bent u bereid de financiële positie buiten beschouwing te laten bij het toepassen van de hardheidsclausule? Zo nee, waarom niet? Kunt u daarbij een toelichting geven waarom u vindt dat u dan niet in strijd met het proportionaliteitsbeginsel handelt.	<p>We zijn het op dit punt niet met u eens en passen dit niet aan.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We verwijzen u ook naar de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p>
Kunt u aangeven hoe wij moeten aantonen dat wij doelmatige zorg leveren? Welke norm hanteert u met betrekking tot doelmatige zorg?	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 t.o.v. 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 HHC.
Hardheidsclausule (1) 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 onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken,	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

<p>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? (2)</p> <p>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 resultaatmarge, 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?</p>	
<p>Indien u akkoord gaat dat de hardheidsclausule wordt toegepast, welk tarief spreekt u dan af met betreffende zorgaanbieder? Is dat percentage dan voor de gehele looptijd van de overeenkomst geldig?</p>	<p>Dit hangt af van de uitkomst van de beoordeling van de hardheidsclausule. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.</p>
<p>Hardheidsclausule - Onvoorzien is een onverwacht effect voor het Zorgkantoor. Dat roept de vraag op welke benadelende effecten het Zorgkantoor thans reeds wel voorziet. Kunt u deze benoemen?</p>	<p>Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>

<p>Hardheidsclausule - Welk kader hanteert het zorgkantoor bij de beoordeling of sprake is van doelmatige zorg?</p>	<p>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 t.o.v. 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 HHC.</p>
<p>Bij toepassing van de hardheidsclausule wordt de financiële positie en organisatiestructuur meegenomen. Daarbij wordt gekeken naar het eigen vermogen van de organisatie waarbij de financiële reserves een onderdeel spelen. Aanbieder vindt dit disproportioneel, in strijd met het gelijkheidsbeginsel en in strijd met de redelijkheid en billijkheid. In de eerste plaats is dit onredelijk en niet billijk omdat aanbieders met een gezonde financiële positie en een financiële buffer voor wie de tarieven niet-gunstig zijn benadeeld worden t.o.v. aanbieders met een ongezonde financiële positie zonder financiële buffer. Zorgaanbieders kunnen verschillende inkomstenbronnen hebben. LZ is daar er slechts één van. Als het tarief voor dit onderdeel te laag en de zorgaanbieder op dit onderdeel aantoonbaar verlies lijdt en doelmatige zorg verleend, dan moet compensatie mogelijk zijn. Het is onbillijk om de zorgaanbieder eerst haar eigen vermogen "op te laten eten" voordat zij kan aankloppen. Verzoek is daarom om de financiële positie en de financiële reserves bij een beroep op de hardheidsclausule buiten beschouwing te laten maar te kijken naar de vraag of doelmatige zorg wordt verleend en of dit verlieslijdend is.</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Wij zijn ervan overtuigd dat het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule geen juiste parameter is voor het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder. Graag jullie reactie om dit niet mee te nemen in de hardheidsclausule.</p>	<p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijkerwijs doelmatig werkend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. .</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen</p>

	<p>waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
Hardheidsclausule is niet toereikend, wanneer wordt deze procedure aangepast?	Op basis van uw vraag is het voor ons niet duidelijk waarom u vindt dat de hardheidsclausule niet toereikend is. We passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.
Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met het eigen vermogen. Kan met voorbeelden worden toegelicht hoe de rekenregel in de praktijk uit werkt. Wij begrijpen de te hanteren rekenregel niet.	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
Door de dreigende kostenstijgingen zullen marges scherp onder druk komen te staan, waardoor noodzakelijk investeringen mogelijk niet ten uitvoer gebracht kunnen worden. Daar waar de reserves nu nog voldoen, zullen deze in de toekomst mogelijk fors slinken. In de beoordeling van de hardheidsclausule wordt alleen terug gekeken naar de huidige financiële situatie van de zorgaanbieder. Is het zorgkantoor bereid ook de toekomstige situatie te bekijken waarbij rekening gehouden wordt met slinkende marges en afbouw van reserves?	U geeft aan dat we bij de beoordeling van de hardheidsclausule alleen terugkijken. Dit is niet het geval. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.
In de tekst is opgenomen: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Wat verstaat u onder financiële positie? Wat zijn de onderdelen van de financiële positie, er staat namelijk onder meer het eigen vermogen, maar wat is het nog meer? Wat is de norm voor het eigen vermogen, zodanig dat de hardheidsclausule wordt toegepast?	<p>Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van</p>

	<p>eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>In de tekst is opgenomen: Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Wat zijn de normen die u hierbij hanteert? Op welke wijze heeft u die norm bepaald? Welke organisaties zijn betrokken bij het bepalen van deze norm?</p>	<p>Het klopt dat we een aantal normen hanteren bij de beoordeling van de aanvraag, onder meer financiële positie en doelmatigheid.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>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 t.o.v. 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 HHC.</p> <p>Een en ander is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>In de tekst over de hardheidsclausule is opgenomen: Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er wordt een contract voor 3 jaar afgesloten. Waarom gelden de afspraken over de hardheidsclausule dan maar voor 1 jaar?</p>	<p>De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw op grond van de actuele situatie beoordeeld.</p>
<p>Op pagina 7 onder de hardheidsclausule wordt aangegeven dat de financiële reserves betrokken worden bij de beoordeling. Welke</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken</p>

<p>financiële reserves worden bedoeld en op welke manier worden deze meegerekend bij de beoordeling?</p>	<p>wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Wordt er in de toetsing van de hardheidsclausule rekening gehouden met alleen het zorgexploitatiedeel? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.</p>
<p>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?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>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 ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>Bij een beroep op de hardheidsclausule zal bij de financiële positie onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wat is volgens u de vereiste omvang van het eigen vermogen? Neemt u ook de effecten van de toepassing van de tariefsystematiek op de liquide middelen in ogenschouw?</p>	<p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan</p>

	<p>verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Op welke wijze beoordeelt u de financiële positie van een organisatie in relatie tot de gegevens die nodig zijn voor de hardheidsclausule? Van welke gegevens maakt u hiervoor gebruik?</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie.</p> <p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.</p>
<p>De hardheidsclausule vraagt dat een zorgaanbieder doelmatige zorg levert. Kunt u een definitie geven van doelmatige zorg? Kunt u referentie gegevens van andere aanbieders aanleveren van doelmatigheid om een goed vergelijk te kunnen maken? Tevens geeft het Zorgkantoor aan te letten op mogelijke operationele verbeteringen en verbeteringen in de organisatiestructuur. Hoe beoordeelt u dit? Aan de hand van welke criteria? En gaat het Zorgkantoor met deze wijze van werken niet op de stoel van de bestuurder zitten. Hoe kijkt u hier naar?</p>	<p>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 t.o.v. 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 HHC.</p> <p>De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.</p>
<p>De rekenregel waarbij een aanvraag alleen wordt 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, impliceert dat een verlies tot aan de grens van deze regel verenigbaar is met reële tarieven. Wij hebben de rekenregel</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het</p>

<p>toegepast op de kengetallen van onze laatste jaarrekening. Hieruit blijkt dat de grens voor inwerkingtreding van de hardheidsclausule in onze situatie zich bevindt op een verlies, waarbij in één jaar tijd 25% van het eigen vermogen verdampt. Op welke wijze vindt u de uitwerking van deze regel verdedigbaar en verenigbaar met het bieden van een reëel WLZ tarief? Wij maken bezwaar tegen toepassing van deze regel.</p>	<p>vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Het bevreemdt ons dat de bewijslast om aan te tonen dat zorg doelmatig geleverd wordt bij ons als instelling ligt. Is het niet aan het zorgkantoor om aan te tonen dat zorg niet doelmatig wordt geleverd?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt meegewogen of uw organisatie doelmatig werkt. Hierbij wordt in elk geval gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. 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 het wel/niet toekennen van de HHC.</p>
<p>Wanneer de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de besluitvorming over de hardheidsclausule is het ons inziens nodig dat de algemeen aanvaarde richtlijnen van bijvoorbeeld banken en externe accountants over verhouding eigen en vreemd vermogen (gedifferentieerd naar instellingen met en zonder eigen vastgoed) en werkkapitaal / liquiditeitspositie leidend zijn. Kunt u ons informeren welke normen u hiervoor per type instelling (volledig huur zorgvastgoed, mix en volledig eigendom) hanteert en op welke wijze die aansluiten bij de hiervoor genoemde richtlijnen?</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Voor de hardheidsclausule veronderstellen wij dat zorgexploitatie en vastgoedresultaat afzonderlijk berekend en getoetst worden. Klopt deze aanname?</p>	<p>Uw aanname klopt niet. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.</p>
<p>Onder het kopje hardheidsclausule beschrijft u dat indien een aanbieder onredelijk benadeeld wordt door de tarief systematiek zij hiervoor in aanmerking kan komen. Geldt dit ook voor niet passende maatwerkafspraken meerzorg beschikkingen die afgegeven zijn voor 2023 en doorlopen in 2023 en 2024? Indien niet kunt u dit nader toelichten?</p>	<p>We kijken niet afzonderlijk naar de impact van verschillende tarieven en/of afspraken. Er wordt gekeken naar de totale impact hiervan op uw organisatie.</p>
<p>In de tekst is opgenomen: Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk) richttariefpercentage en regionale</p>	<p>In zijn algemeenheid kunnen wij niet aangeven wat 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</p>

<p>aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wat verstaat u onder onredelijk benadelend effect en wie stelt vast of er sprake is van zo'n situatie?</p>	<p>beoordeeld moet worden.</p> <p>U kunt bij uw aanvraag een toelichting geven waarom er in uw situatie sprake is van een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. De zorgaanbieder levert de gevraagde informatie aan voor de aanvraag van de hardheidsclausule. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag voor de hardheidsclausule en geeft uitsluitel of we hier afspraken over maken.</p>
<p>Er staat beschreven dat er en aanvraagformulier hardheidsclausule opgevraagd kan worden. wat is de deadline van indienen ervan? Welk proces wordt doorlopen? En wat is de reactietermijn van het Zorgkantoor?</p>	<p>Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 6. De definitieve terugkoppeling op uw aanvraag HHC ontvangt u uiterlijk 21 oktober 2023.</p>
<p>Kun je gebruik maken van de hardheidsclausule als geïntegreerde GGZ instelling wanneer je een positief resultaat boekt op totaal niveau maar voor de WLZ het resultaat door de tarieven negatief is?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>In de tekst over de hardheidsclausule is opgenomen: Het is belangrijk dat u dit formulier juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Wat wordt verstaan onder de (toekomstige) financiële situatie? Welke normen hanteert u bij de bepaling van de (toekomstige) financiële situatie? Welke organisaties gebruikt u als benchmark bij het bepalen van deze norm? Hoe heeft u deze norm bepaald? En waar is deze norm gepubliceerd? En hoe is deze binnen de regio Midden-Brabant bepaald, waar dit inkoopkader betrekking op heeft?</p>	<p>Wij verwachten dat u uw begroting 2024 samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen bij uw aanvraag aanlevert. Wij gaan (onder andere) na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p>

	<p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Omdat tarieven en loonontwikkeling nog een onbekende factor zijn, is de publicatie van de hardheidsclausule en het indienen ervan bij de inschrijving onmogelijk. Zorgaanbieder vindt het bezwaarlijk dat dit ook niet op een later tijdstip kan. Bent u bereid de hardheidsclausule beschikbaar te houden totdat alle financiële parameters definitief zijn? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p>
<p>Bij de hardheidsclausule betreft u ook het vermogen van de zorgaanbieder. Het opgebouwde vermogen is echter een noodzakelijke voorwaarde voor financiers. Bent u bereid om af te zien van deze voorwaarde?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p>
<p>Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er op een doelmatige wijze zorg wordt geleverd als hij in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven aan welke norm u die doelmatigheid gaat toetsen en zou u concreet in kunnen gaan op het beoordelingskader dat u daarbij denkt te gaan hanteren?</p>	<p>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 t.o.v. 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 HHC.</p>
<p>In de bijlage wordt niet ingegaan welke procedure zal worden gevolgd als de hardheidsclausule wordt ingeroepen. Naar onze mening zou hier altijd overleg met de zorginstelling aan vooraf moeten gaan. 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</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen</p>

<p>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 tekort en/of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>De NZa tarieven 2024 worden pas in juli 2023 bekend gemaakt. In de inkoopdocumenten wordt uitgegaan van richtpercentages voor de leveringsvormen en de NHC/NIC. Daarbij is het de veronderstelling van het Zorgkantoor dat de zorgaanbieder met de genoemde percentages kan voldoen aan de inkoopisen en voorwaarden zoals die in de documenten zijn benoemd. Als zorgaanbieder is het nog niet duidelijk of de geboden percentages van het NZa-tarief ook inderdaad reële tarieven zijn. Worden de percentages aangepast als blijkt dat na publicatie van de NZa tarieven, zorgaanbieders geconfronteerd worden met niet reële tarieven om aan alle eisen en voorwaarden te voldoen? Zo nee, welke eisen en voorwaarden worden dan aangepast zodat zorgaanbieders wel reële tarieven ontvangen om aan de aangepaste eisen en voorwaarden te voldoen? De hardheidsclausule is immers alleen bedoeld voor individuele zorgaanbieders dus die is niet op deze situatie van toepassing.</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa.</p> <p>Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>Kan gedurende de hele looptijd van de overeenkomst een beroep gedaan worden op de hardheidsclausule? Dus ook na een generieke korting, een eventuele tussentijdse aanpassing van het NZa-tarief en/of % opslag? - Als u de financiële positie meeneemt, bedoelt u hier dan mee de financiële meerjarenpositie? - Wat bedoelt u met het meenemen van de organisatiestructuur en het beoordelen of hier nog operationele verbeteringen mogelijk zijn? Herbergt dit het risico in zich dat u stuurt op schaalvergroting? - Hoe beoordeelt u op er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn?</p>	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Doelmatigheid speelt tevens 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 t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet</p>

	<p>doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>Als er bijzonderheden zijn waarmee we rekening moeten houden kunt u dit toelichten bij uw aanvraag.</p> <p>Wij beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn. Het is aan de zorgaanbieder hoe deze te realiseren. Schaalvergroting kan een manier zijn om doelmatiger te werken.</p>
<p>M.b.t. de hardheidsclausule stelt u het volgende: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Voor het doen van investeringen in noodzakelijke vervangende nieuwbouw bouwt onze organisatie momenteel financiële reserves op. Het in beschouwing nemen van deze reserves zou leiden tot een 'unequal level playing field'. Om een beroep op de hardheidsclausule goed te kunnen beoordelen en wel te voorzien in een equal level playing field zou gekeken moeten worden naar de meerjarencijfers over een langere periode waarin de investering in nieuwbouw is opgenomen. - Hoe beoordeelt u deze zienswijze?</p>	<p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Het hebben van een bepaald eigen vermogen heeft niets te maken met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder (zie het vonnis 2021 waarin is geoordeeld dat de totale tariefsystematiek moet leiden tot het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief) Waarom wordt het eigen vermogen meegenomen bij de bepaling van de hardheidsclausule?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p>

	<p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Ook dit jaar reikt het Zorgkantoor weer de mogelijkheid aan voor aanspraak op de hardheidsclausule. Gezien bovenstaande zouden wij daar gebruik van kunnen maken. Echter de problemen en de hoeveelheid administratieve lasten die wij als geïntegreerde instelling hadden met het vullen van het format en het teleurstellende resultaat, opgeteld bij het feit dat de opzet van de hardheidsclausule niet echt is gewijzigd, maakt dat we daar geen resultaat van verwachten.</p>	<p>Het is aan u om te beoordelen of u een aanvraag wilt doen voor de hardheidsclausule.</p>
<p>Om aanspraak te maken op de hardheidsclausule dient de zorgaanbieder een separate Wlz exploitatie aan te bieden. Wij hebben echter meerdere financieringsstromen (Wlz, Zvw en Wmo). De kosten vanuit deze drie domeinen lopen in de bedrijfsvoering normaliter deels door elkaar heen. Welke methodiek dient de zorgaanbieder dan te hanteren om de Wlz kosten goed te kunnen separeren?</p>	<p>In het aanvraagformulier wordt toegelicht hoe de kosten te splitsen.</p>
<p>Vraag 1. Voor toepassing van de hardheidsclausule wilt u het eigen vermogen en de financiële reserves betrekken. Hoe staat dit in relatie tot uw verplichting om kostendekkende tarieven te realiseren? En welke criteria hanteert u hiervoor?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Als er sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies kijken we naar de mogelijkheden om bij te dragen vanuit het eigen vermogen. Hierbij is het uitgangspunt dat de aanvraag alleen gehonoreerd wordt 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.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Ten aanzien van de hardheidsclausule geeft u aan dat als het voor de zorgaanbieder geldende</p>	<p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend</p>

<p>tariefpercentage niet dekkend is er onder meer gekeken zal worden naar het eigen vermogen van de organisatie en de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bent u zich ervan bewust dat u wettelijk verplicht bent (jurisprudentie.) een reëel kostendekkend tarief te bieden, los van enig eigen vermogen of financiële reserves. En gaat het hier alleen om het eigen vermogen van de Wlz?</p>	<p>zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd : zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe wordt de financiële positie van een organisatie beoordeeld?</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>

<p>In het inkoopbeleid staat dat de hardheidsclausule aangevraagd moet worden uiterlijk 21 september dat is voor is de voorlopige gunning (20 oktober) is uitgesproken en wellicht voordat de tarieven 2024 door NZa zijn gepubliceerd. Als de financiële situatie van een zorgaanbieder verandert (bv. CAO stijging) of als de impact van de tariefverlaging groter is dan verwacht, kan een aanbieder dan alsnog een beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p>
<p>Wat is de onderbouwing van het zorgkantoor over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Is het zorgkantoor het met ons eens dat het hebben van eigen vermogen (dat zit in stenen en andere vaste activa en dus niet op korte termijn liquide kan worden gemaakt) niets te maken zou hebben of zou moeten hebben met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder?</p>	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p>
<p>Is het zorgkantoor voornemens om de rekenregel van de hardheidsclausule aan te passen (n.a.v. onze voorgaande vragen over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule en onze visie hierop)?</p>	<p>Nee, wij handhaven ons beleid.</p>
<p>Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom</p>

<p>organisatie. Betekent dit dat het Zorgkantoor bij teveel eigen vermogen zal overstappen op het afkomen van het eigen vermogen? Graag uw mening.</p>	<p>stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe kan de hardheidsclausule worden ingezet voor aanbieders die binnen dezelfde instelling ook intensieve ZVW zorg bieden en locaties heeft waarbij gelijktijdig beide klantpopulaties verblijven?</p>	<p>Als de gehanteerde tariefsystematiek voor de Wlz-zorg 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. Dit geldt dus niet voor Zvw-zorg. In het aanvraagformulier moeten de gegevens (Zvw/Wlz) separaat aangeleverd worden.</p>
<p>Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule. Dit omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot vaststelling van een reëel tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen.</p>	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt</p>

	<p>dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>In de hardheidsclausule staat dat in uitzonderlijke gevallen er een mogelijkheid is voor zorgaanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Echter is de kans relatief groot dat het inkoopbeleid voor een groot aantal aanbieders door de sterk stijgende kosten in combinatie met het sterk dalende tarief een onvoorzien (zoals onvoorzien wordt uitgelegd in het inkoopbeleid) gevolg heeft. Betekent dit dat de term uitzonderlijk geen verband houdt met het aantal aanbieders dat mogelijk een beroep kan doen op de hardheidsclausule? Indien er wel een verband is tussen deze voorwaarde en het aantal aanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule, maken we bezwaar.</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefssystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.</p> <p>Er is geen direct verband tussen de voorwaarden voor de hardheidsclausule en het aantal zorgaanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>In de hardheidsclausule staat dat een onvoorzien effect van het inkoopbeleid staat uitgelegd als zijnde onredelijk en onverwacht. Gezien de stijgende kosten in combinatie met de dalende richttariefpercentages ligt het wel zeker in de lijn der verwachting dat de tariefssystematiek leidt tot een niet kostendekkend tarief. Kan in dit geval dan helemaal geen beroep worden gedaan op de hardheidsclausule? Indien deze vraag met 'ja' beantwoord wordt, maken wij bezwaar.</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefssystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.</p> <p>In zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat het voorbeeld wat u aanhaalt, aangemerkt kan 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.</p>
<p>Wat is de reden dat bij de hardheidsclausule rekening wordt gehouden met het eigen vermogen van de zorgaanbieder?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te</p>

	vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.
Begroting voor 2024 Hoe ziet u dit? Ons begrotingsproces starten wij, net als de meeste zorgaanbieders pas na de inschrijvingsdatum, waarna de begroting over het algemeen in december door de Raad van Toezicht wordt goedgekeurd.	U kunt hier bij uw aanvraag voor de hardheidsclausule een toelichting op geven.
Is het voor aanbieders die zowel intramurale als extramurale zorg leveren mogelijk om de hardheidsclausule alleen in te zetten voor de extramurale producten? Zo nee, waarom niet?	Voor de beoordeling van de aanvraag hardheidsclausule wordt naar de volledige organisatie gekeken. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar intramurale en extramurale producten.
ZKR benoemt het volgende: "De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Betekent dit dat je als aanbieder dan in 2024 weer terugvalt naar het percentage dat in 2023 geldt? Zo ja, om welke reden kiest ZKR hiervoor als er uit uitvoerig onderzoek n.a.v. hardheidsclausule beoordeelt is dat het huidige percentage niet kostendekkend is?	De afspraken op basis van de hardheidsclausule gelden voor de duur van het betreffende inkoopjaar. Voor een nieuw inkoopjaar kan een aanbieder opnieuw een beroep doen op de hardheidsclausule als hij aan de genoemde voorwaarden voldoet.
Met de bijstelling van richttarief percentage worden de zorgkosten nog steeds niet 100% vergoed. Hierdoor is de kans groot dat Fivoor een verzoek zal indienen om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule, net zoals afgelopen jaren. Kan hierover vooraf afspraken worden gemaakt? Aangezien het proces achteraf tijdrovend is geweest voor beide partijen afgelopen jaar.	De procedure voor het hardheidsclausule staat beschreven in paragraaf 2.7 van het inkoopbeleid GGZ. De stappen die hier staan beschreven houden we aan zodat voor iedere zorgaanbieder het proces op dezelfde manier plaats vindt. Mocht u hier aanvullende vragen over hebben, dan kunt u deze stellen aan uw zorginkoper.

2.8 Er zijn verschillende financiële lumpsums en budgetten beschikbaar in de periode 2024 t/m 2026

Vraag	Antwoord
Kunnen jullie meer informatie geven over de MPT-prestatiecode thuiszorgtechnologie? Welke innovaties en initiatieven komen hiervoor in aanmerking? En hoe moet een zorgaanbieder bepalen welk deel van het budget hiervoor aangemerkt moet worden (Bijv. hoe vertaal je de inzet van een zorgrobot naar uren en/of kosten per cliënt)?	Zie artikel 5 lid 5 uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2023 - BR/REG-23121 voor de beschrijving van de MPT-prestatiecode thuiszorgtechnologie. Alsook artikel 5, vijfde lid onder de toelichting in de prestatiebeschrijving. Zilveren Kruis stelt de prestatiecode open voor alle technologische en digitale oplossingen. Denk bijvoorbeeld aan een medicijndispenser, beeldzorg of een dag structuur robot (dit is geen limitatieve lijst). Voorwaarde is dat de totaal gedeclareerde zorg (inclusief thuiszorgtechnologie) binnen het

	<p>budget behorende bij de gestelde indicatie moet vallen. Dat betekent dat de thuiszorgtechnologie tot substitutie van zorg moet leiden. U kunt volgens de beleidsregel maximaal 6,5 uur per klant per maand declareren op de bijbehorende prestatiecode (PV, VP of begeleiding). Voor het bepalen van de hoogte van het bedrag kijkt u naar de kosten van de thuiszorgtechnologie. U verrekent deze kosten op basis van uw tarief naar het benodigde aantal uren. Deze uren kunt u bij ons declareren.</p>
<p>Er zijn verschillende budgetten beschikbaar waarvoor het ZK de zorgaanbieder kan benaderen. Dat lijkt eenrichtingsverkeer. Hoe kan de zorgaanbieder het ZK benaderen indien het een interessant idee heeft en wat zijn de criteria voor ZK??</p>	<p>Indien u interessante ideeën heeft kunt u deze bespreken met en toetsen bij uw zorginkoper. Hiervoor zijn geen restricties of beperkingen: alle goede ideeën zijn welkom.</p>
<p>Uiterlijk 1 februari 2024 kan een aanvraag voor koploper financiering bij het ZK ingediend worden; wat kan je als zorgaanbieder nog doen als je daarna met een lumineus idee komt?</p>	<p>Om alle aanvragen voor financiering passend te maken binnen het beschikbare budget moeten we een deadline hanteren. Met een lumineus idee na 1 februari kunt u uiteraard gewoon aan de slag gaan. Wij zijn dan niet in de gelegenheid om de validatie te financieren. Een jaar later kunt u wederom een aanvraag doen voor koploper financiering.</p>
<p>Onder het kopje innovatie noemt u dat de financiering van innovatie onderdeel uitmaakt van de integrale tarieven. Welk percentage heeft u opgenomen in het tarief voor innovatie?</p>	<p>Bij het vaststellen van de integrale tarieven houdt de NZa rekening (in de NIC component) met kosten voor innovatie. Dat betekent dat er in de integrale tarieven ruimte is. Voor de precieze opbouw van het component verwijzen wij u naar de NZa.</p>
<p>Wij lezen hier dat zorgaanbieders de prestatiecode thuiszorgtechnologie kunnen declareren bij zelfstandig wonende cliënten. Deze mogelijkheid geldt voor cliënten met een MPT. Volgens ons zou thuiszorgtechnologie voor alle zelfstandig wonende cliënten herstel bevorderend, arbeidsbesparend en nuttig kunnen zijn. Hoe onderbouwt u inhoudelijk dat deze prestatiecode slechts voor MPT cliënten beschikbaar wordt en niet voor VPT cliënten?</p>	<p>De prestatiecode thuiszorgtechnologie bestaat niet voor VPT. Deze vraag kunt u aan de NZa stellen. Zij stellen de prestatiecodes op.</p>

3 Inzet op regionale ontwikkeling en samenwerking

3.1 Regionale samenwerking steeds belangrijker

Vraag	Antwoord
Naast Regionale samenwerking tussen partijen, zowel binnen de (sectoren van de) Wlz als tussen de domeinen van de regio, kan ook bovenregionale samenwerking voor bv. woonaanbod voor kleine complexe groepen nodig zijn, waarbij ook de samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten van belang is. Onderschrijft u dit belang en zo ja, kunt u dit meenemen in uw beleid?	Het zorgkantoor onderschrijft het belang van samenwerking tussen verschillende partijen, domeinen en regio's. Zie paragraaf 3.4 en 3.5.
Wordt de samenwerking van Zilveren Kruis zorgkantoor gestimuleerd. Bijvoorbeeld dat kleine organisatie met grote kunnen samenwerken? Zo ja, waar kunnen we deze in beleid terugvinden?	De samenwerking tussen zorgaanbieders wordt gestimuleerd. Zie hoofdstuk 3 van het inkoopbeleid GGZ Wlz 2024-2026 voor een verdere toelichting.

3.2 We zetten de bestaande regiobijeenkomsten voort en intensiveren de afstemming

Er zijn vragen over deze paragraaf gesteld.

3.3 We maken voor de GGZ Wlz verdiepende regiobeelden

Vraag	Antwoord
U schrijft op pagina 3 "Zorgaanbieders realiseren voldoende beschikbaarheid van ambulante ondersteuning en voorzieningen, waardoor cliënten zelfstandig kunnen wonen en er doorstromen is naar passende woonplekken." Wat wordt met voorzieningen bedoeld en wie organiseert de genoemde kennissessies over herstelgericht werken? Gaat het zorgkantoor hier niet op de verkeerde stoel zitten?	Om (onder andere) te bepalen welke ambulante voorzieningen nodig zijn in de regio, starten we samen met zorgaanbieders met het opstellen van een regiobeeld. De wijze waarop de kennissessies (om ervaringen en best practices tussen aanbieders uit te wisselen) worden georganiseerd wordt nog uitgewerkt. Het zorgkantoor heeft hier een faciliterende rol.
Kunt u aangeven hoe u andere (landelijke) regelgeving van financiers van GGZ zorg (bv. DJI, Gemeenten), dan wel sectorvreemde doelgroepen dan wel woningcorporaties etc. meeneemt in het opstellen van de regiobeelden?	Bij het opstellen van regiobeelden beperken wij ons tot ons bekende geautomatiseerde informatie uit de Wlz. Dit wordt aangevuld met informatie en inzichten van relevante partijen in de regio en verwerkt tot een gezamenlijk beeld en bijbehorende plannen en acties.
Wij lezen hier dat de inzet van een herstelcentrum als dagbesteding kan worden gefinancierd vanuit reguliere dagbesteding prestaties. Vraag: wij bieden een landelijk erkende opleiding tot ervaringsdeskundige (Howie the Harp) voor cliënten en medewerkers. Kunnen	Indien het volgen van een opleiding door een cliënt bijdraagt aan een zinvolle dag invulling, en dit ook is opgenomen in het zorgplan van de client, dan is het toegestaan dit te declareren als dagbesteding. De opleiding van Howie the Harp past hierbij uitstekend en is in lijn met onze doelstelling op herstelgerichte zorg te stimuleren. Voor de

wij deelname aan deze opleiding voor cliënten declareren vanuit de reguliere dagbesteding prestaties?	helderheid; deelname van medewerkers aan de training kan niet worden gedeclareerd vanuit de dagbesteding.
---	---

3.4 We gaan over tot concrete samenwerkingsafspraken met GGZ zorgaanbieders

Er zijn vragen over deze paragraaf gesteld.

3.5 Afspraken met gemeenten en zorgaanbieders uit andere sectoren zijn essentieel voor het leveren van passende zorg

Er zijn vragen over deze paragraaf gesteld.

3.6 We creëren financiële ruimte voor ontwikkeling in de regio en gezamenlijke regionale projecten

Vraag	Antwoord
U reserveert 0,2% van de contracteerruimte voor regionale samenwerking/initiatieven, waar er al veel tariefkortingen worden toegepast en er te weinig middelen zijn. Mogen wij ervan uitgaan dat de 0,2%, die feitelijk wordt onttrokken aan de levering van zorg, wordt ingezet voor initiatieven van zorgaanbieders die de zorgpraktijk direct ten goede komen?	De inzet van regionale middelen wordt regionaal bepaald. U bent hier zelf bij betrokken. Ook wij vinden het van belang dat dit direct ten goede komt aan de zorgpraktijk. Regionale middelen die niet worden uitgegeven vloeien terug in de contracteerruimte.

3.7 We leggen de afspraken vast in een aanvulling op de overeenkomst

Vraag	Antwoord
Op pagina 4 schrijft u dat het zorgkantoor regionale samenwerking ondersteunt door "Financiële ruimte beschikbaar te stellen voor regionale samenwerking/initiatieven". Hoe wordt deze financiële ruimte beschikbaar gesteld en hoe kan hierop aanspraak hierop gemaakt worden?	De aanspraak op het regiobudget verloopt hetzelfde als in 2023. In paragraaf 3.7 staan de details uitgewerkt.
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?	Wij verwijzen u hiervoor naar paragraaf 2.2.
In het kader van de hardheidsclausule wordt de organisatiestructuur meegenomen. Wat wordt hiermee bedoeld? Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol bij de beoordeling of de hardheidsclausule wordt goedgekeurd? Wanneer wordt op basis van de	Bij het toepassen van de hardheidsclausule wordt bekeken of de geboden zorg doelmatig is en verbeterd kan worden. Ook bekijken we de financiële positie van bedrijven of organisaties binnen hetzelfde concern. Bij het toepassen van de hardheidsclausule staat de continuïteit van zorg

organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?	aan cliënten centraal. Hierbij is op voorhand geen generieke afweging te geven, het is altijd maatwerk. Uw inkoper kan u hierover informeren.
--	---

3.8 **U informeert elkaar en ons over de voortgang van de afspraken en de uitgaven**

Vraag	Antwoord
Kan het ZK duiden wanneer wel en niet resultaten worden behaald, welke criteria worden hiervoor gehanteerd. Dit irt tot het wel of niet terug terugvorderen?	Gelden voor regionale samenwerking worden alleen teruggevorderd wanneer deze niet zijn besteed en de inspanning dus niet geleverd is. Met andere woorden: we beoordelen dit op de inspanningsverplichting.

4 We blijven in dialoog over de wijze waarop nu en in de toekomst mensen kunnen rekenen op passende zorg

4.1 In onze dialoog krijgt toegankelijkheid tot zorg een belangrijke rol

Vraag	Antwoord
Wordt er hiervan uit gegaan dat alle zorgaanbieders uitgerust zijn en daarmee bijdragen aan het leveren van complexe zorg, ook als de zorgaanbieder hier nu niet voor gecontracteerd is of wil worden?	De dialoog over kwaliteit tussen zorgaanbieder en zorgkantoor gaat over de geleverde zorg en verantwoordelijkheden die past bij de betreffende zorgaanbieder en is overeengekomen. U hoeft geen dialoog te voeren over zorg waarbij u niet betrokken bent.
Indien het kwaliteitskader nog langer dan verwacht op zich laat wachten, hoe wordt er dan over kwaliteit van zorg in een dialoog gesproken? Welke kwaliteitscriteria worden dan gehanteerd?	Zolang een kwaliteitskader uitblijft gelden de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ in de Wlz.
<i>Subparagraaf 4.1.1</i>	
Kunt u aangeven wat de specifieke wijzigingen zijn ten aanzien van meerzorg? Blijft een afgesproken max van 10 gelden voor een instelling?	Er geldt geen maximum voor een bepaald aantal cliënten.

4.2 De zorgatlas geeft een beeld van het beschikbare zorgaanbod

Vraag	Antwoord
U vraagt aan zorgaanbieders om de detailinformatie op Zorgatlas actueel te houden. Uiteraard streven wij dit na, maar in de praktijk blijkt dat er vaak sprake kan zijn van nuances die niet te beschrijven zijn in Zorgatlas waarom een cliënt niet of juist wel geplaatst kan worden op een bepaalde locatie. Hoe kunnen wij daarmee omgaan?	Wij begrijpen dat er soms elementen zijn die niet goed te beschrijven zijn in de Zorgatlas. Wij vragen u de detailinformatie in de Zorgatlas naar beste kunnen actueel te houden. Het is ook verstandig specifieke aanvullende informatie door te geven via het Klant Contact center van Zilveren Kruis Zorgkantoor, zodat deze informatie waar mogelijk mee kan worden genomen bij eventuele bemiddeling.

5 Dit zorginkoopbeleid geldt voor zorgaanbieders in de GGZ die Wlz-zorg in natura leveren

5.1 We verwachten van zorgaanbieders dat ze de zorg leveren conform richtlijnen, protocollen en veldnormen

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.2 Wij ontvangen van zorgaanbieders een inschrijving

Vraag	Antwoord
<p>In principe wordt er één overeenkomst per zorgaanbieder afgesloten. Wanneer de verschillende doelgroepen een aanzienlijk volume kennen, kunnen hiervoor afzonderlijke overeenkomsten per sector volgen.</p> <p>Onze organisatie kent een totaal van 677 bedden Wlz bedden met een verdeling van 90% VG en 10% GGZ.</p> <p>Wat is het minimale percentage/omslagpunt (volume) waarbij je een afzonderlijk verzoek kunt indienen per sector?</p>	<p>Er is hiervoor géén minimaal percentage / omslagpunt benoemd. U kunt hiervoor in overleg met uw zorginkoper om de voor- en nadelen van deze keuze af te wegen.</p>
<p>Het inkoopbeleid vermeldt dat zorgaanbieders op eigen verzoek afzonderlijke overeenkomsten per sector kan afsluiten. Wanneer de zorgaanbieder kiest voor 1 overeenkomst kan het zorgkantoor dit op verzoek bijstellen?</p>	<p>Het besluit om te kiezen voor afzonderlijke overeenkomsten per sector wordt gemaakt in gezamenlijk overleg tussen de zorgaanbieder en zorginkoper.</p>
<p>Kunnen we inschrijven op meerdere sectoren VG en GGZ?</p>	<p>We sluiten in principe één overeenkomst per zorgaanbieder. Deze overeenkomst kan voor verschillende regio's en sectoren gelden. Wanneer de verschillende doelgroepen bij een zorgaanbieder een aanzienlijk volume kennen, kunnen zorgaanbieders op eigen verzoek afzonderlijke overeenkomsten per sector met ons sluiten. Stuur u dan voor 8 juli 2023 een verzoek naar zorginkoopwlv@zilverenkruis.nl en uw zorginkoper. Uw inkoper gaat hierover met u in gesprek met het oog op de administratieve gevolgen.</p>
<p>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?</p>	<p>Wij begrijpen dat het invullen van de inschrijving in VECOZO plaatsvindt in een vakantie maand. Het is moeilijk in te schatten hoeveel tijd de inschrijving precies gaat kosten. Het grootste deel van de inschrijving bestaat uit het doorlopen van de vragen uit de Bestuursverklaring (bijlage 3A bij het Inkoopbeleid).</p>

<p>We sluiten in principe één overeenkomst per zorgaanbieder. Kan dit contract en voor GGZ (GGZW) en GZ (VG) binnen 1 overeenkomst vallen?</p>	<p>De overeenkomst kan voor verschillende regio's en sectoren gelden. De zorgaanbieder schrijft wel in op één sector, namelijk de sector waar het merendeel van hun klanten deel van uitmaakt (de hoofdsector).</p>
<p>Wanneer je cliënten in GZ en GGZ hebt (ongeveer evenveel), kan je dan een overeenkomst aangaan voor beide doelgroepen?</p>	<p>We sluiten in principe één overeenkomst per zorgaanbieder. Deze overeenkomst kan voor verschillende regio's en sectoren gelden. De zorgaanbieder schrijft in op de sector waar het merendeel van hun klanten deel van uitmaakt (de hoofdsector).</p> <p>Wanneer de verschillende doelgroepen bij een zorgaanbieder een aanzienlijk volume kennen, kunnen zorgaanbieders op eigen verzoek afzonderlijke overeenkomsten per sector met ons sluiten. Stuur u dan voor 8 juli 2023 een verzoek naar zorginkoopwlz@zilverenkruis.nl en uw zorginkoper. Uw inkoper gaat hierover met u in gesprek met het oog op de administratieve gevolgen. De keuze die u maakt is leidend voor de langere termijn en kunt u, zonder wijzigingen in uw zorgaanbod, niet jaarlijks herzien.</p>

5.3 Via persoonsvolgende bekostiging betalen we zorgaanbieders voor de zorg die zij leveren

Vraag	Antwoord
<p>Indien de vraag de beschikbare contracteerruimte overschrijdt, wat is dan de systematiek die het zorgkantoor hanteert? Worden er dan wachtlijsten aangelegd of wordt de client toch geplaatst bij een zorgorganisatie? Wordt deze dan gedurende de herschikking meegenomen en wat als de nacalculatie niet tot dekking van de geleverde zorgkosten leidt?</p>	<p>Indien er sprake is van een overschrijding van de contracteerruimte is ons uitgangspunt dat we het volledige geld-volgt-klant model omzetten naar productieafspraken. Wij noemen dit een tussentijdse herschikking. Wij hanteren daarbij een marge van 1%. Productie boven deze tussentijdse herschikking wordt daarmee (tijdelijk) onzeker. Bij de definitieve herschikkingsafspraken bekijken wij of er toch voldoende financiële middelen zijn om alle zorg te vergoeden. Als er sprake is van overproductie ten opzichte van deze herschikkingsafpraak, dan hopen wij dat er bij de nacalculatie landelijk voldoende middelen zijn om deze overproductie alsnog te vergoeden. Wij hebben helaas geen invloed op de vergoedingen na de herschikking. Wij blijven graag met u in gesprek over de eventuele gevolgen van een overschrijding van de omvang van de afspraak.</p>

5.4 **Het geld-volgt-klant model geldt voor alle leveringsvormen**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.5 **In het budgetformulier leggen we geen afspraken over prijs en volume vast**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.6 **Persoonsvolgendheid gaat gepaard met een wederzijdse informatieplicht**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.7 **Samen houden we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar**

Vraag	Antwoord
Zou de forse groei bij de kosten voor meerzorg in de afgelopen jaren kunnen duiden op een niet passende indicatie?	Meerzorgkosten kunnen alleen worden gemaakt bij een beperkt aantal indicaties. Wij herkennen niet dat de indicaties hierbij niet passend zijn.
<i>Subparagraaf 5.7.1</i>	
Wanneer kunnen we deze analyses verwachten?	Analyses op meerzorg worden alleen gedeeld met zorgaanbieders die ook daadwerkelijk meerzorg bieden. Meerzorg maakt daarnaast als onderwerp deel uit van de spiegelinformatie die u via uw zorginkoper kunt opvragen.
<i>Subparagraaf 5.7.2</i>	
Worden er vooraf afspraken gemaakt tussen zorgkantoor en zorgaanbieder(s) over de aan te leveren data en/of te monitoren gegevens, waarnaar gevraagd kan worden in evaluaties en materiële controles? Zo ja, kunt u dit opnemen in uw beleid?	Bij Meerzorg afspraken staat vooraf vast welke informatie moet worden aangeleverd. Voor materiele controle geldt een informatieplicht op grond van wet- en regelgeving. De aan te leveren informatie varieert per situatie.

5.8 **De prestaties die we afspraken in 2023 vormen de basis voor 2024 en verder**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.9 **Voor zorg thuis met een MPT stimuleren we de inzet van thuiszorgtechnologie**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.10 Zorgaanbieders declareren de best passende en meest doelmatige leveringsvorm

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.11 Wij maken met zorgaanbieders afspraken over plekken inclusief en exclusief behandeling

Vraag	Antwoord
<p>GGNet levert als geïntegreerde instelling zowel integrale zorg en modulaire zorg sinds 2021. Dat willen zeggen binnen de beschermde woonvormen levert het modulaire zorg en komt zowel de GGZ behandeling als de specifieke behandeling ten laste van de Zvw en binnen de klinieken levert het integrale zorg waar de GGZ behandeling en specifieke behandeling ten laste komt van de Wlz. Dit is conform de Informatiekaart Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl), waarin staat dat beide modellen naast elkaar mogen en de keuze voor beide of 1 van beide in overleg gaat tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. In passage 5.11 van het Inkoopbeleid Zilveren Kruis (P34 – resultaatafspraken integraal versus modulair) lijkt het echter dat geïntegreerde zorgaanbieders enkel inclusief behandeling mogen bieden. “Geïntegreerde zorgaanbieders maken soms modulaire afspraken, waarbij de behandeling van de cliënt ten laste komt van de Zvw. Dit kan alleen in uitzonderingsgevallen en alleen na instemming van de zorginkoper. De komende beleidsperiode gaan we deze afspraken strikt toepassen.” . De veronderstelling dat geïntegreerde instellingen in principe alleen inclusief behandeling mogen bieden is ons inziens niet juist en wij zien graag een tekstuele aanpassing of verduidelijking hiervan.</p>	<p>In het huidige zorginkoopbeleid (Inkoopbeleid Wlz 2021-2023 met aanvullingen 2022-2023) is het al de bedoeling dat geïntegreerde zorgaanbieders hun zorg inclusief behandeling leveren (paragraaf 2.4.2). Dit gebeurt nog niet door alle aanbieders. Zilveren Kruis wil dat - conform de bedoeling van de Wlz - dit wel gebeurt en gaat dit daarom strikt toepassen.</p> <p>Uit vragen en enkele bezwaren maken wij op dat dit voor aanbieders een grote stap is om in één keer te realiseren. Zowel operationeel als financieel. Om hierin tegemoet te komen passen wij dit beleid aan en bieden zorgaanbieders de gelegenheid dit in stappen te realiseren.</p> <p>We verwachten van geïntegreerde aanbieders dat zij hierop meetbare resultaten laten zien. Om zorgaanbieders hiervoor de tijd en ruimte te bieden kunnen aanbieders dit in twee evenredige stappen doen. Concreet betekent dit dat 1 januari 2025 tenminste de helft van de cliënten die nu nog de leveringsvorm modulaire zorg ontvangen vanaf die datum zorg inclusief behandeling ontvangen. Vanaf 1 januari 2026 dienen alle cliënten in geval van behandeling Wlz zorg inclusief behandeling te krijgen. Uitzondering op dit beleidsuitgangspunt is de situatie waarin de cliënt een behandelaar kiest die niet bij de geïntegreerde aanbieder werkt en zelfstandig haar behandeling declareert via Zvw of Wlz.</p> <p>Mocht in de toekomst een verplichte overheveling van behandeling gaan plaatsvinden via beleidsregels van de NZa, dan is deze verplichting leidend.</p>

5.12 We werken graag samen met u aan een optimale beschikbaarheid en inzetbaarheid van de medisch generalistische zorg

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

Merken nu al dat het lastig is om in bepaalde regio's deze zorg te vinden omdat deze zorgorganisaties te weinig gecontracteerd zijn. Hoe gaat het Zk hiermee om als de zorg in de regio niet toereikend is?

Wanneer er onvoldoende medisch generalistische zorg beschikbaar is dan horen we dit graag. U kunt dit bij uw zorginkoper melden. Mogelijk is dit ook van belang om regionaal in te brengen om te bezien of hier een incidenteel of structureel probleem is en welke aanpak hierbij dan helpend is.

5.13 **We stimuleren digitale gegevensuitwisseling**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

5.14 **We bieden de mogelijkheid voor afspraken op maat**

Er zijn geen vragen over deze paragraaf gesteld.

6 Voor een overeenkomst voor de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

Vraag	Antwoord
<p>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?</p>	<p>"Het is van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Wij zijn van mening dat de gestelde termijn een haalbare inspanning vraagt van zorgaanbieders."</p>
<p>Zorgaanbieder acht de termijn voor het stellen van vragen of het maken van bezwaar te kort, zeker gelet op de omstandigheid 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?</p>	<p>Wij gaan niet akkoord met het instellen van een tweede ronde voor de Nota van Inlichtingen. Wij streven ernaar via de Nota van Inlichtingen, die uiterlijk 7 juli 2023 wordt gepubliceerd, bestaande onduidelijkheden zo veel mogelijk weg te nemen. Zoals in paragraaf 6.6 omschreven geldt na publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli 2023 een vervaltijd van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure, indien zorgaanbieders het niet eens zijn met het inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen.</p>
<p>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?</p>	<p>Zilveren Kruis gaat bij deze inkoopprocedure uit van de aanbestedingsrechtelijke beginselen, althans de precontractuele redelijkheid en billijkheid. Voor meer informatie hierover, verwijzen wij u naar paragraaf 6.1 van het Inkoopbeleid Wlz Geestelijke Gezondheidszorg.</p> <p>Zorgkantoren kunnen niet transparanter zijn dan zij nu zijn, omdat zij de betreffende informatie ook nog niet hebben. 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.</p> <p>Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.</p>
<p>De mogelijkheid tot stellen van vragen is tot 15-06-2023 12.00. Alle stukken zijn pas op 1 juni in</p>	<p>Het is van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig</p>

<p>de namiddag gepubliceerd. Dat geeft de Zorgaanbieders slechts zeer beperkt tijd om de stukken grondig te lezen en vragen te formuleren. Kunt u de termijn i.v.m. het proportionaliteitsbeginsel met een week verlengen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Wij zijn van mening dat de gestelde termijn een haalbare inspanning vraagt van zorgaanbieders. Wij passen de procedure niet aan.</p>
<p>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?</p>	<p>Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering. Dit betekent dat zorgaanbieders ook in het geval dat er een kortgeding is aangespannen een inschrijving moeten indienen.</p>
<p>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 drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel 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?</p>	<p>Het uitgangspunt voor bestaande zorgaanbieders die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hadden is een meerjarige overeenkomst. Indien u toch een eenjarige overeenkomst wil sluiten, kunt u dit uiterlijk 8 augustus 2023 aangeven bij uw zorginkoper.</p>
<p>Tijdpad: Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 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?</p>	<p>De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is dat wij daarmee nog een werkdag extra hadden om de vragen te kunnen verwerken, gelet op de geplande publicatiedatum 7 juli 2023.</p>
<p>Komt er naar aanleiding van uw antwoorden op de vragen, een vervolg mogelijkheid om vragen te stellen? We zouden ons voor kunnen stellen dat uw antwoorden opnieuw vragen oproepen.</p>	<p>Er komt geen vervolg-mogelijkheid om vragen te stellen.</p>
<p>We verzoeken u artikel 5.4.4 van het Voorschrift zorgtoewijzing aan te passen zodat van zorgaanbieders niet wordt verlangd dat zij elkaar gaan aanspreken op verplichtingen of verantwoordelijkheden die het zorgkantoor aan aanbieders oplegt. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.</p>	<p>Het Voorschrift zorgtoewijzing is geen document dat op 1 juni 2023 is gepubliceerd en valt hierdoor niet onder deze Nota van Inlichtingen. Bovendien merken wij op dat wij in het huidige Voorschrift geen paragraaf met de aanduiding '5.4.4' tegenkomen.</p>
<p>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</p>	<p>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.</p>

zorgtoewijzing nog een Nota van Inlichtingen volgt? Graag uw besluit motiveren.	
Bijlage 6 is op dit moment (12-6-23) niet gepubliceerd. Wat maakt dat u deze niet tijdig gepubliceerd heeft? Wat zijn de gevolgen van het niet tijdig publiceren? Graag uw toelichting.	Dit document kent een andere cyclus van herziening. Dat het Voorschrift zorgtoewijzing later wordt gepubliceerd, heeft verder geen gevolgen. Zodra het wordt gepubliceerd zal het conform de bepalingen in de overeenkomst automatisch onderdeel worden van de overeenkomst.
Het Voorschrift zorgtoewijzing ontbreekt nog. Daarmee is het onmogelijk om zicht te hebben op hetgeen artikel 1, lid 1 van deel III (zorglevering) en artikel 6 van deel III (zorgweigeren en -beëindiging) voor de zorgaanbieder zou kunnen betekenen. Op welke wijze wordt de zorgaanbieder in staat gesteld om vragen over dit Voorschrift te stellen nu dit niet kan d.m.v. de Nota van Inlichting en op welke wijze kan zij eventueel inhoudelijk bezwaar tegen dit Voorschrift aantekenen?	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 dan wel om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen.
Graag houden wij de mogelijkheid over om additionele vragen te stellen zodra dit document (het Voorschrift zorgtoewijzing) beschikbaar komt.	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.
Wanneer wordt Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing Wlz gepubliceerd? Over dit document kunnen nu geen vragen gesteld worden. Op welke wijze ondervangt u dit hiaat?	Naar verwachting zal het Voorschrift zorgtoewijzing eind 2023 gepubliceerd worden. 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.
U biedt een richttarief aan dat is gebaseerd op de NZa-tarieven die omstreeks 1 juli 2023 pas bekend worden gemaakt. Op dat moment kunnen aanbieders geen vragen meer stellen. De werkelijke tarieven zijn met het inkoopbeleid dus nog niet inzichtelijk. U heeft slechts één Nvl voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde Nvl te organiseren (nog afgezien van het feit dat verwacht kan worden dat gegadigden zeer veel vragen zullen stellen tijdens de Nvl over de procedure en dit al een reden zou moeten zijn om een tweede en zelfs derde Nvl ronde te organiseren). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
De 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	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.

inkoopbeleid 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 het zorgkantoor en de zorgaanbieders. - Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	
Klopt het dat bestaande zorgaanbieders geen VOG rechtspersonen hoeven aan te vragen en dat dit verzoek enkel geldt voor nieuwe zorgaanbieders?	Een bestaande zorgaanbieder moet hier conform de bestuursverklaring over beschikken. Deze hoeft door een bestaande zorgaanbieder niet aangeleverd te worden bij de inschrijving. Een nieuwe zorgaanbieder dient wel een VOG RP aan te leveren en deze mag niet ouder zijn dan een jaar op het moment van inschrijving.

6.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Vraag	Antwoord
Benoemd wordt dat nog te publiceren documenten integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst. We kunnen niet instemmen met nog nader te publiceren documenten aangezien de inhoud en impact hiervan vooraf niet bekend zijn. Hiertegen hebben wij bezwaar.	Wij nemen aan dat vraagsteller hier op het nog niet gepubliceerd zijn van het Voorschrift zorgtoewijzing doelt. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Beide onderdelen kunnen van invloed zijn op de inhoud van het Voorschrift zorgtoewijzing. Dit is de reden dat deze later wordt gepubliceerd.
De mogelijkheid tot stellen van vragen is tot 15-06-2023 12.00. Alle stukken zijn pas op 1 juni in de namiddag gepubliceerd. Dat geeft de zorgaanbieders slechts zeer beperkt tijd om de stukken grondig te lezen en vragen te formuleren. Kunt u de termijn met een week verlengen? Zo nee, waarom niet?	Nee, we hebben de termijn niet met 1 week verlengd.
Na publicatie van de nota van Inlichtingen is er nu geen mogelijkheid om n.a.v. de gegeven vragen aanvullende vragen te stellen. Hierdoor kunnen voor de zorgaanbieders nog onduidelijkheden blijven bestaan. Kunt u een tweede vragenronde met een tweede Nota van Inlichtingen opnemen in uw procedure? Zo nee, waarom niet?	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.
De NZa tarieven zijn op dit moment nog niet bekend. Voor het Contracteerproces betekent dit dat er geen volledige transparantie is. Het is	Nee, de zorgkantoren passen hierop niet de inkoopprocedure aan en zullen geen extra mogelijkheid creëren om vragen te stellen. Zoals

<p>daarom niet mogelijk te weten waar een zorgaanbieder voor tekent. Is het zorgkantoor bereid de inkoopprocedure aan te passen zodat er na de bekendmaking van de NZa tarieven nog voldoende mogelijkheden zijn om vragen te stellen en na te gaan wat de impact is van de tarieven?</p>	<p>ieder jaar publiceert de NZa pas op of rond 1 juli de tarieven. Zorgkantoren hanteren bepaalde termijnen omdat het inkoopproces tijdig afgerond moet worden i.v.m. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.</p>
<p>Door deelname aan de inkoopprocedure verklaren zorgaanbieders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid - waaronder de Nota van Inlichtingen - beschreven inkoopprocedure. Hoe kan men volledig akkoord gaan als de inhoud niet volledig transparant en duidelijk is. Omdat er geen andere keuze is, word je gedwongen onder protest en bezwaar akkoord te gaan.</p>	<p>Hier wordt geen vraag gesteld.</p>
<p>Ziet het zorgkantoor de CAO ontwikkelingen, en/of de recente ontwikkelingen met betrekking tot de NZa-tarieven, en/of de wijziging van indexatie van de NZa tarieven als onvoorziene omstandigheden die reden geven om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen? Licht uw antwoord toe.</p>	<p>Op de vraag of deze ontwikkelingen als onvoorziene omstandigheden gezien moeten worden, kunnen wij niets zeggen omdat het nu eenmaal inherent aan onvoorziene omstandigheden is dat ze niet te voorspellen zijn.</p>
<p>Kunt u bevestigen dat de wijziging van de tijdsplanning niet kan betekenen dat aanbieders minder lang de tijd hebben.</p>	<p>Bij wijziging van de tijdsplanning zullen wij, voor zover mogelijk, rekening houden met de belangen van alle partijen. Daarbij zijn wij wel gebonden aan de termijnen m.b.t. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.</p>
<p>Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of • Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of • Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. <p>Dit is een volledige dekking van financieel, juridisch risico door het zorgkantoor. Welke mogelijkheden hebben de aanbieders om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden?</p>	<p>Wij willen hier benadrukken dat zorgkantoren een dergelijk recht niet lichtvaardig zullen uitoefenen. Er dient sprake te zijn van onvoorziene omstandigheden dan wel maatregelen van de overheid die een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure noodzakelijk maken. Voor zorgaanbieders zien wij geen mogelijkheden om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden.</p>
<p>Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing toe te passen, naar</p>	<p>Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing of de huidige planning inclusief termijnen bijgesteld zal</p>

<p>aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen. Welke termijnen hanteren de zorgkantoren bij dergelijke aanpassingen/correcties? Gelden hiervoor ook de afspraken m.b.t. indienen van vragen en bezwaren zoals in deze aanbesteding? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>moeten worden en zo ja in welke mate. Daar kan op voorhand niet iets over gezegd worden. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.</p>
<p>We merken dat de zorgkantoren hebben gekozen voor een procedure met één nota van inlichtingen. Dit bevreedt ons. Gelet op het belang, maar ook op een zorgvuldig proces, gaan wij ervan uit dat wij in de gelegenheid gesteld worden naar aanleiding van de antwoorden nog te kunnen reageren, omdat dit van invloed kan zijn op het inkoopkader. Hoe kijkt u hier tegenaan?</p>	<p>Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.</p>
<p>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 gezien wij zorg leveren in verschillende zorgkantoorregio's. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat wij duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.</p>
<p>Onderaannemers moeten bij inschrijving gemeld worden. Dit geldt ook voor zzp'ers. Deze bepaling strijdt met artikel 11 lid 1 van de overeenkomst die luidt: het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt. Daarnaast is de vraag voldoet deze bepaling, gelet op de arbeidsmarkt, aan de voorwaarden van doelmatigheid en proportionaliteit?</p>	<p>Wij zijn het niet met vragensteller eens. In de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 van de NZa is in Artikel 9 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders het volgende opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p> <p>(....) Toelichting (....) Artikelsgewijs (....) Artikel 9, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of</p>

	<p>bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p> <p>Wij krijgen geenszins de indruk dat ZZP'ers van de informatieverstrekking inzake onderaanneming aan het zorgkantoor uitgezonderd zouden zijn. Zie voor de wijze van melden de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Daarin kunt u lezen dat u geen namen e.d. van ZZP'ers hoeft te vermelden; wel moet u een opgave doen van de te verwachten inzet door ZZP'ers.</p>
--	--

6.2 Vragen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid kunt u stellen tot en met 15 juni 12:00 (stap 2)

Er zijn geen vragen gesteld over deze paragraaf.

6.3 U kunt tot en met 15 juni 12:00 uur bezwaar aantekenen tegen het inkoopbeleid Wlz 2024-2026 (stap 3)

Er zijn geen vragen gesteld over deze paragraaf.

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

Vraag	Antwoord
Kunt u aangeven waarom er is gekozen voor dezelfde deadline van het indienen van bezwaar en indienen van de vragen voor de Nvl? Dit geeft geen ruimte om antwoorden op vragen af te wachten waardoor informatie onvolledig is. Kan de bezwaartermijn worden uitgesteld?	Wij zijn van mening dat de gestelde termijnen een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders. Daarnaast is het van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Zoals in paragraaf 6.6 omschreven geldt na publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli een vervalttermijn van 20 kalenderdagen voor het starten van een kortgedingprocedure, indien zorgaanbieders het niet eens zijn met het inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen.
In het Inkoopbeleid wordt gesteld dat aanbieders alleen een rechtsgeldig beroep kunnen doen op o.a. bezwaren die door henzelf, als individuele zorgaanbieder, uiterlijk 15-06-2023 12:00 aan de orde zijn gesteld. Daarna wordt aangegeven dat er een vervalttermijn is van 20 kalenderdagen na de dag van de	Zilveren Kruis streeft er naar de bezwaren zo snel mogelijk na publicatie van de Nota van Inlichtingen af te handelen.

<p>publicatie van de Nota van Inlichtingen is, om een kortgedingprocedure te starten als een zorgaanbieder het niet eens is met het Inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen. Binnen het Inkoopbeleid ontbreekt echter de datum waarop het zorgkantoor reactie zal geven op ingediende bezwaren. Gezien de gehanteerde vervaltermijn van 20 kalender dagen voor het starten van een kortgedingprocedure ook van toepassing is voor bezwaren is het redelijkerwijs noodzakelijk dat de reactie op ingediende bezwaren op dezelfde datum wordt gecommuniceerd als de publicatie van de (tweede) Nota van Inlichtingen. Kunt u dit opnemen in het Inkoopbeleid?</p>	
---	--

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

Vraag	Antwoord
<p>U stelt dat veel voorkomende vragen niet letterlijk opgenomen en beantwoord zullen worden. Het kan daarmee zijn dat een Zorgaanbieder zijn vragen niet beantwoord ziet worden zoals hij de vraag gesteld heeft. Hoe borgt u dat alle Zorgaanbieders op hun vragen gerichte antwoorden krijgen? En welke mogelijkheid heeft de Zorgaanbieder als hij zijn vraag niet beantwoord ziet om zijn vraag nogmaals in te dienen?</p>	<p>Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van een antwoord voorzien. Hierdoor verwachten wij dat alle zorgaanbieder een passend antwoord op hun vraag aantreffen. Als dit niet het geval is, kunt u hierover contact opnemen met uw inkoper.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>De door andere zorgaanbieders ingediende vragen/bezwaren en uw antwoorden daarop kunnen nieuwe vragen/bezwaren oproepen. Uit het oogpunt van rechtsgelijkheid verzoeken wij u daarom andere zorgaanbieders ook de mogelijkheid te bieden om bezwaren in te dienen n.a.v. door andere zorgaanbieders gestelde vragen. Kunt u ons verzoek inwilligen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In de Nota van Inlichtingen publiceren wij de vragen die voor iedereen van belang zijn. Deze Nota van Inlichtingen maakt vervolgens integraal onderdeel uit van ons inkoopbeleid. Indien de Nvl voor u aanleiding is om een kortgedingprocedure te starten, dient u te kunnen aantonen dat u aan uw vragenstelverplichting heeft voldaan.</p>

6.7 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen

Er zijn geen vragen gesteld over deze paragraaf.

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

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 6.8.1</i>	
Ik kan geen Zorginkoop 2024 in de Vecozo omgeving vinden, hoe kan ik meedoen met de inschrijving?	De inkoopapplicatie voor de inschrijving wordt opengesteld op 7 juli 2023.
Kan bovenstaand probleem worden veroorzaakt omdat wij een Nza en AGB code hebben voor Menzis Zorgkantoor en nog niet voor Zilveren Kruis?	Nieuwe zorgaanbieders bij Zilveren Kruis kunnen via het aanvraagformulier aangeven dat zij zich willen inschrijven. Het aanvraagformulier kunt u vinden bij downloads op onze website. Zij ontvangen dan een instructie hoe zij zich kunnen inschrijven. Wanneer er al sprake is van een AGB code, kan deze op verzoek worden gekoppeld. U kunt hiervoor (naast bovengenoemde procedure) ook een bericht sturen naar contractadministratiewlz@zilverenkruis.nl .
Wij zijn sinds dit jaar een bestaande aanbieder, moet ik mij nu toch als nieuwe zorgaanbieder melden via het vragenformulier?	Wanneer u al een overeenkomst heeft bij Zilveren Kruis voor het gehele jaar 2023 of een deel van 2023, dan hoeft u niet de procedure te volgen via het vragenformulier voor nieuwe zorgaanbieders. Wij zien u dan als een bestaande zorgaanbieder. Wanneer u enkel een overeenkomst heeft met een ander zorgkantoor en niet met Zilveren Kruis, dan volgt u de procedure voor 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor'. Deze aanbieders melden zich ook via het vragenformulier.
<i>Subparagraaf 6.8.2</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.3</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.4</i>	
Klopt het dat een bestaande zorgaanbieder alleen een inschrijving KvK en een UBO hoeft aan te leveren bij een volledig aan te leveren Bestuursverklaring 2024? De andere eisen voor de bestuursverklaring zijn alleen voor nieuwe aanbieders?	Nee, een bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' dient alleen de gehele, ingevulde en ondertekende bestuursverklaring aan te leveren of als deze in een digitale vragenlijst is verwerkt, de vragen te beantwoorden en het geheel digitaal te ondertekenen. Aanvullende documenten hoeven niet te worden aangeleverd; ook niet een afschrift

	<p>van inschrijving in het Handelsregister van de KvK en een afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register.</p>
<p>Op moment van inschrijven moeten zorgaanbieders voldoen aan de vigerende Governance code Zorg. Op welke wijze moeten we dat bij inschrijving aantonen?</p>	<p>Als bestaande aanbieder moet u hieraan voldoen. U verklaart door ondertekening van de bestuursverklaring dat u eraan voldoet.</p> <p>Als nieuwe aanbieder dient u hieraan te voldoen (uiterlijk op moment van zorglevering). In de statuten die een nieuwe aanbieder bij inschrijving moet aanleveren, moet de vigerende Governance code Zorg geborgd zijn. Zie het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders voor de nadere details.</p>
<p>Voor de bestuursverklaring dient aangegeven te zijn dat er een afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register is dat beheerd wordt door de KvK. In onze organisatie is recent een bestuurderswissel geweest. Een wijziging in het UBO is in aanvraag, maar op moment van inschrijven is nog niet helder of deze is verwerkt. Als de aanvraag nog niet is verwerkt kan het vinkje worden gezet voor het onderdeel 'De zorgaanbieder heeft zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register ingeschreven, voor zover daartoe verplicht.'?</p>	<p>Uw vraag ziet op de situatie dat de aanvraag wijziging UBO('s) op het moment van inschrijving nog niet is verwerkt.</p> <p>In dat geval vragen wij u een afschrift van de inschrijving UBO('s) in het UBO-register op dat moment met uw inschrijving mee te sturen en daarbij te vermelden dat dit afschrift niet de werkelijke situatie weergeeft maar dat u – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – een nieuw afschrift zult nasturen.</p> <p>Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft.</p> <p>Mocht deze laatste situatie van het niet kunnen aanvragen van een afschrift aan de orde zijn, dan vragen wij u naast de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, de bevestiging van de oude UBO-registratie met toelichting met uw inschrijving mee te sturen en – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – de bevestiging van de nieuwe UBO-registratie na te sturen.</p> <p>Als u zich aan het bovenstaande houdt, kunt u het vinkje bij dit onderdeel zetten.</p>
<p>Klopt het dat bestaande aanbieders met een lopend contract dit jaar geen instemmingsverklaring hoeven in te dienen, maar dat de instemmingsverklaring slechts geldt voor de jaren 2025 e.v. bij een doorlopende overeenkomst?</p>	<p>Ja, dit klopt.</p>

<p>Maken de tariefpercentages zorg en het tariefpercentage NHC/NIC deel uit van dit perspectief?</p>	<p>Uit uw vraag is niet te herleiden welk perspectief u bedoelt. Derhalve kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.</p>
<p>Leidt de ‘instemming’ met het perspectief tot beperkingen in de mogelijkheden van het stellen van vragen over het inkoopbeleid in de komende jaren? Wij refereren daarbij aan de afgelopen jaren, waarbij vragen stellen beperkt werd tot gewijzigde onderdelen van het inkoopbeleid. Als dat zo is, dan hebben we daar bezwaar tegen, want ook gewijzigde omstandigheden kunnen leiden tot een ander inzicht op het inkoopbeleid en leiden tot nieuwe vragen en bezwaren over het inkoopbeleid dat op zichzelf ongewijzigd wordt voortgezet.</p>	<p>Bij inschrijving op een inkoopprocedure op grond van een meerjarig inkoopbeleid waarbij er later sprake is van gewijzigd beleid, kunnen er bij bekenmaking van dat gewijzigde beleid alleen vragen worden gesteld over de betreffende wijzingen.</p>
<p>In 3.3 geeft u aan dat Bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’, in aanmerking komen voor een overeenkomst voor 3 jaar, waarbij het zorgkantoor eenzijdig 2 keer met 1 jaar kan verlengen. Kunt u aangeven welke criteria u hiervoor aanhoudt? Verder is onduidelijk of een zorgaanbieder die verlenging moet accepteren en onder welke voorwaarden die verlenging dan geaccepteerd moet/kan worden. Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt. Het gaat verder om een eenzijdige verlengingsmogelijkheid van het zorgkantoor. Wanneer de zorgaanbieder inschrijft op de inkoopprocedure stemt hij in met de verlenging zoals deze is omschreven.</p>
<p>In het beleid staat: "De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer." Onderaanneming is niet altijd een keuze van de zorgaanbieder maar kan ook op verzoek van de cliënt zijn (door overgang Zvw naar Wlz). Het is niet reel dat de zorgaanbieder hierin alleen eindverantwoordelijk is maar we zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, wat maakt dat u dit anders ziet?</p>	<p>Nee, wij kunnen dit niet bevestigen. Het zorgkantoor heeft alleen een contractuele relatie met de zorgaanbieder die hoofdaannemer is en onderaannemers inzet voor de levering van de zorg waarvoor hij door het zorgkantoor is gecontracteerd. Als met de kwaliteit van de zorg verleend door een onderaannemer iets mis is, dan kan het zorgkantoor alleen de zorgaanbieder/hoofdaannemer aanspreken. Vandaar dat is bepaald dat de zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorgverlening altijd volledig verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer.</p>
<p>Zit er aan de VOG RP een verlooptermijn ofwel een geldigheidsduur of hoeft deze maar eenmaal aangevraagd te worden?</p>	<p>Indien u een bestaande zorgaanbieder bent, verklaart u in de Bestuursverklaring dat u beschikt over een Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Schrijft u in als nieuwe zorgaanbieder, dan dient u bij uw inschrijving een VOG RP bij te voegen die niet ouder is dan 1 jaar op het moment van inschrijven en specifiek is aangevraagd ten behoeve van de inschrijving op de inkoopprocedure van het zorgkantoor waar u inschrijft. Zie het ‘Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders’.</p>

In paragraaf 3.1.1 van het regionaal inkoopbeleid beschrijft u het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Is het juist dat een inschrijver die in de loop van 2023 een overeenkomst heeft gesloten met het zorgkantoor op basis van een tussentijdse inschrijving, valt onder 'bestaand voor het zorgkantoor'?	De definitie 'Bestaand voor het zorgkantoor' luidt: een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. Dit kan een overeenkomst zijn die in 2023 is gesloten op grond van een tussentijdse inschrijving en van kracht is op moment van inschrijven.
Er wordt beschreven dat het zorginkoopdocument een looptijd van 3 jaar heeft, met een mogelijkheid tot verlenging - Hoe wordt de indexering toegepast? - Wat zijn de andere randvoorwaarden? - Mochten er grote beleidswijzigingen zijn, kan het dan opengebroken worden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee. Voor de vraag hoe zorgkantoren handelen bij grote beleidswijzigingen verwijzen wij vragensteller naar de passages in het inkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren die over het wijzigen ervan gaan.
Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar met de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. We gaan ervan uit dat dit niet zonder de goedkeuring van de zorgaanbieder geschiedt en dat derhalve de overeenkomst alleen tweezijdig kan worden verlengd?	In de overeenkomst is de mogelijkheid voor het zorgkantoor opgenomen om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Een eenzijdige verlenging houdt per definitie in dat daar niet de goedkeuring van de zorgaanbieder voor nodig is. Die zal dan ook niet gevraagd worden, indien het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik wenst te maken.
<i>Subparagraaf 6.8.5</i>	
U vraagt ons in te stemmen met het beleid voor de komende 3 jaar bij een langdurige overeenkomst, waarbij u de opening houdt uw beleid aan te passen. Hoe kan het risico voor de aanbieder beperkt worden indien de beleidsaanpassingen voor de aanbieder nadelige gevolgen heeft?	Voor de jaren 2025 en 2026 gaan we verdere stappen zetten om de inkoopdoelen te realiseren. We publiceren indien noodzakelijk voor de jaren 2025 en 2026 een aanvulling op het beleid. Zoals gebruikelijk vragen wij u te zijner tijd om instemming met het geformuleerde beleid voor de contractering Wlz en met de voorwaarden van de overeenkomst Wlz van het betreffende jaar.
<i>Subparagraaf 6.8.7</i>	
Op pagina 10 beschrijft u uw beleid met betrekking tot onderaannemers. Vallen hier zzp'ers ook onder? En wilt u dan van elke individuele zzp'er weten wie er heeft gewerkt?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 die onderdeel is van Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Hierin kunt u lezen dat de inzet van zzp'ers ook onder onderaanneming valt. U hoeft geen namen van zzp'ers te vermelden, wel een opgave van de te verwachten inzet door zzp'ers.
<i>Subparagraaf 6.8.8</i>	
Is het toegestaan dat een andere medewerker dan de tekenbevoegde vertegenwoordiger de inschrijving uiteindelijk verstuurt via Vecozo	Indien u niet tekenbevoegd bent, kunt u hiervoor een machtiging voor het indienen van de inschrijving bijvoegen. Het is daarbij wel van

<p>waarbij a) de documenten ondertekend zijn door de tekenbevoegde vertegenwoordiger en b) een schriftelijke machtiging wordt toegevoegd waarin de tekenbevoegde vertegenwoordiger van de organisatie de medewerker machtigt tot het insturen van de documenten?</p>	<p>belang dat u tijdig controleert of de certificaten voor de persoon die de inschrijving indient correct zijn geautoriseerd.</p>
--	---

6.9 **U ontvangt uiterlijk 8 september 2023 een terugkoppeling van onze beoordeling (stap 8)**

Vraag	Antwoord
<p>Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In het inkoopbeleid is reeds de volgende passage opgenomen: Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen van een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.</p>
<p>Van u mag worden verwacht, onder andere op grond van de aanbestedingsrechtelijke beginselen waaronder het transparantiebeginsel dat u toepast op uw inkoopproces, dat u afwijzingen van inschrijvingen voldoende motiveert. Afwijzingen van inschrijvingen voldoen hier doorgaans niet aan, omdat enkel wordt volstaan met de verwijzing naar de onderdelen van het inkoopbeleid waaraan de inschrijver niet zou voldoen, zonder toe te lichten waarom de inschrijver hieraan niet voldoet. Hierdoor is het voor inschrijvers onduidelijk hoe zij hun inschrijving kunnen aanpassen voor inschrijving tijdens een opvolgende mogelijkheid. Bent u bereid expliciet op te nemen dat u bij afwijzingen van inschrijvingen gemotiveerd zult toelichten waarom de inschrijving niet voldoet? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In de afwijzingsbrief is voldoende gemotiveerd waarom Zilveren Kruis een inschrijving afwijst, een en ander conform de aanbestedingsbeginselen. De zorgaanbieder heeft bovendien altijd gelegenheid om een kortgedingprocedure te starten tegen de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving. Wij zien geen noodzaak het beleid op dit punt aan te passen.</p>

Subparagraaf 6.9.1

<p>U geeft aan dat een integriteitstoets deel uit kan maken van de beoordeling. Een VOG RP kan hier een aanvulling op zijn. Welke geldigheidsduur hanteert het zorgkantoor voor deze VOG RP?</p>	<p>Zoals benoemd in het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders, mag deze niet ouder dan 1 jaar zijn op het moment van inschrijving. Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.</p>
<p>Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Zorgkantoren hebben de volgende passage in hun inkoopprocedures staan, waarbij de termijn kan verschillen: Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.</p> <p>Zorgkantoren hebben dus de mogelijkheid om een toelichting te vragen maar zoals in de passage staat vermeld, is het een bevoegdheid van de zorgkantoren en zijn ze geenszins verplicht dat te doen.</p>
<p>Er wordt gesproken over het aanleveren van een ondernemingsplan. Klopt het dat dat niet van toepassing is voor bestaande aanbieders?</p>	<p>Dit klopt voor zover het bestaande aanbieders betreft in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor'. Bestaande zorgaanbieders in zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' moeten een beknopt ondernemingsplan aanleveren (tenminste het bedrijfs- en financieel plan).</p>
<p>Bij de GVA en VOG rechtspersoon staat geen termijn, is onze aanname correct dat we deze documenten mogen inleveren wat maximaal 2 jaar oud is?</p>	<p>Nieuwe zorgaanbieders dienen een VOG RP aan te leveren die niet ouder is dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van deelname aan deze inkoopprocedure. Zie het 'Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders' dat is opgenomen in het inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor.</p> <p>Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Dat</p>

	speelt dan ook geen rol bij het al dan niet voldoen aan de betreffende geschiktheidseis.
<i>Subparagraaf 6.9.2</i>	
Geldt de eenzijdige verlengingsoptie van 2 x 1 jaar voor de periode na drie jaar, dus voor jaar 4 en jaar 5, of geldt het meerjarencontract als eenjarig, met twee eenzijdige verlengingsopties van een jaar?	De verlengingsoptie opgenomen in de meerjarenovereenkomst (de overeenkomst 2024-2026) van 2 maal 1 jaar geldt voor jaar 4 en jaar 5.
Waarom is er sprake van een eenzijdige verlengingsoptie?	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
In paragraaf 6.4 is opgenomen dat het zorgkantoor de overeenkomst 2024-2026 met bestaande aanbieders eenzijdig twee keer met de periode van een jaar kan verlengen. Wordt de aanbieder betrokken bij het besluit ten aanzien van de verlenging? En op basis van welke criteria wordt al dan niet tot verlenging over gegaan?	De zorgaanbieder wordt niet betrokken bij het besluit ten aanzien van een eventuele verlenging. Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.
U geeft op bladzijde 8 aan financiële afspraken te maken voor 2024-2026 in een driejarige overeenkomst. Gezien de onzekerheden van kostenstijgingen zoals inflatie en loonkosten (CAO) hoe wordt daar rekening mee gehouden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden vanwege de aspecten die vragensteller noemt, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee.
Wat maakt dat het zorgkantoor kiest voor een eenzijdige verlengingsoptie? Hoe heeft de zorgaanbieder inspraak op het verlengde beleid en tariefpercentage.	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. De zorgaanbieder heeft geen inspraak op het verlengde beleid of het tariefpercentage.
<i>Subparagraaf 6.9.3</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.9.4</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.9.5</i>	
Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.	

6.10 Een gesprek over contractering en voorwaarden met de zorginkoper is mogelijk (stap 10)

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

6.11 Uiterlijk 25 oktober 2023 ontvangt u de definitieve terugkoppeling van uw inschrijving (stap 11)

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

6.12 Alle afspraken voor 2024 zijn uiterlijk 15 november 2023 definitief (stap 12 en 14)

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

6.13 Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7 Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders

7.1 We laten nieuwe zorgaanbieders toe die een inhoudelijke bijdrage leveren aan het toekomstbestendige zorglandschap

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
Ons aantal cliënten onder het Zilveren Kruis contract fluctueert momenteel rond de 10, waardoor we mogelijk op het moment van inschrijving niet aan deze eis voldoen. Hoe beoordeeld u deze eis? Kijkt u hierbij naar de historie van cliëntaantallen?	Bij de inschrijving kunt u aangeven op welk moment u verwacht aan deze vereiste van een minimum van 10 Wlz-klienten te voldoen. Naast het aantal klienten, wegen we ook mee of partijen een leemte vervullen t.a.v. specifiek zorgaanbod en een wezenlijke bijdrage leveren aan de regionale opgaven. Wij adviseren u om relevante informatie, bijvoorbeeld over het aantal klienten in het verleden, toe te voegen in het bedrijfsplan. De uiteindelijke beoordeling hiervan is aan het zorgkantoor.
Hoe monitort u het aantal cliënten op moment van inschrijving? Klopt het dat hier bij inschrijving geen documentatie voor hoeft te worden ingediend?	Tijdens de inschrijving vragen wij u aan te geven of u uiterlijk 1 augustus 2023 zorg levert aan minimaal 10 klienten met een Wlz indicatie. Daarmee toetsen wij of u aan de gestelde eis voldoet. Indien u op deze peildatum nog géén 10 klienten in zorg heeft, vragen wij u aan te geven wanneer dit wel het geval is. Deze informatie nemen wij mee in onze afweging.
Mogelijk hebben wij bij inschrijving net geen 10 cliënten in zorg (wij hebben met name Wlz-omvang in VGZ-regio); echter zijn wij bezig met het ontwikkelen van 24-uurs aanbod voor cliënten met GGZ W 3 in de regio Rijnmond en is de behoefte hiervan bevestigd door het zorgkantoor. In hoeverre weegt het ontwikkelen van aanbod wat antwoord is op een vraag van het zorgkantoor mee in de beoordeling? Geldt dit als een uitzondering op het principe om zorgaanbieders met minder dan 10 Wlz-clieuten niet te contracteren?	Tijdens de inschrijving vragen wij u aan te geven of u uiterlijk 1 augustus 2023 zorg levert aan minimaal 10 klienten met een Wlz indicatie. Daarmee toetsen wij of u aan de gestelde eis voldoet. Indien u op deze peildatum nog géén 10 klienten in zorg heeft, vragen wij u aan te geven wanneer dit wel het geval is. Deze informatie nemen wij mee in onze afweging. Ook is het van belang dat u deze informatie opneemt in het bedrijfsplan dat u dient bij te voegen bij de inschrijving.
Klopt het dat zorgaanbieders die niet aan deze eis voldoen het aangaan van een samenwerking of hoofd-onderaannemerschap met toestemming van het zorgkantoor voor de startdatum van het contract moeten regelen om hun huidige Wlz-clieuten in zorg te kunnen houden? Of dient men in het geval van een samenwerking te acteren voor de inschrijfdatum?	Met zorgaanbieders die niet aan de vereiste van minimaal 10 Wlz klienten voldoen gaan wij in principe géén overeenkomst aan. Wij wijzen u erop dat de eis alleen betrekking heeft op nieuwe zorgaanbieders die vanaf 2024 in aanmerking willen komen voor een contract. De eis geldt niet voor zorgaanbieders die reeds een overeenkomst hebben met Zilveren Kruis.

Er wordt gesteld dat zorgaanbieders met minder dan 10 Wlz cliënten 'in principe' niet worden toegelaten. Wat zijn uitzonderingen op dit principe?	Een voorbeeld kan zijn dat een zorgaanbieder een geclusterd VPT locatie start, met een startdatum die ligt na de peildatum van 1 augustus 2023, maar wel vóór 1 januari 2024. Overige eventuele uitzonderingen zijn ter beoordeling aan het zorgkantoor. Hier kunnen wij op voorhand nog géén uitspraken over doen.
Deze eis staat vermeld in het hoofdstuk 'Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders'. Interpreteren wij het correct dat deze eis niet geldt voor bestaande aanbieders?	De eis geldt inderdaad niet voor bestaande zorgaanbieders.

7.3 Nieuwe zorgaanbieders voldoen aan alle voorwaarden

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.4 Nieuwe zorgaanbieders schrijven zich ook in via het VECOZO portaal

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.5 Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Vraag	Antwoord
In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders, staat dat indien een zorgaanbieder een rechtsvorm heeft waarbij men niet over statuten hoeft te beschikken, een vergelijkbaar document mag worden overgelegd. Daarmee kunnen eenmanszaken of maatschappen ook voldoen aan deze eis. Zij kunnen echter geen toezichthouders inschrijven bij de Kamer van Koophandel om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan het afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK. Kunnen eenmanszaken en maatschappen nu wel of niet inschrijven voor een ZIN overeenkomst? Indien wel, hoe dienen zij om te gaan met de eisen met betrekking tot toezichthouders? Indien niet, waarom heeft u dan de mogelijkheid opgenomen om een document vergelijkbaar met statuten te overleggen?	Wanneer toezichthouders niet bij-/ingeschreven kunnen worden in het Handelsregister omdat het Handelsregister dat bij bepaalde rechtsvormen niet toestaat/mogelijk maakt, dan dient u bij uw inschrijving het verzoek daartoe bij de Kamer van Koophandel en de afwijzende reactie van de Kamer van Koophandel bij uw inschrijving te voegen. Wij merken hier nog bij op dat het toezicht op zich dan wel feitelijk goed geregeld moet zijn, wat moet blijken uit hetgeen daarover in het ondernemingsplan is opgenomen.
Op dit moment is het niet mogelijk om een afschrift van inschrijving UBO's aan te vragen. In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders eist u "Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving	In het 'Overzicht aan te leveren documenten' hebben wij opgenomen: Inschrijving UBO('s) UBO-register • Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. • Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving. • De organisatievorm (juridische entiteit) die

<p>meegestuurd te worden.” Er zijn geen specifieke meldingen van het UBO-register, alleen de algemene mededeling op de website van de Kamer van Koophandel. Wat verwacht u precies van inschrijvers zolang informatieverstrekking uit UBO-register niet mogelijk is?</p>	<p>inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. <p>De situatie dat een zorgaanbieder een afschrift van inschrijving van zijn eigen UBO('s) wil ontvangen is een andere dan wanneer iemand de UBO('s) van een andere partij wil raadplegen. Wij vragen bij de inschrijving om meer dan alleen een verwijzing naar de website van de Kamer van Koophandel waar het bericht op staat dat de gegevens van UBO('s) tijdelijk niet openbaar zijn. U dient een mailwisseling met de Kamer van Koophandel bij te voegen dat u in uw eigen specifieke geval geen afschrift van de inschrijving van uw eigen UBO('s) kunt ontvangen (als dat ook daadwerkelijk zo is). Daarnaast dient u conform de laatste bovenstaande bullet de bevestiging van de UBO-registratie die u, de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder, van het UBO-register ontvangen heeft, met de inschrijving mee te sturen.</p>
<p>Moeten bestaande aanbieders een afschrift uit het handelsregister van de KvK overleggen? Waarom moet dit niet ouder zijn dan zes maanden? Indien noodzakelijk, dan graag een termijn van twaalf maanden.</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders hoeven geen afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK te overleggen. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden in het Handelsregister van de KvK moet u dit melden aan het zorgkantoor en een nieuw afschrift aanleveren.</p>
<p>Moeten bestaande aanbieders een VOG RP overleggen? Waarom moet dit specifiek voor deze inkoopprocedure worden aangevraagd? Volstaat een VOG RP ten behoeve van inschrijving WMO ook?</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders moeten conform de Bestuursverklaring beschikken over een VOG RP. Zij hoeven deze niet met hun inschrijving mee te sturen.</p>
<p>Moeten bestaande zorgaanbieders actuele statuten overleggen?</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders hoeven met hun inschrijving geen actuele statuten mee te sturen.</p>
<p>U vraagt hier om een VOG rechtspersoon. Wilt u aangeven wat het verschil is met een GVA, wat maakt dat een GVA niet voldoet? U verwijst naar de website van het Ministerie, maar naar ons idee worden bij een GVA en een VOG rechtspersoon dezelfde zaken gecontroleerd. Wat maakt dan het verschil dat u een VOG rechtspersoon wenst i.p.v. een GVA?</p>	<p>Op de volgende webpagina (https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden) kunt u zien wat de verschillen zijn tussen de twee documenten. Daar is o.a. te lezen dat bij een VOG RP in de beoordeling aandacht besteed kan worden aan strafrechtelijke veroordelingen die voor de specifieke sector relevant zijn waar de VOG RP voor aangevraagd wordt. Verder beziet de VOG RP of het bedrijf ook voldoende betrouwbaar is om</p>

	specifiek zorggerelateerde werkzaamheden uit te voeren. Dat zijn met name aspecten die voor een inschrijving op een inkoopprocedure die de Wlz-zorg tot onderwerp heeft, relevant zijn.
--	---

7.6 Het ondernemingsplan is opgebouwd uit de volgende elementen

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.7 Een inhoudelijk gesprek is onderdeel van de beoordelingsprocedure

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.8 Wij beoordelen het ondernemingsplan en het eventuele gesprek

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.9 Bij een positieve beoordeling ontvangen nieuwe zorgaanbieders een eenjarige overeenkomst onder voorwaarden

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.10 Nieuwe zorgaanbieders ontvangen standaard een lager tarief

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

7.11 U kunt zich in 2024 ook tussentijds inschrijven voor een overeenkomst

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

8 Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken

8.1 Wij zien toe op de naleving van gemaakte afspraken

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

8.2 Het betaalbeleid sluit aan op de bekostiging

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

8.3 Wij publiceren maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte

Vraag	Antwoord
In het bedrijfsplan moet beschreven worden aan welke doelgroep, welke leveringsvormen en welke zorgprestaties (in termen van de NZa beleidsregels) geleverd gaan worden. Waar kunnen we de zorgprestaties vinden en ons op baseren als nieuwe aanbieder?	De beleidsregels waar de zorgprestaties in staan, vindt u op de website van de NZa.
de bullet onderaan pagina 36: 'Indien van toepassing een toelichting op de ervaring die de zorgaanbieder al heeft in het leveren van zorg (Wmo/Zvw/PGB)'. De Jeugdwet wordt hier niet genoemd. Wat is daarvan de reden? Kan deze ervaring wel opgevoerd worden?	De ervaring met de Jeugdwet mag ook worden genoemd.
Een onduidelijkheid is er aangaande de begroting over 2024 die in het financieel plan moet worden opgenomen. Hierin wordt vermeld dat er een begroting moet worden gemaakt met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Wat wordt er bedoeld met verschillende domeinen?	Hiermee wordt bedoeld dat als u zorg levert/gaat leveren vanuit andere financiering/wetgeving (domeinen) dan de Wlz u de kosten en opbrengsten splitst per domein.

8.4 Wanneer de contracteerruimte overschreden dreigt te worden, stopt de persoonsvolgendheid niet direct

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

8.5 We hebben de mogelijkheid om een tussentijdse herschikking te doen

Vraag	Antwoord
Het zorgkantoor geeft aan dat er een tussentijdse herschikking kan plaatsvinden. Zijn de op dat moment gemaakte productieafspraken dan definitief? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Tijdens de tussentijdse herschikking stellen wij tijdelijke productieafspraken vast. Over overproductie ten opzichte van deze productieafspraken loopt u als zorgaanbieder een risico. Pas bij de definitieve herschikking maken wij definitieve productieafspraken.
Zorg die wordt geleverd boven de (tussentijdse) herschikkingsafpraak komt in principe niet voor vergoeding in aanmerking. Wij zijn een geïntegreerde GGZ Instelling waar ook zorg geleverd wordt voor de ZVW, de instroom in de WLZ kan gedurende het jaar zeer wisselend zijn. Als de productieafpraak definitief is en er is sprake van meer instroom als verwacht, moeten wij patiënten dan verwijzen naar zorgbemiddeling van het Zorgkantoor? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Wij streven ernaar tijdens de herschikkingsmomenten een passende afspraak met uw organisatie te maken. Overproductie ten opzichte van deze herschikkingsafpraak mogen wij niet vergoeden. Als er sprake is van overproductie, dan hopen wij dat er bij de nacalculatie landelijk voldoende middelen zijn om deze overproductie alsnog te vergoeden. Wij hebben helaas geen invloed op de vergoedingen na de herschikking. Wij blijven graag met u in gesprek over de eventuele gevolgen van een overschrijding van de omvang van de afspraak.

8.6 In de definitieve herschikking maken we met zorgaanbieders definitieve productieafspraken voor het betreffende jaar

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

8.7 De nacalculatie vindt plaats in lijn met de herschikking

Er zijn over deze paragraaf geen vragen gesteld.

Wij helpen u graag verder



Kijk op

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



Post

Zilveren Kruis Zorgkantoor

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

Postbus 353

8000 AJ Zwolle



Contact

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

en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

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

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

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

Disclaimer

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