



Nota van inlichtingen

Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 2024-2026

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

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

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 hieronder.

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 correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid

Inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 2024- 2026

1.2.2. Het kabinet stelt in 2024 € 40 miljoen extra beschikbaar voor VG7

De zorgkantoren publiceren bij deze Nota van Inlichtingen het VG7 beleid. U treft de volledige tekst, inclusief het tariefpercentage, voorwaarden en de procedure in paragraaf 1.2.2. van het inkoopbeleid Wlz Gehandicaptenzorg 2024-2026.

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.

3.2. Tariefafspraken voor bestaande GZ-zorgaanbieders met complexe zorg

In de paragraaf is het tariefpercentage vermeld voor de VG7 (97,8%).

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 vonden 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
Er wordt gesproken over regionaal inkoopbeleid. Tegelijk heeft zilveren kruis diverse, ook erg verschillende, regio's. In hoeverre kan er dan gesproken worden over regionaal inkoopbeleid?	Het regionale inkoopbeleid is voor de regio's van Zilveren Kruis gelijk, maar de invulling (bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken in de regio) kan verschillend zijn per zorgkantoorregio.
De bijlagen zijn opvolgend genummerd. Bijlage 6 ontbreekt. Wanneer wordt bijlage 6 gepubliceerd?	Bijlage 6 betreft het voorschrift zorgtoewijzing. De nieuwe versie van het voorschrift zorgtoewijzing wordt uiterlijk op 1 december 2023 gepubliceerd.
In de management samenvatting wordt gesproken over een overbrugging in 2024 voor de inzet van VG7. In de het visiedocument van ZN wordt gesproken over een overbrugging in 2023 en 2024. Betekent dit dat het Zorgkantoor ervoor kiest alleen 2024 hiervoor te gebruiken?	Nee. De overbruggingsregeling is voor 2023 en 2024, maar het inkoopbeleid GZ 2024-2026 heeft van die jaren alleen betrekking op 2024. Voor de duidelijkheid: de overbruggingsregeling geldt dus voor 2023 en 2024.

1 Een toekomstbestendige gehandicaptenzorg voor passende zorg aan onze klanten

Vraag	Antwoord
<p>Kunt u toelichten hoe u omgaat met zorgaanbieders welke in twee regio's met twee verschillende zorgkantoren werken? Bijvoorbeeld: hoe verhoudt zich dit tot de aanvragen van regionale en projectmatige middelen (zoals de omschreven modules); mogen deze enkel ingezet worden voor cliënten in uw eigen regio? Aan welke voorwaarden moet dit dan voldoen en hoe houdt u hier toezicht op? Hoe draagt u ervoor zorg dat wij zo min mogelijk last hebben van dubbele administratie van aan te leveren gegevens, projectplannen etc.? Deze zelfde vraag voor de interne bedrijfsvoering wanneer te maken krijgen met verschillende tarieven en voorwaarden.</p>	<p>Uit uw vraag blijkt niet of uw vraag gaat over twee zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis, of twee regio's waarvan 1 van Zilveren Kruis en 1 van een ander zorgkantoor. In dat laatste geval verwijzen wij u naar het beleid en de voorwaarden van het desbetreffende zorgkantoor.</p> <p>Als het gaat over 2 Zilveren Kruis regio's, dan is de inzet van middelen voor regionale ontwikkeling altijd gebonden aan regionale samenwerking tussen u en regionale partners. Die situatie (en de partners) verschilt tussen regio's.</p> <p>Als u met projectmatige middelen doelt op een aanvraag voor het gericht contracteren, dan hoeft u dit niet per regio in te vullen, maar kunt u volstaan met 1 plan van aanpak.</p>
<p>De energiekosten vormen inmiddels een belangrijke kostenpost. Hoe komt ZK tegemoet aan de (soms bovenmatige) stijging, die fors kan drukken op het exploitatieresultaat?</p>	<p>De kosten zijn door de NZa verwerkt in de vastgestelde tarieven vanaf 2023. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zilveren Kruis hanteert geen aanvullend beleid.</p>
<p>Hoe gaan zorgaanbieders de noodzakelijke investeringen en kosten voor verduurzaming vergoed krijgen, mede nu de NHC vanaf 2024 gaat dalen en de rente is gestegen?</p>	<p>Het zorgkantoor gaat niet over de maximum tarieven van de NZa. Eventuele vragen daarover verzoeken wij u te stellen aan de NZa. Zilveren Kruis vergoedt 100% van de NHC/NIC-component. Meer kan en mag niet.</p>
<p>In het licht van de dalende NHC en stijgende rente: hoe gaat de investeringsopgave in vastgoed gefaciliteerd worden door het zorgkantoor?</p>	<p>Het zorgkantoor gaat niet over de maximum tarieven van de NZa. Eventuele vragen daarover verzoeken wij u te stellen aan de NZa. Zilveren Kruis vergoedt 100% van de NHC/NIC-component. Meer kan en mag niet.</p>
<p>Welke regio's hanteert het ZK en hoe verhouden deze zich tot de regio indeling zoals die bv door gemeenten worden gehanteerd.</p>	<p>Zilveren Kruis hanteert niet zelfstandig regio's. Deze zijn vastgelegd in de wet en de Minister van VWS wijst per regio een Wlz-uitvoerder aan als zorgkantoor. Zilveren Kruis is aangewezen Wlz-uitvoerder voor 11 van de 31 zorgkantoorregio's. Deze regio's komen (vaak) niet overeen met de regio's waarin gemeenten samenwerken.</p>
<p>In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZa-</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de (kostendekkende) maximale</p>

<p>maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister:</p> <p>“Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd.”</p> <p>- Vindt u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, dat het kortingspercentage vanuit het oogpunt van de zorgaanbieders en de (financiële) ontwikkelingen zou moeten worden verlaagd? Zo ja, welke actie gaat u ondernemen richting VWS? Zo ja, wilt u samen met ons actie ondernemen richting VWS? Zo nee, waarom niet?</p> <p>- Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?</p>	<p>tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt in die maximale tarieven. Dat is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.</p>
<p>U schrijft: “Omdat we de implementatie van succesvolle initiatieven vanzelfsprekend vinden, stellen we de vergoeding voor de MPT-prestatie Thuiszorgtechnologie standaard beschikbaar voor alle zorgaanbieders die MPT leveren”. Zijn er eisen/voorwaarden waar aan te voldoen?</p>	<p>De enige eisen die wij stellen, zijn de eisen die vanuit de NZa beleidsregels gesteld worden aan deze prestaties.</p>
<p>wanneer er twee contracten worden aangevraagd, moeten er dan ook twee x 3 nieuwe succesvolle innovatieve initiatieven geïmplementeerd worden?</p>	<p>Nee. We verwachten dat u voor uw organisatie als geheel 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeert.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Met het inkoopbeleid wil ZK gericht sturen op die situaties waar de zorgplicht in gevaar komt. Op basis van welke criteria bepaalt u dat de zorgplicht in gevaar komt? U gaat in gesprek met zorgaanbieders waar u risico's ziet. Wat kan ZK de zorgaanbieders bieden tijdens dit gesprek?</p>	<p>De zorgplicht voor zorgkantoren kan in gevaar komen als de situatie ontstaat dat er (bijvoorbeeld door een gebrek aan aanbod) te weinig zorg kan worden ingekocht in een regio. Zilveren Kruis hanteert daarvoor diverse instrumenten/maatregelen. Ten eerste volgen zorgkantoren in hun bekostigingssystematiek de maximumtarieven van de NZa (en daarmee de</p>

	ontwikkelingen van loon- en prijsstijgingen). Ten tweede kopen zorgkantoren doelmatig in, waarbij Zilveren Kruis regionaal kan differentiëren op het tarief als dit nodig is. Ten derde hanteert Zilveren Kruis de hardheidsclausule als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is. Een zorgaanbieder kan een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. In het vervolg monitort Zilveren Kruis de uitvoering zorgvuldig met een early warning system. Als specifiek zorgaanbod uitvalt of ontbreekt, dan kan Zilveren Kruis aanvullende inkoopafspraken maken met zorgaanbieders om het ontbrekende zorgaanbod alsnog in te kopen.
(Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 1.4.4 en 1.4.7): Zorgaanbieders worden gevraagd om te investeren in bewezen innovaties. Dit terwijl het tarief omlaag gaat. Hoe verhoudt de gevraagde investering zich tot het verlaagde 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.

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

Vraag	Antwoord
U zet in op betere vergoeding van complexe zorg waarbij u aangeeft dat u hiermee aanbieders in staat stelt om hun situatie op orde te brengen. Doelt u hierbij op een kwaliteitsverbetering? En bent u van mening dat momenteel de complexe zorg niet goed is geregeld bij zorgaanbieders? Kunt u uw antwoord toelichten?	Dan bedoelen we dat er meer financiële ruimte is voor de inzet (en het binden en boeien) van personeel op deze complexe doelgroepen.
Hoe verhoudt zich het verminderen van de instroom van de meerzorg tot het verhogen van de tarieven complexe zorg? In de bijeenkomst is toegelicht door Zilveren Kruis dat met verhogen van de tarieven er vanuit wordt gegaan dat dit leidt tot minder Meerzorg aanvragen. In hoeverre is dit dan een financiële afkadering die de verhoging van de tarieven te niet doet, en geen recht doet aan zorgvraag van cliënt?	Zilveren Kruis wil de groei van meerzorg afremmen. We benadrukken nogmaals dat dit geen besparing is. De Meerzorg regeling groeit in 2024 nog steeds ten opzichte van voorgaande jaren. Zorgaanbieders krijgen dus niet minder meerzorg. Daarnaast biedt Zilveren Kruis een hoger tariefpercentage voor de hoog complexe zorgprofielen. Deze twee ontwikkelingen faciliteren zorgaanbieders om recht te doen aan de zorgvraag van de cliënt.
<i>Subparagraaf 1.2.1</i>	

<p>Hoe verhoudt afname in meerzorg met als gevolg minder financiële mogelijkheden zich tot verhoging tarieven complexe zorg (meer financiële mogelijkheden)</p>	<p>Meerzorg neemt niet af. Zilveren Kruis gaat nog steeds uit van een groei van meerzorg. We willen alleen de groei afremmen, niet de meerzorg zelf. Per saldo is er voor de hoog complexe zorg een tariefsverhoging en voor de meerzorg nog steeds ruimte voor (enige) groei.</p>
<p>In de managementsamenvatting wordt genoemd "Daarnaast willen we met één nog te selecteren regio een pilot uitvoeren om met intensieve samenwerking doorbraken te forceren in de zorg in de regio". Kunt u toelichten wat u bedoeld met de doorbraken te forceren in de regio?</p>	<p>U treft het beleid, inclusief voorbeelden, in paragraaf 2.1.</p>
<p>We vergoeden 100% van het NZA-tarief van de beveiligde zorg. Welke definitie van beveiligde zorg hanteert u hierbij?</p>	<p>U treft een overzicht van de prestaties (ook voor beveiligde zorg) in bijlage 8 van ons inkoopbeleid.</p>
<p>Wij voorzien regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in bieden van zorg aan een specifieke groep deelnemers met hoogcomplexe problematiek. Voorbeelden van de complexe problematiek zijn (ernstige) gezondheidsproblemen, verslavings-, psychiatrische- en gedragsproblematiek, geweldsincidenten en een stapeling van deze problemen, welke wij interfererende co morbiditeit noemen. Dat maakt dat wij bijna altijd, vanuit de deelnemer gezien, te maken hebben met een dubbele of zelfs een triple grondslag (VG, GGZ, V&V). De complexe zorgvraag is een gevolg van diverse factoren: Multi morbiditeit, (poly)farmacie (door de combinatie van somatische en psychiatrische klachten), interactie tussen medicatie en middelengebruik, stapeling van problematieken (somatisch, psych(iatr)isch, sociaal maatschappelijk en vigerende verslaving), schuldenproblematiek, gedragsproblematiek ten gevolge van overmatig middelengebruik en een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarnaast maakt de psychiatrische- en verslavingsproblematiek het duiden van klachten en symptomen lastig. Verder hebben de deelnemers veel ondersteuning nodig met betrekking tot sociaal maatschappelijke problemen, zoals het regelen van mentoraat en bewindvoering, het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de omgang met schuldenproblematiek, mede ook door het meestal ontbreken van een ondersteunend netwerk. Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. Wat is de reden dat het profiel van deze doelgroep niet als</p>	<p>Zoals u uw doelgroep omschrijft lijkt het ons dat deze doelgroep door het CIZ in een hoog complex zorgzwaarteprofiel is geïndiceerd. Wellicht dat er sprake is van een doelgroep met een GGZ indicatie. In dat geval verwijzen wij u naar ons GGZ beleid.</p> <p>In algemene zin kunnen wij antwoorden dat het tariefpercentage wordt vastgesteld per zorgprofiel, prestatie of toeslag. Voor de doelgroep zoals u die omschrijft zijn er geen aparte zorgprofielen, prestaties of toeslagen in de beleidsregels van de NZa opgenomen.</p>

<p>essentiële voorziening is aangemerkt? Is het mogelijk om deze doelgroep ook onder hoog complexe en essentiële zorg te laten vallen? Zo niet, kunt u aangeven waarom niet?</p>	
<p>Wij voorzien regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in bieden van zorg aan een specifieke groep deelnemers met hoogcomplexe problematiek. Voorbeelden van de complexe problematiek zijn (ernstige) gezondheidsproblemen, verslavings-, psychiatrische- en gedragsproblematiek, geweldsincidenten en een stapeling van deze problemen, welke wij interfererende co morbiditeit noemen. Dat maakt dat wij bijna altijd, vanuit de deelnemer gezien, te maken hebben met een dubbele of zelfs een triple grondslag (VG, GGZ, V&V). De complexe zorgvraag is een gevolg van diverse factoren: Multi morbiditeit, (poly)farmacie (door de combinatie van somatische en psychiatrische klachten), interactie tussen medicatie en middelengebruik, stapeling van problematieken (somatisch, psych(iatr)isch, sociaal maatschappelijk en vigerende verslaving), schuldenproblematiek, gedragsproblematiek ten gevolge van overmatig middelengebruik en een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarnaast maakt de psychiatrische- en verslavingsproblematiek het duiden van klachten en symptomen lastig. Verder hebben de deelnemers veel ondersteuning nodig met betrekking tot sociaal maatschappelijke problemen, zoals het regelen van mentoraat en bewindvoering, het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de omgang met schuldenproblematiek, mede ook door het meestal ontbreken van een ondersteunend netwerk. Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. In het inkoopbeleid is voor deze specifieke hoog complexe groep met een laag volume geen erkenning. Onze vraag is om deze doelgroep alsnog te benoemen in het inkoopbeleid en daaraan een vergelijkbare tariefopslag aan toe te kennen. Kunt u dit realiseren? Zo niet kunt u aangeven waarom niet?</p>	<p>Het tariefpercentage wordt vastgesteld per zorgprofiel, prestatie of toeslag. Voor de doelgroep zoals u die omschrijft zijn er geen aparte zorgprofielen, prestaties of toeslagen in de beleidsregels van de NZa opgenomen.</p>
<p>Wij missen bij de essentiële voorzieningen de typering van hoogcomplexe zorg voor relatief jonge mensen met interfererende co morbiditeit. Wat zijn de criteria geweest om te komen tot een onderscheid in het type essentiële voorzieningen? Is het alsnog mogelijk om deze</p>	<p>De essentiële zorg is afgebakend op basis van een aantal specifieke prestaties. Zonder deze voorzieningen loopt de zorg in onze regio's spaak. Ze zijn nodig als voorziening en specialisatie in de keten. Voor de doelgroep zoals u die omschrijft zijn er geen aparte zorgprofielen, prestaties of</p>

doelgroep toe te voegen als een essentiële schakel in het zorglandschap.	toeslagen in de beleidsregels van de NZa opgenomen.
In het inkoopbeleid van de GGZ wordt specifiek gesproken over een aanbod op het snijvlak van GGZ en GZ zorg. Kunt u uitleggen waarom er niet binnen het inkoopbeleid GZ wordt gesproken over het creëren van woonzorg mogelijkheden voor de doelgroep op het snijvlak van GGZ en GZ? Bent u voornemens om dit wel toe te voegen aan het inkoopbeleid GZ? Zo niet, waarom niet?	<p>In 1.2.3. leest u dat Zilveren Kruis in de GZ gericht zorgaanbod wil contracteren dat nu (vaak nog) ontbreekt. In bijlage 10 leest u meer over de gevraagde milieus, expertise en zorgprofielen. De werkwijze van het gericht contracteren (en de middelen die wij daar voor vrijmaken) richten zich voornamelijk op het snijvlak van GZ/GGZ.</p> <p>Daarnaast spreken we in het inkoopbeleid GZ diverse malen uit dat we werken aan domein overstijgende ketenafspraken in de regio. Daarbij zoeken we de verbinden tussen onder meer de GGZ en de GZ.</p>
Wij leveren essentiële zorg in de GHZ en werken aan het toegankelijk houden daarvan, conform inkoopdoel 1 in de GHZ inkoopbeleid. We vervullen een vergelijkbare rol zoals die in de inkoop van de VVT als 'essentiële zorgaanbieder' wordt aangemerkt. Deze rol beperkt zich niet tot de doelgroepen die door het zorgkantoor als (hoog)complex worden aangeduid (als voorbeeld noemen we de complexiteit van de zorgvragen in de GHZ voor de ouder wordende cliënten, die dermate is toegenomen dat dat ook specifieke expertise vraagt). Is het mogelijk om als aanbieder GHZ ook aangemerkt te worden als aanbieder van essentiële voorzieningen zoals in de VVT en daarvoor in aanmerking te komen voor de opslag van het tariefpercentage met 0,5%?	<p>De vergelijking die u maakt met het inkoopbeleid VVT is niet relevant. De sectoren VVT en GHZ hebben een ander vertrekpunt genomen voor hun beleid. In de GHZ hebben wij de keuze gemaakt om het geheel van de hoog complexe zorg te ondersteunen.</p> <p>Dit doen wij omdat wij zien dat veel verschillende aanbieders een belangrijke rol hebben in het bieden van de hoog complexe zorg. Wij hebben dus niet op het niveau van een aanbieder een differentiatie aangebracht in de tarieven, maar op het niveau van de geleverde zorg (prestatie). U komt bij de GHZ niet in aanmerking voor een dergelijke opslag.</p>
<i>Subparagraaf 1.2.2.</i>	
Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren geven in hun Nota van Inlichtingen duidelijkheid over het VG7 beleid. Op het moment van publicatie van de inkoopdocumenten was hierover nog geen duidelijkheid en was Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nog in overleg met VWS, VGN en de NZa. Het is mogelijk vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
Uiterlijk 30 juni publiceert u het beleid omtrent de verdeling van de €40 mio. Neemt u in de verdeling in overweging deze €40 mio te verdelen over de meest complexe en intensieve zorg aan cliënten met een VG7? Concrete vraag is of hierbij een onderverdeling gemaakt kan worden naar cliënten met een VG7 met en zonder een aanspraak op meerzorg? Zowel voor 2023 als voor 2024?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.

<p>De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (Nvl). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kortgedingprocedures en de inschrijving?</p>	<p>Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk daar vragen over de stellen. Dit heeft geen gevolgen voor de termijn van de inschrijving. Voor de bezwaarmogelijkheden verwijzen wij naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.</p>
<p>Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) In par. 2.4.2 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat gegadigden in de Nota van Inlichtingen worden geïnformeerd over het beleid voor de uitwerking van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken (VG7). Voor het jaar 2024 wordt afzonderlijk aanvullend beleid gepubliceerd. Wij maken bezwaar tegen deze werkwijze. 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, zodat ook vragen kunnen worden gesteld over de voorwaarden om in aanmerking te komen voor VG7. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet? "</p>	<p>Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.</p>
<p>Tariefpercentage VG7 In uw inkoopbeleid staat geen tariefpercentage voor de VG7, hier maken wij bezwaar tegen. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons onmogelijk om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Zorgaanbieder gaat in bezwaar indien er geen gelegenheid is tot het stellen van vragen alvorens er een besluit is genomen.</p>	<p>Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.</p>
<p>Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons lastig om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Kunt u ons garanderen dat wij n.a.v. dit deel uit de nota van inlichtingen de gelegenheid krijgen om vragen te stellen in plaats van over dit deel direct een kortgedingprocedure aan te moeten spannen? Het lijkt ons redelijk die kans nog aan ons als zorgaanbieder te geven alvorens er juridisch kosten moeten worden gemaakt. Wij behouden</p>	<p>Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.</p>

ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	
VWS stelt dat de compensatie voor geleverde VG7 zorg verhoogd kan worden door middel van maatwerkafspraken. Hoe gaan die maatwerkafspraken er uit zien? Wanneer kom je in aanmerking voor deze maatwerkafspraken?	Dit leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
Document paragraaf 2.4.2 pg. 32: U vraagt aanbieders akkoord te gaan met (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend zijn (zoals VG7) en waarover op een later moment geen vragen meer kunnen worden gesteld of waartegen geen bezwaar meer ingediend kan worden. Wij verzoeken u een extra vragenronde in te lassen en de bezwaarmogelijkheid aan te passen ten aanzien van (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend waren.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor. Er komt geen extra vragenronde meer om nog vragen te stellen over andere onderdelen van de inkoopprocedure/inkoopdocumenten.
Wordt bij de bepaling van de verdeling van de € 40 miljoen middelen 7VG de positie van een aanbieder in de regio meegewogen?	Nee, dit wordt niet meegewogen.
Extra gelden voor VG7: we moeten een overeenkomst sluiten niet wetende hoe dit geregeld wordt.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
VWS heeft 40 miljoen euro beschikbaar gesteld rondom compensatie voor geleverde VG7 zorg echter geeft u aan de voorwaarden om als zorgaanbieder hiervoor in aanmerking te komen dienen nog nader te worden opgesteld. Kunnen wij hieruit concluderen dat niet iedere zorgaanbieder die zorg verleend aan deze doelgroep in aanmerking komt voor compensatie?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.
Het tariefpercentage voor ZZP 7 is nog niet bekend, waardoor wij nog geen inschatting kunnen maken van de totale financiële impact. De onbekendheid van dit percentage is volgens ook in strijd met het transparantiebeginsel. Wanneer kunnen wij duidelijkheid	Zorgkantoren publiceren in de regionale Nota van Inlichtingen het beleid over het VG7 tarief voor het jaar 2024 en tegelijkertijd wordt aanvullend beleid gepubliceerd voor het VG7 tarief voor het jaar 2023.
<i>Subparagraaf 1.2.3</i>	
Kan een nadere toelichting worden gegeven waarvoor de extra middelen bij de gerichte inkoop ingezet kunnen worden?	Kort samengevat: voor alle kosten die extra nodig zijn om deze zorgplekken te realiseren. Als ze er eenmaal zijn, dan geldt het uitgangspunt dat de zorg past binnen de reguliere prestaties/vergoedingen.
In een paar weken tot de inschrijving kan wel een idee in hoofdlijnen worden ontwikkeld. Het omzetten in een projectplan en de beoordeling	We vragen zorgaanbidders om hun plan van aanpak te schetsen conform bijlage 10. Dat vragen we, zodat we na inschrijving een eerste beeld

van de haalbaarheid zal daarna nog moeten plaatsvinden. Het kenbaar maken van interesse kan tijdens de inschrijving. Volgt hier ook een verplichting uit om een uitgewerkt plan in te leveren?	hebben van het totaal, zodat we gericht met u in gesprek kunnen over uw plan van aanpak. We begrijpen echter dat een volledig projectplan veel gevraagd is. Het gaat Zilveren Kruis dan ook om de contouren.
Profiel 1 heeft betrekking op kinderen. In de JW is een vergelijkbare zorgvraag actueel. Is het ook mogelijk om een project in te dienen waarbij een aanbod wordt gecreëerd voor zowel WLz als JW kinderen?	We willen met het gericht contracteren zorgplekken inkopen voor de WLz. Het is mogelijk om zorg domein overstijgend te ontwikkelen, zolang de zorgverlening niet ten koste gaat van de capaciteit voor de WLz.
Voor het gericht contracteren stelt u een extra bedrag beschikbaar om te kunnen voorzien in de onvoldoende beschikbare plekken voor de doelgroepen in bijlage 10. U stelt dat hiervoor de reguliere zorgvergoeding komt. Uit bijlage 10 blijkt niet om welke zorgprofielen dit gaat. Kunt u aangeven of het specifiek om VG-profielen gaat of dat de grondslag ook GGZ zou kunnen zijn? En kunt u een niet gelimiteerde lijst van de hoogte van deze profielen aangeven? Vanwege de complexiteit van de zorgvragen is onze aanname dat deze doelgroep in aanmerking komt voor 100% vergoeding van de NZa-tarieven. Klopt deze aanname?	<p>Wij willen zorgaanbieders helpen om aanbod te creëren waar op dit moment onvoldoende in voorzien wordt. Om dat mogelijk te maken, stellen wij middelen beschikbaar die de aanloop naar het opzetten van een dergelijke voorziening (financieel of anderszins) ondersteunen. Het gaat daarbij om het creëren van een context die passend is bij de vraag. Een dergelijke context kan echter voorzien in meerdere type vragen, regelmatig ook op het snijvlak GZ/GGZ. De grondslag kan daarmee een combinatie van GZ- en GGZ-profielen zijn.</p> <p>Wij hebben geen profielen waarbij 100% van het NZa tarief van toepassing is. Financiering van de reguliere zorgexploitatie zal plaats moeten vinden vanuit de reguliere bekostiging, eventueel aangevuld met meerzorg.</p>
<i>Subparagraaf 1.2.4</i>	
Kunt u toelichten hoe uw financiering van regionaal ingezette arts VG werkt? Kunt u een definitie geven van wat regionaal inzetten betekent? Over welke inzet kan 100% declaratie vervolgens plaats vinden? Zijn hieraan voorwaarden verbonden en op welke wijze wordt hierover verantwoording afgelegd? Hoe worden de zorgorganisatie erkent hiervoor en in welke periodiciteit dient dit opnieuw te worden erkent?	Als u bij inschrijving aangeeft dat uw Arts VG regionaal beschikbaar is, dan kunnen WLz-cliënten buiten uw zorginstelling verwezen worden naar uw Arts VG als er schaarste is in de regio. Zilveren Kruis zet het tariefpercentage op de H336 en de COT05 dan op 100%. De periodiciteit betreft de looptijd van uw overeenkomst.
U spreekt over stepped care als interventie in de MGZ die u wilt bevorderen. Kunt u toelichten hoe deze bevordering eruit ziet? Hoe wordt dit beleid vastgesteld, hoe kun je hier als zorgaanbieder aan meewerken? Onder welke voorwaarden en met welke consequenties en verantwoording gebeurt dit? Zijn hiervoor extra middelen beschikbaar? Zo ja welke omvang hebben deze middelen en hoe zullen deze worden verdeeld onder de zorgaanbieders?	Het bevorderen van stepped care doen wij door kennis te delen. We vinden het erg belangrijk dat we in de GZ de beschikbare MGZ-capaciteit zo goed mogelijk inzetten. Onlangs verscheen er een webinar over MGZ op onze website. Momenteel voert Zilveren Kruis samen met veldpartijen een NZa-innovatie uit voor een ander bekostigingsmodel voor stepped care in een regionale AVG-poli. We delen de inzichten graag. Er is geen aanvullende bekostiging beschikbaar.
In onze regio loopt al een initiatief om tot een regionale oplossing te komen. Daarbij zijn ook partners betrokken die werken in een regio van	Het is moeilijk om daar een uitspraak over te doen, omdat we niet weten welke samenwerking het betreft. Als Zilveren Kruis nog niet betrokken is,

een ander zorgkantoor. Blijft deze samenwerking mogelijk?	dan onderzoeken we graag of we de samenwerking kunnen ondersteunen en ervan leren.
Er staat: Daarnaast stimuleren we zorgaanbieders om hun Arts VG-capaciteit regionaal beschikbaar te stellen met een tariefsopslag (tot 100% NZa-tarief), voeren we pilots uit voor (de bekostiging van) regionale Arts VG-poli's en delen daarvoor kennis en expertise binnen onze regio's. "Zorgaanbieder" ontvangt graag meer informatie over de pilots voor regionale Arts VG-poli's.	Wij doen in 5 regio's mee met een pilot vanuit het capaciteitsorgaan (Apeldoorn-Zutphen, Drenthe, Kennemerland, Utrecht en Zwolle). Wij zullen de leerervaringen vanuit deze pilots en eventuele opschaling naar andere regio's met het veld delen zodra dat kan.

1.3 Meer zelfredzaamheid van onze klanten

Vraag	Antwoord
Betekent het werken van integrale tarieven (waardoor de zorg op andere manieren invulling kan krijgen) dat de componenten loon, materieel, NHC en NIC onderling uitwisselbaar zijn? Mag bijv. het looncomponent gebruikt worden voor materiële kosten of de NHC voor materiële kosten?	De NZa stelt de tarieven vast. Zij geeft aan dat de Wlz volledig integrale tarieven kent: één tarief waarvan alles bekostigd moet worden.
Welke acties onderneemt Zilveren Kruis zelf in de communicatie naar cliënten om de zelfredzaamheid te stimuleren.	Normaliter verloopt communicatie met cliënten via zorgaanbieders. Mocht u van mening zijn dat wij als zorgkantoor hierin een rol dienen te vervullen, dan kunt u uw ideeën hierover bespreken met uw inkoper.
U wilt stimuleren dat cliënten zo veel mogelijk zelfredzaam zijn en wonen op een plek waar ze zich thuis voelen. Het streven is om cliënten zo veel mogelijk via vormen zoals MPT en VPT zorg te verlenen. "Zorgaanbieder" staat achter dit beleid, maar hoe verhoudt zich dit tot de Wet langdurige zorg waarin staat dat een cliënt met een WLZ indicatie recht heeft op zorg met verblijf?	<p>Wij zien (grote) verschillen tussen regio's als het gaat om het aandeel cliënten dat via scheiden wonen en zorg (MPT en VPT) de zorg verzilvert. Blijkbaar is er in andere regio's meer mogelijk. Vanuit die verschillen willen wij in gesprek met regio's en zorgaanbieders die hierop achterblijven om het aanbod scheiden wonen en zorg te vergroten. De cliënt heeft recht op zorg, dat kan zowel met als zonder verblijf zijn.</p> <p>De klant heeft keuzevrijheid voor wat betreft leveringsvorm. De klant moet dan wel naar aard, inhoud en omvang en uit oogpunt van doelmatige zorglevering daarop aangewezen zijn. Wij stimuleren VPT/MPT. Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de client passende zorg te regelen.</p>
<i>Subparagraaf 1.3.1</i>	
Kanslijn 4 gaat over het scheiden van wonen en zorg. Meer inzet van VPT en MPT. Zorgkantoren gaan in gesprek met aanbieders die achterblijven in aandeel aanbod MPT / VPT.	We gaan in de antwoorden in de Nota van Inlichtingen niet in op bedrijfsspecifieke informatie. In het algemeen geldt dat we met zorgaanbieders het gesprek aan willen gaan over hun aandeel

<p>Hoe verhoudt BBG zich met dit aanbod ten opzichte van collega zorgaanbieders / de benchmark? Meer risico op vastlopen thussituaties waardoor crisissituaties ontstaan. Is dan zorgaanbieder verantwoordelijk of kan het zorgkantoor daarin wat betekenen in de oplossing?</p>	<p>VPT/MPT in relatie tot vergelijkbare aanbieders. Op basis van die vergelijking willen we afspraken maken over het vergroten van het aandeel VPT/MPT als dat mogelijk is.</p>
<p>U geeft aan resultaatafspraken te willen maken over de uitvoering van het landelijke akkoord over de toekomstbestendigheid (kanslijnen). Betekent dit dat zorgaanbieders financieel afgerekend worden als de resultaatafspraken niet behaald worden? Dit ook in het verlengde van wat eerder is genoemd: ingezette initiatieven 'mogen' ook mislukken.</p>	<p>Voor Zilveren Kruis is het belangrijk dat we samen de transitie maken. We gaan samen het gesprek aan over de afspraken die maken. Daarna monitoren we samen. Als resultaten uitblijven, dan verwachten we dat zorgaanbieder en Zilveren Kruis daar samen goede argumenten voor hebben. Initiatieven mogen inderdaad ook mislukken.</p> <p>In het uiterste geval (bijvoorbeeld bij een pertinente weigering om kanslijnen uit te voeren) kan Zilveren Kruis, na intensief contact, zich het recht voorbehouden om (financiële) maatregelen te nemen bij de zorgaanbieder.</p> <p>Het is echter geenszins onze intentie om het zover te laten komen.</p>
<p>In paragraaf 1.3.1 omtrent kanslijn 3 stelt u initiatieven te nemen om maximale zelfredzaamheid te stimuleren. Als VG-aanbieder met een zeer grote cliëntpopulatie met een VG7 zien wij grote uitdagingen hierbij. Kunt u aangeven welke initiatieven tot zelfredzaamheid u voor deze populatie in gedachten heeft? En hoe wordt omgegaan in die initiatieven met de kwaliteit, aansprakelijkheid en bedrijfsrisico's?</p>	<p>Ons inkoopbeleid opent in paragraaf 1.3.1. met de volgende passage in de 2e alinea:</p> <p>We zien daarbij dat het akkoord een transitie in gang zet, maar ook ondersteunend is aan wat de gehandicaptenzorg dagelijks doet: ervoor zorgen dat mensen zich kunnen ontwikkelen binnen de mogelijkheden die ze hebben. Wij vertalen dit naar maximale zelfredzaamheid, omdat we constateren dat afspraken over de kanslijnen bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van onze klanten.</p> <p>Zilveren Kruis onderkent dat zelfredzaamheid een andere invulling heeft in de GZ dan in andere sectoren. En binnen de GZ verschilt dit per doelgroep. We onderkennen ook dat de VG7 een moeilijke doelgroep is.</p> <p>Dat gezegd hebbende: Zilveren Kruis gaat tijdens de looptijd van het inkoopbeleid goede voorbeelden delen die we waarnemen in onze regio's. Dat doen we ook voor de VG7.</p>
<p>U stuurt aan op uitbreiding van VPT en MPT. Wettelijk is vastgelegd dat Wlz-verzekerden recht hebben op zorg met verblijf. Hoe ziet u uw rol als zorgkantoor in de wens tot groei van VPT/MPT in relatie tot de wetgeving? En welke houding neemt u in richting nieuwe klanten bij</p>	<p>Zilveren Kruis constateert dat een groter aandeel VPT/MPT mogelijk is. Simpelweg doordat andere zorgaanbieders het doen. Wij dwingen niemand tot een leveringsvorm die hij/zij niet wil. We gaan wel in overleg met zorgaanbieders die achterblijven op hun aandeel VPT/MPT en de redenen waarom.</p>

het eerste contact dat u heeft volgens het Voorschrift Zorgtoewijzing?	
U zet doormiddel van MPT en/of VPT in op ambulantisering. In de ouderenzorg begrijpen we deze beweging doordat ouderen veelal beschikking hebben over eigen opgebouwd vermogen. Maar de gehandicaptenzorg is een hele andere setting. Ambulantisering wordt als oplossing ingezet ondanks dat onvoldoende duidelijk is of er daadwerkelijk een besparing, zowel financieel als op inzet arbeidskracht, optreedt voor de samenleving. Wat verwacht u aan groei van MPT/VPT in de gehandicaptenzorg? Waar dienen uw klanten te gaan wonen in het licht van de te krappe woningmarkt en hun inkomenspositie? Welke rol neemt u hierin zelf om te voorzien in voldoende beschikbare huisvesting?	Zilveren Kruis sluit in haar beleid aan op de kanslijn uit het landelijk akkoord. We willen voor iedere cliënt een eigen veilige plek in de samenleving. Als het kan zo zelfstandig mogelijk. Daarin willen we het gesprek aangaan met zorgaanbieders aan de hand van goede voorbeelden en spiegelinformatie. We willen weten waarom het in vergelijkbare gevallen de ene zorgaanbieder wel lukt om meer zorg te bieden voor cliënten in een VPT/MPT en de andere niet en daar vervolgens afspraken over maken.
We willen zorgaanbieders stimuleren meer extramuraal zorg te leveren door hierover spiegelinformatie aan te bieden. We willen in gesprek met zorgaanbieders die in vergelijking met andere vergelijkbare zorgaanbieders achterblijven in hun aandeel MPT en VPT. Met als doel om gericht afspraken te maken over het vergroten van het aanbod extramuraal zorg, zodat klanten meer kunnen kiezen voor het hebben van een eigen woning. Hoe verhoudt dat zich tot de LVB-doelgroep? De LVB-indicaties, mogen enkel in de vorm van verblijf verzilverd worden. Is het mogelijk voor de lagere zzp's een zorgaanbod te ontwikkelen, die in de vorm van VPT gefinancierd wordt?	We gaan in gesprek om te kunnen duiden waarom vergelijkbare zorgaanbieders afwijken in hun aandeel VPT/MPT. Als er goede verklaringen bestaan voor het achterblijven van het aandeel VPT/MPT, dan is dat voor Zilveren Kruis aanleiding om geen resultatenafspraken over het aandeel VPT/MPT te maken.

1.4 Een structurele inzet van bewezen effectieve innovaties

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 1.4.1</i>	
Hoe zorg je bij de inzet van DiGi Contact voor de sociale component van bewoners onderling en met medewerkers?	DigiContact is een aanvulling op fysieke zorg. Zodat bewoners vragen of problemen die niet kunnen wachten tot het contactmoment met de begeleider tussentijds op kunnen pakken. We zien dat dit daardoor echt een verrijking is voor zowel bewoners als medewerkers. Voor meer informatie over DigiContact en hun werkwijze kunt u het beste contact opnemen met DigiContact via hun website (www.digicontact.nl)
<i>Subparagraaf 1.4.2</i>	

<p>U schrijft dat er uiterlijk 31 december 2023 en digitale lijst met succesvolle technologische, sociale en product innovaties op de website komt. Daarbij schrijft u dat succesvolle initiatieven zijn onderdeel van reguliere zorg. Welke succesvolle initiatieven schaaft u onder reguliere zorg?</p>	<p>Alle succesvolle initiatieven hebben zich in de praktijk bewezen. Daarom zien wij de oplossingen genoemd op de lijst al als reguliere zorg.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.3</i></p>	
<p>Kunt u toelichten wat uw definitie is voor de koplopers bij de implementatie van innovaties? Aan welke voorwaarden moeten zij voldoen en hoe worden zij erkent als koploper? Hoe wordt vastgesteld welke innovaties door koplopers geïmplementeerd mogen worden? Hoe wordt deze kennis gedeeld en welke inzet vraagt u hiervan aan de zorgaanbieder? Hoe verhouden deze innovaties zich tot die zoals bedoeld in de kanslijnen onder kanslijn 2? Zijn hieraan voorwaarden verbonden en zo ja welke wanneer zij naast elkaar worden ingezet binnen 1 organisatie? Worden deze koplopers jaarlijks opnieuw aangewezen of per innovatie? Kan een zorgaanbieder gelijktijdig koploper zijn op 1 innovatie en regulier een andere innovatie implementeren? Kun je als koploper eenzelfde innovatie vervolgens ook als bewezen/reguliere innovatie verder in de organisatie implementeren? Kunt u toelichten hoe het 'leg uit of pas toe' principe werkt? Welke consequenties zijn hieraan verbonden en op welke wijze dient verantwoording afgelegd te worden</p>	<p>Koplopers experimenteren en ontwikkelen nieuwe innovaties. Ze valideren de meerwaarde in de praktijk. Innovatie is het ontwikkelen, toepassen en verbeteren van nieuw beleid, producten en diensten. Daarmee verbeteren we de toegankelijkheid van zorg en besparen we arbeid. Wij horen van zorgaanbieders dat zij zelf goed weten op welke onderdelen zij koploper zijn en daarmee dus voorlopen op andere zorgaanbieders. Daarom hebben we geen scherpe afbakening geformuleerd waar een koploper aan moet voldoen. Koplopers bieden we financiering voor validatie van experimenten en een podium om ervaringen te delen (zowel briljante mislukkingen als succes verhalen). Hoe we deze kennis en ervaring gaan delen met andere zorgaanbieders bespreken we samen met de betreffende koploper(s). In het verleden hebben we ervaringen gedeeld via interviews, vlogs, webinars en publicaties.</p> <p>Zorgaanbieders die gebruik willen maken van koploper financiering kunnen bij hun zorginkoper het format opvragen. Zilveren Kruis zal deze aanvragen beoordelen. Bij het beoordelen van de aanvragen houden we er rekening mee of deze innovatie ook echt nieuw is (met andere woorden, nog niet op grote schaal in Nederland wordt ingezet). Ook nemen we mee hoe ver een zorgaanbieder is met het implementeren van succesvolle initiatieven. Aanvragen van zorgaanbieders die daar nog een grote opgave hebben (bij aanvang van dit beleid nog geen enkel succesvol initiatief hebben geïmplementeerd) kunnen we om die reden afwijzen. Tot slot houden we rekening met de hoeveelheid aanvragen voor validatie van een innovatie. We streven er naar om zoveel mogelijk validaties van verschillende innovaties te bekostigen in plaats van vele malen de validatie van een en dezelfde innovatie. Dit is van belang omdat hiermee de lijst met succesvolle initiatieven groeit die door andere Dit zorgaanbieders kunnen worden geïmplementeerd.</p>

	<p>Zorgaanbieders kunnen inderdaad gelijktijdig koploper zijn op 1 innovatie en als volger een succesvol initiatief implementeren. Zorgaanbieders die als koploper een innovatie hebben gevalideerd doen dat vaak op beperkte schaal in de organisatie. Wanneer zij bij een positief resultaat daarna overgaan tot implementatie in de gehele organisatie, dan rekenen wij deze mee als 1 van de 3 succesvolle initiatieven.</p> <p>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). Met uw inkoper en kwaliteitsadviseur gaat u in gesprek over welke succesvolle initiatieven u implementeert en eventueel welke innovaties u valideert. Ook bespreekt u met hen de voortgang.</p> <p>Zilveren Kruis onderschrijft de transitie die door het landelijk akkoord gehandicaptenzorg reeds in gang is gezet. Ook geven we die transitie een impuls door in dit inkoopbeleid resultaatafspraken te maken in lijn met het landelijk akkoord.</p>
<p>Als je al een innovatie uit de lijst nieuwe innovaties al hebt geïmplementeerd, moet je dan alsnog 3 nieuwe innovaties implementeren?</p>	<p>Ja.</p>
<p>Waar kan de lijst met succesvolle initiatieven gedownload worden vanaf december 2023?</p>	<p>Een eerste versie delen we uiterlijk 31 december 2023 via de website van Zilveren Kruis. Op dit moment kunnen we de exacte URL nog niet met u delen. Wij zullen u middels een nieuwsbrief informeren dat een eerste versie van de lijst beschikbaar is alsook waar u deze kunt vinden.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.4</i></p>	
<p>Het Zorgkantoor stelt dat het implementeren van succesvolle initiatieven als vanzelfsprekend wordt gezien. Kan het Zorgkantoor aansluiten, voor het implementeren van een bewezen of nieuwe innovatie, op de aanpak van de Innovatie-route (Kennisplein gehandicaptenzorg) die gebaseerd is op het implementatiemodel van ZonMw aangevuld met kennis en handvatten voor het gebruik van technologie in de praktijk?</p>	<p>Voor het opstellen van de lijst zoeken we voor alle sectoren, dus ook voor de GZ, aansluiting met alle ontwikkelingen die al binnen de sector gaande zijn. Dat betekent dat we met bijvoorbeeld Academy 't Dorp in gesprek zijn om hiervoor samen op te trekken.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.5</i></p>	
<p>U stelt een lijst met succesvolle initiatieven op, waaruit zorgaanbieders gedurende drie jaar drie initiatieven moet implementeren. Wij constateren dat eerdere lijsten niet altijd passend worden ervaren in de</p>	<p>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</p>

<p>gehandicaptenzorg. Als er op de lijst inderdaad geen/onvoldoende bij onze cliëntengroep passende initiatieven gepubliceerd worden, hoe gaat u daarmee om?</p>	<p>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.</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>
<p>U geeft in het inkoopbeleid aan dat u uiterlijk 31-12-23 een eerste versie deelt met mogelijk (technische) innovaties. Op dat moment is de inschrijving al geweest. Kunt u eerder, voor einddatum inschrijving, aangeven aan wat voor concrete innovaties gedacht dient te worden waar aan moet worden voldaan?</p>	<p>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.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.6</i></p>	
<p>Hoe verhoudt deze 'verplichting' zich tot kanslijn 2?</p>	<p>Wij steunen in ons beleid het landelijk akkoord in de GZ en de daaruit voortgekomen kanslijnen die de transitie in de GZ versnellen. Omdat wij geloven dat innovatie echt bijdraagt aan de uitdagingen in de GZ willen wij dat alle zorgaanbieders inzetten op bewezen effectieve innovatie. Daarom maken we met alle zorgaanbieders resultaatafspraken. Daarmee versnellen we de beweging die het landelijk akkoord reeds heeft ingezet.</p>
<p>Arbeidsbesparende technologie: wat verstaat u onder bewezen technologie? En hoe verhoudt de 'bewezen' technologie zich tot de voorwaarden vanuit de regeling Langdurige Zorg en de vertaling in het Wlz-kompas? Zijn de arbeidsbesparende technologieën altijd voor rekening van de zorgaanbieder? Ook als de cliënt zelf deze middelen regulier kan aanschaffen?</p>	<p>Voor de technologische en digitale innovaties werken wij samen met ZN, het Kenniscentrum Digitale Zorg en de brancheorganisaties. De lijst met succesvolle initiatieven vullen wij met inhoudelijke informatie, onder andere kosten en baten.</p>
<p>De landelijke afspraak over de kanslijnen betref een alomvattende meerjarenafpraak. In dit zorginkoopbeleid 2024-2026 worden er diverse</p>	<p>Zilveren Kruis onderschrijft de transitie die door het landelijk akkoord gehandicaptenzorg reeds in gang is gezet. Ook geven we die transitie een impuls</p>

resultaatafspraken aan toegevoegd. Waarom worden de inhoudelijke afspraken niet beperkt tot de kanslijnen?	door in dit inkoopbeleid resultaatafspraken te maken in lijn met het landelijk akkoord.
Vraag: In het inkoopbeleid staat dat het uitgangspunt is dat elke zorgaanbieder bezig is met het implementeren, borgen en opschalen van één of meer succesvolle initiatieven. Ook staat er dat succesvolle initiatieven bewezen effectieve innovaties zijn die arbeid besparen. Betekent dit dat succesvolle initiatieven die geen arbeid besparen geen onderdeel zijn van de resultaatafspraken die u gaat maken?	Voor technologische en digitale innovaties hanteren we het zorgtransformatiemodel van het Kenniscentrum Digitale Zorg. We kijken naar het effect van de oplossing op duurzaamheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Gezien de uitdagingen waar we samen voor staan om de langdurige zorg nu en in de toekomst toegankelijk te houden is toegankelijkheid voor Zilveren Kruis doorslaggevend voor het maken van resultaatafspraken.
In het Inkoopdocument schrijft u dat u van zorgaanbieders een uitgewerkte visie en strategie op innovatie verwacht. U maakt resultaatafspraken om gedurende de looptijd 3 nieuwe initiatieven te implementeren. Klopt het dat u hiervoor niet van zorgaanbieders verwacht dat ze een plan opstellen en indienen? Zo nee, kunt u aangeven op welk moment en welke informatie u hierover aangeleverd wilt krijgen?	Tijdens het contracteringsproces en de gesprekken hoeft u nog geen definitieve keuze aan te geven ten aanzien van welke 3 succesvolle initiatieven u gaat implementeren. U heeft 3 jaar de tijd om in uw eigen tempo de 3 succesvolle initiatieven te implementeren. U mag dus gedurende deze 3 jaar kiezen welke u implementeert. U hoeft hier ook geen plan voor op te stellen en in te dienen. U bespreekt samen met uw zorginkoper welke 3 succesvolle initiatieven u implementeert alsook de voortgang.
<i>Subparagraaf 1.4.7</i>	
U stelt een lijst met succesvolle initiatieven op, waaruit zorgaanbieders gedurende drie jaar drie initiatieven moet implementeren binnen de gehele organisatie, voor alle klanten waarvoor dit passend is. Daarbij gaat u uit van het 'pas toe of leg uit'-principe. Kunt u toelichten hoe u dit praktisch ziet? Moet bijvoorbeeld voor elke individuele cliënt vastgelegd worden waarom voor deze cliënt de innovatie niet geïmplementeerd wordt?	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).
Wij gaan ervan uit dat u met 'in de gehele organisatie' implementeren van innovaties' het volgende bedoelt: onder alle WLZ cliënten van zorgkantoor Zilveren Kruis waar de betreffende innovatie voor van toepassing is. Mocht u hier toch de hele organisatie bedoelen dan maken wij hiertegen bezwaar omdat uw contract hier niet op ziet en er ook andere doelgroepen binnen de gehele organisatie kunnen zijn waar een gekozen innovatie niet van toepassing voor is.	Het beleid van Zilveren Kruis Zorgkantoor is alleen van toepassing op de Wlz zorg welke wij contracteren. Daarmee geldt inherent dat dit beleid alleen van toepassing is op het Wlz-gefinancierde deel van uw organisatie. Aanpassing van de zinsnede in ons beleid is daarom niet noodzakelijk.
Diverse andere zorgkantoren verplichten ons ook om innovaties te implementeren. Tellen ook innovaties mee die door andere zorgkantoren opgenomen / aangedragen zijn, maar die niet op de lijst van Zilveren Kruis staan?	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

	<p>integrale tarieven reeds financiële ruimte is. Uitgangspunt is dat succesvolle initiatieven ook leidt tot arbeidsbesparing en dus financiële ruimte geeft.</p>
<p>Moeten innovaties in de periode 2024 – 2026 geïmplementeerd worden, of tellen ook innovaties mee die al eerder geïmplementeerd zijn? Zo nee, adviseert u ons dan om de implementatie van innovaties uit te stellen?</p>	<p>We maken beleid met ingang van 2024. Vandaar dat we 1 januari 2024 als startdatum hanteren voor de resultaatafspraken. 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 resultaatafspraken.</p> <p>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/).</p>
<p>Wat is de definitie van "geïmplementeerd worden"? Is dat starten, uitvoeren en/of afronden? Met andere woorden: wat moet de status zijn van de implementatie op 31 december 2026?</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht van zorgaanbieders dat zij op 31 december 2026 3 succesvolle initiatieven volledig geïmplementeerd hebben. Dat betekent dat elke klant die baat heeft bij de oplossing, daar ook gebruik van maakt. De implementatie is dan dus volledig afgerond. De geïmplementeerde succesvolle initiatieven zijn de nieuwe standaard werkwijze geworden binnen uw organisatie.</p>
<p>Wij vertegenwoordigen als coöperatie ruim 250 kleinschalige zorgaanbieders met elk hun eigen onderneming, (vastgoed)exploitatie en jaarrekening. Onze zorgaanbieders leveren uitsluitend WLZ-zorg op basis van MPT en VPT. Hoe verwacht het zorgkantoor van coöperaties dat zij 3 succesvolle initiatieven "introduceren en structureel borgen [...] in het primaire proces binnen uw gehele organisatie"? Is het voldoende dat in de Zilveren Kruis regio een aantal van de zorgaanbieders binnen de coöperatie aantoonbaar kunnen voldoen aan deze afspraak?</p>	<p>Met gehele organisatie doelen we op alle plekken in uw organisatie waar het succesvol initiatief toepasbaar is. We willen bereiken dat elke klant die baat heeft bij een succesvol initiatief, daar ook gebruik van kan maken.</p>
<p>Worden er 3 succesvolle initiatieven per overeenkomst of per sector verwacht?</p>	<p>We verwachten dat u voor uw organisatie als geheel 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeert.</p>
<p>Bent u het met ons eens dat er bij deze voorwaarde wel rekening moet worden gehouden met de realistische mogelijkheden van een kleinschalige extramurale aanbieder en zo ja, hoe zou dat er dan uitzien?</p>	<p>Nee, daar zijn wij het niet mee eens. Gezien de grote uitdagingen waar we voor staan willen en moeten we de implementatie van succesvolle initiatieven versnellen. Daarom geldt voor alle zorgaanbieders -klein en groot - dat wij verwachten</p>

	dat zij gedurende de looptijd van ons beleid 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeren.
Bij deze resultaatsafspraken staat vermeld dat de 3 initiatieven binnen de gehele organisatie moeten worden geïmplementeerd. Hoe ziet u dit bij zorgaanbieders die ook contracten sluiten met andere zorgkantoren?	Zilveren Kruis verwacht inderdaad van u dat u 3 succesvolle initiatieven binnen uw zorgorganisatie implementeert. Ook andere zorgkantoren zetten in hun beleid in op implementatie van innovatie binnen uw organisatie. Daarom gaan wij ervan uit dat dit voor u geen problemen oplevert.
Op welke wijze wordt de deelname aan huidige al lopende transitie projecten gehonoreerd? Of moet in alle gevallen een volledig nieuwe projectaanvraag worden gedaan?	Wij begrijpen niet helemaal waar u op doelt. Indien u in deze Nota van Inlichtingen geen antwoord vindt op uw vraag, dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
<i>Subparagraaf 1.4.8</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 1.4.9</i>	
Op welke wijze vindt afstemming/monitoring plaats over de 3 innovaties?	Onze inkoper gaat met u in gesprek over de voortgang van de implementatie.
In paragraaf 1.4.9 geeft u aan dat er eventueel passende maatregelen genomen kunnen worden als blijkt dat er niet 3 succesvolle initiatieven zijn geïmplementeerd. Welke criteria worden gehanteerd voor het meten van onvoldoende implementatie van de succesvolle innovaties?	We hanteren geen uitputtende lijst met criteria. Zilveren Kruis gaat uit van uw intrinsieke motivatie. We gaan pas over tot het bespreken van passende maatregelen indien zorgaanbieders gedurende de looptijd van het beleid geen enkele stap hebben ondernomen om over te gaan tot implementatie van 3 succesvolle initiatieven.
Welke passende maatregelen neemt ZK op het moment dat het voor een zorgaanbieder niet haalbaar is om drie bewezen innovaties te implementeren binnen drie jaar te implementeren om dat de lijst geen passende innovaties biedt voor de doelgroep die in zorg is?	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).
<i>Subparagraaf 1.4.10</i>	
Het gaat om Het structureel inzetten van bewezen effectieve innovaties. Wij kopen in op 3 sectoren binnen de WLZ: V&V, GZ en GGZ. Het structureel inzetten van bewezen effectieve innovaties. Met innovatie kunnen we de zorg slimmer en efficiënter inrichten en arbeidsbesparend werken. We verwachten van zorgaanbieders een visie en strategie op innovatie. We zien implementatie van succesvolle initiatieven als vanzelfsprekend. Daarom maken we met zorgaanbieders resultaatafspraken om gedurende de looptijd van dit beleid 3 nieuwe succesvolle initiatieven	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.

<p>te implementeren. Met koplopers maken we afspraken om innovaties te valideren. We verbinden koplopers die met dezelfde innovaties starten, om van elkaar te leren en ervaringen te delen. Hoeveel bewezen effectieve innovaties moeten het er dan minimaal zijn? Uiteindelijk 3 per sector, maar mogen deze over de sectoren heen dezelfde zijn? Of zijn voor aanbieders die op meerdere sectoren werkzaam zijn meerdere initiatieven vereist (maximaal: 3x3=9)?</p>	
<p><i>Subparagraaf 1.4.11</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Subparagraaf 1.4.12</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Subparagraaf 1.4.13</i></p>	
<p>"Financiering van innovatie maakt onderdeel uit van de integrale tarieven." Beschikbare capaciteit (mensen) en middelen (geld) zijn beperkt. Op veel vlakken - bijvoorbeeld innovatie, duurzaamheid, regionale samenwerking en aanbieden hoog complexe zorg - wordt aan organisaties gevraagd in actie te komen. In dergelijke trajecten gaan vrijwel altijd de kosten voor de baten. Hoe gaat het Zorgkantoor bijdragen aan het realiseren van alle aan de GZ opgelegde doelen terwijl organisaties financieel nu al ernstig onder druk staan en continuering van het verlenen van minimale zorg op dit moment al onder (financiële) druk staat?</p>	<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 leiden tot arbeidsbesparing en dus financiële ruimte geven.</p>
<p>Bewezen innovaties voor de VG in het algemeen zijn in veel gevallen niet altijd toegankelijk voor mensen met een zintuiglijke beperking (visueel en/of auditief) en daardoor niet direct toepasbaar in hun leefomgeving in de langdurige zorg. In hoeverre stelt het zorgkantoor geld beschikbaar van de validatie van bewezen initiatieven voor deze doelgroep en het toepasbaar maken voor de zintuiglijke beperking?</p>	<p>Wij erkennen dat GZ initiatieven regelmatig niet één op één te benutten zijn in de zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Wij maken in ons beleid geen uitzondering voor financiering van koplopers. Dat betekent dat u geen aanvraag kan doen voor koploper financiering om een bewezen effectieve GZ innovatie te valideren voor de ZG. Omdat wij het met jullie eens zijn dat GZ oplossingen niet één op één toe te passen zijn voor de ZG erkennen wij dat we voor de ZG op maat moeten kijken naar de innovaties die jullie willen implementeren. Wij weten dat er specifiek door en voor jullie branche veel is en wordt ontwikkeld. Uw inkoper gaat graag in gesprek om een afspraak te maken over kansrijke en effectieve innovaties die bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid van ZG zorg.</p>

1.5 **We realiseren onze doelen binnen de financiële kaders met een optimale inzet van middelen**

Vraag	Antwoord
<p>Zilveren Kruis zet in op omzetting van de leveringsvorm PGB naar ZIN bij de levering van zorg in geclusterde wooninitiatieven. Bij de omzetting naar ZIN van klanten in deze initiatieven lopen we vaak aan tegen de beperkingen die deerschikking geeft (feitelijk zijn er maar enkele maanden per jaar waarop dit kan zonder grote bevoorschottingsrisico's). Het zorgkantoor zou deze beweging kunnen stimuleren door intern het PGB budget naar ZIN over te hevelen bij het maken van de herschikkingsafpraak. Kan Zilveren Kruis deze overheveling faciliteren?</p>	<p>Zilveren Kruis voert momenteel een project uit waarmee we belemmeringen in kaart brengen voor het overhevelen van wooninitiatieven van PGB naar ZIN. We nemen uw vraag mee en nemen indien gewenst contact op met uw organisatie om uw suggestie te bespreken.</p>
<p>Vraag: In het inkoopbeleid geeft u aan dat u de inkoopdoelen gaat realiseren met optimale inzet van middelen, binnen de geldende financiële kaders. Betekent dit dat u van mening bent dat het geldende financiële kader voldoende is voor afspraken met de aanbieders om alle gestelde inkoopdoelen te realiseren? Zo ja, kunt u dat toelichten. Zo nee, wat gaat u doen richting de NZa respectievelijk VWS om een realistischer financieel kader voor elkaar te krijgen?</p>	<p>Uit jurisprudentie blijkt dat zorgkantoren hun tariefonderbouwing kunnen baseren op de beschikbare meest recente cijfers. Dat zijn in dit geval de vastgestelde jaarrekeningen 2021. Dat is een t-2 systematiek (we kijken nu in 2023 2 jaar terug). Daarbij gaan zorgkantoren er vanuit dat de NZa de maximumtarieven adequaat indexeert voor loon- en prijsontwikkelingen en dat VWS de daarvoor benodigde middelen beschikbaar stelt. Indien dat niet gebeurt, dan vormt dit voor zorgaanbieders een risico voor hun dienstverlening en is dat voor zorgkantoren een risico voor hun zorgplicht. Zilveren Kruis benadrukt dit belang in haar contacten met zowel de NZa als VWS.</p> <p>Bovenstaande systematiek laat onverlet dat de betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk staat. Ook Zilveren Kruis vindt dat we meer zullen moeten doen met minder. Daar hoort wat ons betreft eerst het goede gesprek bij over hoe we dat gaan doen. We sluiten echter niet uit dat deze ontwikkeling zich ook vertaalt in de tarieven.</p>
<p>Vraag: De titel van paragraaf 1.5 is "We realiseren onze doelen binnen de financiële kaders met een optimale inzet van middelen". Wie bedoelt u met 'we'? Wij hebben sterk de indruk dat het zorgkantoor zowel het realiseren van de inkoopdoelen als het geldende financiële kader tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders maakt. Kunt u dat toelichten? Wij zijn er namelijk niet zeker van dat de aanbieders de inkoopdoelen binnen de geldende financiële</p>	<p>We zien dit als een gezamenlijk verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en zorgaanbieders.</p> <p>Het is onze wettelijk taak en onze opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat we de Wlz doelmatig uitvoeren. Dat betekent voor ons een optimale inzet van middelen binnen de contracteerruimte van Zilveren Kruis. We hebben ook zorgplicht richting onze klanten. Als blijkt dat de contracteerruimte niet voldoende of de</p>

<p>kaders kunnen realiseren. Bezwaar: Wij maken bezwaar tegen het feit dat de financiële effecten van het overheidsbeleid door het zorgkantoor, als gevolg van hun beleid om binnen de financiële kaders te blijven, integraal worden neergelegd bij de zorgaanbieders.</p>	<p>financiering niet passend is gaan we hierover in gesprek met VWS en/of de NZa. We passen ons beleid op dit punt niet aan.</p> <p>Als u bezwaar hebt tegen de financiële effecten van het overheidsbeleid dan adviseren wij u dit kenbaar te maken bij de hiervoor verantwoordelijke partij.</p>
<p>Begrijp ik goed dat u de voorkeur heeft om PGB wooninitiatieven om te zetten naar ZiN. Welke invloed heeft u als zorgkantoor om dit te bewerkstelligen bij deze wooninitiatieven om de ondernemer hierin te steunen.</p>	<p>Zilveren Kruis vindt PGB een geschikte leveringsvorm als cliënten een keuze hebben in de zorg die ze kiezen en daar vervolgens daadwerkelijk zelf regie op kunnen voeren. Bij zorgaanbod waarbij het niet lukt om dit te organiseren, vindt Zilveren Kruis ZiN (verblijf/vpt/mpt) een beter passende leveringsvorm.</p> <p>Daarnaast heeft Zilveren Kruis vanuit de ZiN-overeenkomsten een beter zicht op de kwaliteit van zorg en de bedrijfsvoering van de instelling.</p> <p>Daarom moedigen wij het overhevelen van PGB-wooninitiatieven naar ZiN aan. In ZN-verband loopt er een onderzoek naar de mogelijkheden om een overheveling effectief vorm te geven. Denk bijvoorbeeld aan een coöperatie. Zilveren Kruis voert zelf een pilot uit om de belemmeringen van een overheveling in kaart te brengen en wil vervolgens onderzoeken of we de overheveling eenvoudiger kunnen maken.</p>

1.6 We stimuleren ondernemerschap in de GZ

Vraag	Antwoord
<p>"Het aankomende jaar willen we daarom graag met u verkennen hoe we het ondernemerschap in de sector kunnen stimuleren." Ondernemerschap in de GZ lijkt de afgelopen jaren o.a. ruimte te hebben geboden voor excessieve winsten, selectief voordeel beleid voor aanname cliënten (cherry picking) en het omzeilen van kwaliteitskaders. Ondernemerschap kan bijvoorbeeld gaan over winstmaximalisatie. Welke element van ondernemerschap wil het Zorgkantoor graag stimuleren en hoe voorkomt het Zorgkantoor bestaande excessen?</p>	<p>De voorbeelden die u aanhaalt passen in ieder geval niet bij onze visie op goed ondernemerschap.</p> <p>Zilveren Kruis hanteert deze paragraaf, omdat we beseffen dat de huidige inkoopvoorwaarden zich richten op het voortzetten van het bestaande zorgaanbod.</p> <p>We nodigen bestaande en nieuwe zorgaanbieders daarom graag uit om met vernieuwende ideeën het gesprek aan te gaan over nieuwe mogelijkheden en willen kansrijke initiatieven graag ondersteunen. Daarbij laten we het ondernemerschap aan de zorgaanbieders. We vullen het bewust niet vooraf al in. Zilveren Kruis let daarbij op de kwaliteit,</p>

	toegankelijkheid (cherry picking) en het rendement (excessieve winsten).
--	--

2 Ruimte voor de regio

2.1 We werken aan de regio van de toekomst

Vraag	Antwoord
Hoe verhoudt het nieuwe beleid zich tot de reeds gemaakte afspraken voor regionale samenwerking en de voortgang van projecten binnen de VGU na 2024?	Het is onze intentie om meerjarige afspraken te continueren.
Begrijp ik goed dat het programmamanagement betaald wordt uit de transitiebudgetten?	Ja
Kan het Zorgkantoor toelichten hoe de selectie van de regio plaatsvindt? Welke criteria worden er gesteld?	We selecteren de regio die voor Zilveren Kruis de beste uitgangspunt heeft op basis van de huidige (bestaande) (bestuurlijke) samenwerking.
Wij zijn een bestaande aanbieder. In paragraaf 6.8.4 stelt het Zorgkantoor dat als er wijzigingen hebben plaatsgevonden t.o.v. de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of overeenkomst dit gemeld moet worden aan het Zorgkantoor. Wij hebben per augustus 2022 een nieuwe bestuurder, deze wijziging is ook doorgevoerd in onze KvK. Kan het Zorgkantoor bevestigen dat zij ons als bestaande aanbieder blijven zien en geen aanvullende documenten hoeven aan te leveren voor deze wijziging?	Als u de aanstelling van de nieuwe bestuurder bij het zorgkantoor gemeld heeft en u stuurt een gewijzigd uittreksel van de KvK mee met de inschrijving, dan zien wij u nog steeds als een bestaande zorgaanbieder.
Regionale samenwerking is belangrijk. In het inkoopbeleid zien wij weinig aandacht voor bovenregionale voorzieningen. Hoe kunnen deze organisaties op een praktische wijze aansluiten bij regionale tafels?	Bovenregionale voorzieningen zijn veelal bekend bij de aanwezigen van de regionale tafels. Ook kunnen bovenregionale voorzieningen cliënten aandragen voor bespreking op een tafel. Dat lijkt ons een praktische invulling. Mocht u tegen problemen aanlopen hierbij, dan raden we u aan dat met uw inkoper te bespreken.

2.2 Afspraken over regionale ketensamenwerking

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

2.3 We stimuleren regionale samenwerking

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
"Financiering door Zilveren Kruis vindt plaats via één of meerdere kassiers (één van de	Nee

betrokken zorgaanbieders)." Krijgt de desbetreffende kassier ook een vergoeding voor de kosten die zijn gemaakt voor het uitvoeren van de kassiers taken?	
---	--

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

Vraag	Antwoord
"Bij het maken van de afspraken wordt vastgelegd op welke wijze partijen de voortgang en resultaten monitoren en verantwoorden." en "Waarbij het uitgangspunt is de verantwoordingslast te beperken." Hoe gaat het Zorgkantoor invulling geven aan het uitgangspunt om de verantwoordingslast te beperken?	De mate waarin het lukt om de verantwoordingslast te beperken is afhankelijk van de afspraken die worden vastgelegd. Zoals u terecht aanhaalt, is het inderdaad ons uitgangspunt bij het maken van de afspraken dat we verantwoordinglast beperken.

3 Duidelijkheid met meerjarige tarieven

Vraag	Antwoord
<p>Welk verschil komt er t.o.v. het huidige tariefpercentage?</p>	<p>Deze vraag is niet zelfstandig leesbaar. Het is ons niet duidelijk wat u bedoelt/vraagt.</p>
<p>De totale stapeling van hogere kosten op alle terreinen, in combinatie met lagere tarieven vg 3 en 4, de inzet van PNIL, de korting op de NHC en NIC, de verhoging van de CAO maken de financiële vooruitzichten blijvend zeer somber. Om de transformatie opgave de benodigde tijd te geven, zou het helpend zijn als de financiële druk wordt verlaagd door een passende tarifiering en volledige compensatie van de CAO verhogingen en het uitstellen van de NHC en NIC kortingen. Op welke manier gaat Zilveren Kruis hier een voortrekkersrol in vervullen en wat heeft Zilveren Kruis hier meer in te bieden als tot op heden? Dit om te kunnen komen tot een financieel renderend zorgbedrijf.</p>	<p>Uit jurisprudentie blijkt dat zorgkantoren hun tariefonderbouwing kunnen baseren op de beschikbare meest recente cijfers. Dat zijn in dit geval de vastgestelde jaarrekeningen 2021. Dat is een t-2 systematiek (we kijken nu in 2023 2 jaar terug). Daarbij gaan zorgkantoren er vanuit dat de NZa de maximum tarieven adequaat indexeert voor loon- en prijsontwikkelingen en dat VWS de daarvoor benodigde middelen beschikbaar stelt. Indien dat niet gebeurt, dan vormt dit voor zorgaanbieders een risico voor hun dienstverlening en is dat voor zorgkantoren een risico voor hun zorgplicht. Zilveren Kruis benadrukt dit belang in haar contacten met zowel de NZa als VWS.</p> <p>Bovenstaande systematiek laat onverlet dat de betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk staat. Ook Zilveren Kruis vindt dat we meer zullen moeten doen met minder. Daar hoort wat ons betreft eerst het goede gesprek bij over hoe we dat gaan doen. We sluiten echter niet uit dat deze ontwikkeling zich ook vertaalt in de tarieven.</p>
<p>U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Betekent dit bijvoorbeeld dat er geen wijzigingen zijn in de doelmatigheid van de sector? Of werkt in uw ogen 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig, en waar baseert u dat op?</p>	<p>Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een veel hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. 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. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in de Onderbouwing van de richttariefpercentages Wlz.</p>

3.1 Duidelijkheid voor meerdere jaren over onze tariefpercentages

Vraag	Antwoord
<p>Geldt het richttariefpercentage ook voor meerzorg? Indien nee, wat is het tariefpercentage voor meerzorg? Indien ja, waarom wordt er geen onderscheid gemaakt voor meerzorg? Meerzorg tarieven zijn niet kostendekkend, o.a. door overheadsopslag die niet vergoed wordt en PNIL die noodgedwongen moet worden ingezet.</p>	<p>In Bijlage 8 - Prestatietabel Regulier - Specifiek - tariefpercentage 2024 treft u het overzicht van alle tariefpercentages. Daarin ziet u dat Zilveren Kruis meerzorg in de GZ vergoedt tegen het landelijke richttariefpercentage (95,7%). In het Voorschrift Zorgtoewijzing (meest recente versie 2023) kunt u lezen in 4.5.4. (uitgangspunten meerzorg) dat de Meerzorg regeling de meerkosten inzet van PNIL niet vergoedt. Dit betreft overigens een landelijke regeling en geen specifiek Zilveren Kruis beleid. De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid.</p>
<p>Het richttariefpercentage is voor 3 jaar vastgesteld. Echter zullen per 2025 als gevolg van het NZa kostenonderzoek de tarieven wijzigen. Zorgaanbieders kunnen het risico van een onjuist richttariefpercentage bij vanaf 2025 gewijzigde tarieven niet dragen. Bent u bereid om per 2025 dit percentage opnieuw vast te stellen afhankelijk van de in 2025 gewijzigde tarieven? Zo ja, hoe. Zo nee, waarom niet en wat verwacht u hierbij dan van de zorgaanbieder?</p>	<p>Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Als het opnieuw berekende richttariefpercentage (o.b.v. de meest recente jaarrekeningen en declaratiegegevens) substantieel afwijkt van het vastgestelde richttariefpercentage kan dit aanleiding geven tot het aanpassen van het richttariefpercentage in het eerst volgende inkoopjaar. De analyse op basis van data 2022 wordt uitgevoerd in de periode september t/m december 2023.</p>
<p>Kunt u aangeven wat het zorgkantoor classificeert als hoge of lage zorg en hoe u tot deze keuze komt?</p>	<p>Hierbij betrekken we een aantal componenten, namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de duiding/beschrijving van de doelgroep - de mate van gedragsproblematiek - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van tarieven leidt tot risico's voor de zorgplicht in de Zilveren Kruis regio's.
<p>Waar baseert het zorgkantoor de (verlaging van) de tariefpercentages op?</p>	<p>Op een combinatie van informatie uit gesprekken met zorgaanbieders en de voor ons beschikbare meest recente jaarcijfers (2021).</p> <p>In gesprekken met zorgaanbieders constateren wij veelvuldig dat er financiële ruimte zit op de reguliere zorg en dat die wordt ingezet om de tekorten op te lossen in de hoog complexe zorg.</p> <p>Dat zien we vervolgens ook terug in onze analyse van de jaarrekeningen (2021). Zorgaanbieders met veel reguliere zorg, behalen betere (positieve) resultaten.</p>

	Door het tarief te differentiëren (opslag voor hoogcomplex en afslag op regulier) optimaliseren we de verdeling en zien we een lichte verbetering van het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen (75%-norm).
Zorgkantoren kunnen middels maatwerkafspraken individuele afspraken maken met zorgaanbieders over onder andere tariefpercentages. Staat u er voor open om maatwerkafspraken over onder andere de VG7 te maken?	De zorgkantoren publiceren hun VG7-beleid in de Nota van Inlichtingen. We verwachten dat het beleid tegemoet komt aan de vraag van de sector. Als tarieven niet passend zijn dan kunnen zorgaanbieders een beroep doen op de hardheidsclausule. Maatwerkafspraken over complexe casuïstiek gebruikt Zilveren Kruis alleen bij een reëel risico voor de zorgplicht. De omvang van deze middelen is (bij lange na) niet toereikend voor structurele maatwerkafspraken op grote schaal, maar is afgestemd op het incidenteel oplossen van noodgevallen.
Vraag: In het inkoopbeleid staat dat u zorgaanbieders duidelijkheid geeft voor meerdere jaren over tariefpercentages en dat deze gelden voor de looptijd van het inkoopbeleid (2024-2026). Dit lijkt te gaan over de landelijke systematiek en (richt)tariefpercentages. Kunt u aangeven of dat wel of niet ook geldt voor de tariefpercentages die door Zilveren Kruis Zorgkantoor worden toegepast?	De looptijd (2024-2026) geldt voor alle tariefpercentages in ons beleid. De 7VG is daarop de uitzondering. Daarvoor lopen nog kostenonderzoeken.
Vraag: In het inkoopbeleid staat dat u zorgaanbieders duidelijkheid geeft voor meerdere jaren over tariefpercentages en dat deze gelden voor de looptijd van het inkoopbeleid (2024-2026). In bijlage 7 over de bekostigingssystematiek staat: Voor de GZ geldt een richttariefpercentage van 95,7% van het NZa maximumtarief exclusief NHC/NIC. Betreft de duidelijkheid die Zilveren Kruis Zorgkantoor aan zorgaanbieders wil geven ook het tarief van 100% voor NHC/NIC voor de looptijd van de het inkoopbeleid?	Ja

3.2 Tariefafspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor de complexe zorg

Vraag	Antwoord
In deze paragraaf wordt aangegeven dat het richttariefpercentage voor de GZ is vastgesteld	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het

<p>op 95,7% voor de duur van de looptijd. De NZa heeft echter al aangekondigd dat er een kostprijsonderzoek wordt uitgevoerd naar de langdurige zorg. Kunt u aangegeven op welke wijze u rekening gaat houden met de uitkomsten van dit onderzoek? Is het mogelijk dat naar aanleiding van het NZa onderzoek het richttariefpercentage wordt aangepast?</p>	<p>inkoopbeleid. Aangezien het richttariefpercentage een percentage van de NZa-maximumtarieven bedraagt, werken aanpassingen/uitkomsten van het kostprijsonderzoek in de NZa-tarieven rechtsreeks door in de tarieven met de zorgaanbieders.</p>
<p>De minister heeft in haar brief met kenmerk 3562662-1045844-LZ aangegeven dat de gemiddelde kortingspercentages niet mogen dalen. Voor de reguliere zorg gebeurt dat wel. Kunt u onderbouwen waarom de aanwijzing van de minister in de brief niet opgevolgd wordt?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat u bedoelt dat voor reguliere zorg het tariefpercentage is verlaagd, niet het kortingspercentage.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd.</p>
<p>Context "Op hoofdlijnen beschouwen wij een aanzienlijk deel van de GZ als complexe zorg. Voor deze zorgprofielen vergoedt ZK het richttarief." Constatering: aanzienlijk is een subjectief begrip. Het richttarief wordt vergoed voor VG6 en VG8. Hoeveel % van de landelijke VG populatie heeft deze indicatie? En dus omgekeerd, hoeveel % heeft een lagere indicatie dan VG6? Hier wordt geen inzicht in gegeven. Vraag: bij "Zorgaanbieder" heeft een groot deel van de cliënten een indicatie lager dan VG6. Wij worden hier onevenredig hard in geraakt. Er is ongelijkheid tov een instelling die onder CZ, VGZ of Menzis vallen</p>	<p>Wij herkennen dat het beleid van Zilveren Kruis een andere uitwerking kan hebben dan het beleid van andere zorgkantoren. Dat maakt het beleid van Zilveren Kruis echter niet onrechtmatig. Wij kiezen er in ons beleid voor om door tariefdifferentiatie de toegankelijkheid van de hoog complexe zorg steviger te ondersteunen. De keerzijde daarvan is dat wij voor de zorg waar minder financiële druk op zit, minder vergoeden om die ondersteuning mogelijk te maken. De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis is zo ontwikkeld, dat het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert. Er zijn dus zorgaanbieders die nadeel ondervinden van de tariefsverlaging, maar over de gehele sector gaan er meer zorgaanbieders op vooruit dan achteruit.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Wat doen de tarieven voor de LG? Gelijk aan epilepsie, dus 100% NZa? Wat de argumentatie c.q. onderbouwing daarvan ten opzichte van epilepsie. Ik spreek over cliënten met MS en NAH met toenemende cognitieve problematiek (inclusief gedrag)</p>	<p>In bijlage 8 van ons inkoopbeleid treft u een overzicht van alle tariefpercentages per profiel, prestatie of toeslag.</p>

Welke indicaties zitten in hoog complexe zorg?	De SGLVG en de zorg voor zintuigelijk gehandicapten op de profielen auditief 3 en visueel 5 zien wij als Hoog complexe zorg. Ook VG7 zien wij als hoog complexe zorg. Voor meer informatie verwijzen wij naar bijlage 8 van het inkoopbeleid, waarin per prestatie het tariefpercentage is benoemd.
Waarop wordt bepaald wat complexe zorg is?	De indeling in reguliere zorg, complexe zorg of hoog complexe/essentiële zorg is gemaakt op basis van onderstaande variabelen: 1) de (beschrijving) van de mate van probleemgedrag 2) de benodigde psychiatrische zorg 3) de mate waarin financiële tekorten een risico vormen voor de toegankelijkheid van de zorgplicht in de regio.
Paragraaf 3.3: Er wordt aangegeven dat voor de hoger complexe zorg mogelijk een hoger tarief% komt; wordt dit enkel bekostigt door een verlaging van het landelijke richttarief% naar 95,2% of ook vanuit de extra beschikbare 40mln. vanuit de overheid en kunt u dit onderbouwen.	Het inkoopbeleid GZ 2024-2026 van Zilveren Kruis past binnen de beschikbare contracteerruimte (incl. landelijke middelen). Het geheel bestaat echter uit meer delen (zoals het gericht contracteren en regionale ontwikkeling) dan de tariefdifferentiatie (op- en afslagen), waardoor we niet kunnen stellen dat een hoger tarief wordt gefinancierd door een lager tarief.
Tariefpercentage NHC/NIC is voor 2024-2026 vastgesteld op 100% NZa max. In hoeverre is hierin al rekening is gehouden met de herijking (tariefdaling) van de NHC/NIC per 2024?	Zilveren Kruis kan in het beleid de tariefdaling niet compenseren, omdat we niet meer mogen vergoeden dan 100% van het NZa maximumtarief.
Voor de inzet van de arts VG wordt een tariefpercentage van 100% toegekend, op voorwaarde van het regionaal beschikbaar stellen van de capaciteit van de Arts VB door de zorgaanbieder. Voor welke prestatie(code)s geldt dit tariefpercentage van 100%?	H336 en COT05
“Zorgaanbieder” heeft een specifieke doelgroep (MS patiënten en NAH patiënten), en daarmee een vergelijkbare cliëntengroep als SEIN. Waarom kan er voor MS en NAH cliënten geen beroep worden gedaan op een toeslag zoals dat bij de bijvoorbeeld epilepsie wel het geval is. MS is een progressieve ziekte en wordt gekwalificeerd als laag-volume, hoog-complex. Wij zijn van mening dat we om die reden in aanmerking komen voor een hoger tarief, namelijk 95,7%. Ook voor de LG 5 en LG 6.	Het tariefpercentage wordt vastgesteld per zorgprofiel, prestatie of toeslag. Voor MS zijn er geen aparte zorgprofielen, prestaties of toeslagen in de beleidsregels van de NZa opgenomen.
Het tariefpercentage van 100% voor inzet AVG is op voorwaarde dat de capaciteit van de Arts VG door de zorgaanbieder regionaal wordt ingezet. Welke criteria zijn er voor het onderscheid tussen 'reguliere' inzet en inzet regionaal? En is deze vergoeding dan specifieke voor de inzet arts VG voor die	Als u bij inschrijving aangeeft dat uw Arts VG regionaal beschikbaar is, dan kunnen Wlz-cliënten buiten uw zorginstelling verwezen worden naar uw Arts VG als er schaarste is in de regio. Het tariefpercentage wordt (in dit geval) per prestatie vastgesteld. Dat betekent dat alle

specifieke cliënten of geldt het 100% tarief voor alle inzet AVG wanneer de arts VG regionaal wordt ingezet? Kunt u hier een nadere toelichting op geven op de voorwaarden en uitvoering hiervan?	geleverde zorg op deze prestatie gedeclareerd wordt met het tariefpercentage van 100%.
Er wordt gesproken over een tariefopslag voor hoog complex en het richttarief voor complex. Waar ligt het omslagpunt?	Hierbij betrekken we een aantal componenten, namelijk: <ul style="list-style-type: none"> - de duiding/beschrijving van de doelgroep - de mate van gedragsproblematiek - de inzet van psychiatrische zorg - de mate waarin de kostendekkendheid van tarieven leidt tot risico's voor de zorgplicht in de Zilveren Kruis regio's. <p>Er is niet sprake van 1 specifiek omslagpunt, maar het is een puntentoekenning per onderdeel.</p>
Er wordt gesproken over een tariefopslag voor hoog complex en het richttarief voor complex. En wat bedraagt de opslag voor hoog complex?	U treft het antwoord in paragraaf 3.3. van ons inkoopbeleid.
De huidige arbeidsmarkt leidt tot een grote inzet van PNIL, met name in de hoog complexe zorg. Hoe voorziet ZK in een adequate bekostiging van deze (min of meer noodgedwongen) inhuur van arbeid?	Dit is één van de aanleidingen geweest om afwijkende tariefafspraken met hogere tariefpercentages voor de hoog complexe en essentiële zorg op te nemen in het inkoopbeleid.
Voor het tariefpercentage van de AVG stelt u de voorwaarde dat capaciteit regionaal beschikbaar gesteld wordt. Wij kunnen onmogelijk voldoen aan alle vragen die er zijn bij andere regionale zorgaanbieders vanwege de schaarste aan AVG. Dat zou geen proportionele vraag zijn voor het af kunnen spreken van het tariefpercentage van 100% voor de AVG. Graag ontvangen wij een toelichting om hoeveel capaciteit dit gaat volgens u en hoe u dit heeft berekent?	Dit gaat wat ons betreft niet om een nauwkeurige berekening. Die is er ook (nog) niet. Zilveren Kruis voert daar overigens samen met het capaciteitsorgaan van VWS wel onderzoek naar uit. <p>Het gaat ons erom dat we een extra impuls bieden om beschikbare capaciteit te delen als dat mogelijk is. Daarbij verwachten we niet van een zorgaanbieder dat alle problemen in de regio worden opgelost. Wel een positieve en constructieve houding om knelpunten in de regio samen op te lossen.</p>
Wat houdt de voorwaarde van het regionaal beschikbaar stellen van capaciteit arts AVG precies in? Zijn hier kwantitatieve voorwaarden aan verbonden?	Dit gaat wat ons betreft niet om nauwkeurige kwantitatieve voorwaarden en berekeningen. Die zijn er ook (nog) niet. Zilveren Kruis voert daar overigens samen met het capaciteitsorgaan van VWS wel onderzoek naar uit. <p>Het gaat ons erom dat we een extra impuls bieden om beschikbare capaciteit te delen als dat mogelijk is. Daarbij verwachten we niet van een zorgaanbieder dat alle problemen in de regio worden opgelost. Wel een positieve en constructieve houding om knelpunten in de regio samen op te lossen.</p>
De complexe zorg wordt duidelijk door Zilveren Kruis extra gewaardeerd. Waarvoor dank! Ons	Zilveren Kruis zoekt de balans tussen het bieden van reële tarieven en haar maatschappelijke

<p>is echter niet duidelijk waarom er voor gekozen is de SGLVG en VG7 niet op 100% tarief te waarderen. Landelijk is inmiddels duidelijk dat deze zorg zelfs met een 100% tarief niet kostendekkend is. Wat maakt dat Zilveren Kruis hiervoor heeft gekozen?</p>	<p>opdracht om de Wlz op doelmatige wijze uit te voeren. De balans bestaat uit een hogere waardering voor complexe zorg enerzijds tegen de mogelijkheid tot extra doelmatigheid op de reguliere zorg anderzijds. Daarbij hanteren wij het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen.</p> <p>Wij vinden een hoger doelmatigheidspotentieel op de reguliere zorg niet verantwoord voor de sector en bieden daarom niet 100% van het NZa-tarief voor de hoog complexe zorg. Het percentage zorgaanbieders met een mogelijk positief resultaat zakt dan onder de 75%.</p>
<p>Op welke wijze kan "Zorgaanbieder" in aanmerking komen voor hogere tariefafspraken, zoals deze worden genoemd onder de kop [hoog-complex en essentiële zorg]?</p>	<p>In ons beleid staat aangegeven welke prestaties onder hoog-complex en essentiële zorg vallen. Het tariefpercentage is daarvoor standaard van toepassing. U hoeft daar als zorgaanbieder niets voor te doen.</p>

3.4 Tariefafspraken afspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor reguliere zorg

Vraag	Antwoord
<p>U geeft aan dat de tariefverlaging op de reguliere zorg leidt tot een lichte verbetering van het aandeel zorgaanbieders met een verwacht positief resultaat (>75%). Op welke feiten baseert u dit? En wat als die verwachte positieve stijging uitblijft?</p>	<p>Uit jurisprudentie blijkt dat zorgkantoren zich kunnen baseren op de meest recent beschikbare cijfers. Dat is in dit geval het jaarrekeningresultaat 2021. Uit de analyse van de resultaten blijkt dat de tariefdifferentiatie bijdraagt aan een betere spreiding van de middelen over de sector en meer zorgaanbieders die een positief resultaat kunnen behalen.</p> <p>De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. De analyse op basis van data 2022 wordt uitgevoerd in de periode september t/m december 2023.</p>
<p>Onderbouwing missen we waarom het leveren van zorg op deze profielen (VG1 t/m 5) minder kost en dat het zorgkantoor kan aantonen dat er sprake is van overschotten.</p>	<p>De onderbouwing van de tariefverlaging voor reguliere zorg is dat Zilveren Kruis in de analyse van de jaarrekeningen 2021 betere financiële resultaten ziet bij zorgaanbieders met veel reguliere zorg. Dit blijkt ook uit het resultaat na tariefdifferentiatie. Het landelijk richttarief (95,7%) gaat ervan uit dat 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen met het richttarief. De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis</p>

	<p>optimaliseert de verdeling van de middelen door extra geld in te zetten op de hoog complexe zorg waar doorgaans sneller tekorten zijn en het tarief te verlagen op de reguliere zorg waar we meer positieve resultaten waarnemen.</p>
<p>"Om de opslagen en reservering op de hoog complexe en essentiële zorg te bekostigen, verlagen we de tariefpercentages op de reguliere zorg." Het tarief VG7 "volgt". Op dit moment is de financiële impact van de tariefdifferentiatie door ontbreken van het tarief VG7 op de totale inkomsten van een instelling niet te bepalen. Voor het verlenen van zorg in primair proces is het budget cliëntvolgend. Voor de financiering van overhead is evenwel de totale inkomstenstroom relevant. Verwacht het Zorgkantoor van een zorgverlener dat wordt ingestemd met inkoopbeleid wanneer de totale financiële impact voor deze zorgverlener nog onzeker is?</p>	<p>Zorgkantoren publiceren het VG7-beleid in deze Nota van Inlichtingen. Daarbij volgt voor dit onderdeel nogmaals een Nvl en bezwarenronde. De inschrijving dient uiterlijk 4 augustus 2023 17 uur ingediend te zijn. Zodoende heeft u alle benodigde informatie voor de inschrijving.</p>
<p>U constateert dat het gebruikelijk is om tekorten op de hoog complexe zorg binnen de exploitatie te compenseren met overschotten op de reguliere zorg. Dit suggereert dat zorgaanbieders overhouden aan reguliere zorg, waaronder de vervoersprestaties. Kunt u onderbouwen waarop uw constatering is gebaseerd, zowel voor de ZZP-, VPT-, MPT- als ook specifiek voor de vervoersprestaties?</p>	<p>Onze constatering is gebaseerd op de gesprekken die wij frequent voeren met onze zorgaanbieders en de inzichten die wij daarbij krijgen in de bedrijfsvoering van die zorgaanbieders.</p> <p>Daarnaast constateren wij in de analyse van de jaarrekeningresultaten dat zorgaanbieders met veel reguliere zorg meer positief resultaat behalen.</p> <p>Het voor ons beschikbare meest recente jaarrekeningresultaat is niet uitgesplitst naar leveringsvorm of prestatie.</p>
<p>Blijft de NHC/NIC component voor specifieke zorg zoals opgenomen in bijlage 8 ook 100% gedurende de looptijd 2024-2026?</p>	<p>Ja</p>
<p>Wat is de verwachting van het % van de NHC/NIC component voor de jaren 2027 en 2028?</p>	<p>Zilveren Kruis maakt beleid tot en met 2026 en hanteert geen verwachtingen over de ontwikkeling van tariefpercentages. Als we het inkoopbeleid 2024-2026 verlengen, dan betrekken we de tariefpercentages bij onze afweging.</p>
<p>Op basis van jurisprudentie is het bieden van reële tarieven vereist. Kunt u onderbouwen waarom bij 95,2% van het NZa-tarief sprake is van een reëel tarief? Wat zijn de onderliggende cijfers hiervan? Is rekening gehouden met (loon)kostenontwikkelingen die enorme impact hebben op zorgorganisaties? Gezien de impact van de daling maken wij bezwaar tegen de tarieven.</p>	<p>Op basis van jurisprudentie kunnen zorgkantoren zich baseren op de beschikbare meest recente jaarcijfers. Dat is in dit geval het jaarrekeningresultaat van 2021. Daarnaast is in de jurisprudentie geoordeeld dat het niet onrechtmatig is als zorgkantoren ervoor zorgen dat minstens 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen met het geboden tarief.</p> <p>In de analyse van de jaarrekeningresultaten constateert Zilveren Kruis dat er doorgaans meer financiële ruimte zit in de reguliere zorg dan in de hoog complexe zorg, waar meer en sneller we</p>

	<p>tekorten zien die een risico kunnen vormen voor de zorgplicht.</p> <p>Door de tariefdifferentiatie (afslag reguliere zorg en opslag voor hoog complexe en essentiële zorg) zorgt Zilveren Kruis voor een betere verdeling van de middelen. Het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert hierdoor.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie daarin verwerkt. Ook de door VWS opgelegde doelmatigheidskorting wordt daarin verwerkt. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het richttariefpercentage is gekoppeld aan de maximum NZa-tarieven die jaarlijks geïndexeerd worden voor kostenontwikkelingen en waarin de NZa de door VWS opgelegde doelmatigheidskorting heeft verwerkt. Op basis van het richttariefpercentage in combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>Tariefafspraken met bestaande GZ-zorgaanbieders voor reguliere zorg: voor de reguliere zorg is het tarief vastgesteld op 95,2%. Dat is 0,5% dan het landelijke richttarief. Zorgkantoren zijn op basis van jurisprudentie verplicht om kostendekkende tarieven vast te stellen. Daarnaast wordt de NHC-component door de NZa vanaf 2024 met zo'n 8% verlaagd. De indexatie op de NHC-component betrof de laatste jaren 2,5%, terwijl wij sinds vorig jaar geconfronteerd worden met huurstijgingen tot wel 14%. Daarnaast zal door de Nza een algemene doelmatigheidskorting van 0,5% worden doorgevoerd is de verwachting. Hoe kunt u onderbouwen dat hiermee nog reële kostendekkende tarieven worden afgegeven.</p>	<p>Op basis van jurisprudentie moeten zorgkantoren zich baseren op de beschikbare meest recente jaarcijfers. Dat is in dit geval het jaarrekeningresultaat van 2021. Daarnaast moeten zorgkantoren ervoor zorgen dat minstens 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen met het geboden tarief.</p> <p>In de analyse van de jaarrekeningresultaten constateert Zilveren Kruis dat er meer financiële ruimte zit in de reguliere zorg dan in de hoog complexe zorg, waar we tekorten zien die een risico vormen voor de zorgplicht.</p> <p>Door de tariefdifferentiatie (afslag reguliere zorg en opslag voor hoog complexe en essentiële zorg) zorgt Zilveren Kruis voor een betere verdeling van de middelen. Het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert licht.</p> <p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie daarin verwerkt. Ook de door VWS opgelegde doelmatigheidskorting wordt daarin verwerkt. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het richttariefpercentage is gekoppeld aan de maximum NZa-tarieven die jaarlijks geïndexeerd</p>

	<p>worden voor kostenontwikkelingen en waarin de NZa de door VWS opgelegde doelmatigheidskorting heeft verwerkt. Op basis van het richttariefpercentage in combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.</p>
<p>U verlaagt het tariefpercentage voor de reguliere zorg naar 95,2% ten gunste van het tarief van de hoogcomplexe zorg. U onderbouwt dit met het argument dat overschotten op de reguliere zorg nu al gebruikt worden voor de financiering van de complexe zorg. Waar baseert u deze tariefdifferentiatie op en hoe bent u tot het percentage gekomen?</p>	<p>Deze tariefdifferentiatie baseren we op de tekorten in de hoog complexe zorg en de overschotten op de reguliere zorg. Dat horen we in onze dagelijkse contacten met zorgaanbieders. Dat zien we tevens terug in de jaarrekeningresultaten.</p> <p>In de onderbouwing van het richttariefpercentage gaan we ervan uit dat 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat moet kunnen behalen met het geboden tarief. De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis is zo ontwikkeld, dat het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert. Er zijn dus zorgaanbieders die nadeel ondervinden van de tariefsverlaging, maar over de gehele sector gaan er meer <u>zorgaanbieders op vooruit dan achteruit</u>.</p>
<p>Het tariefpercentage van de reguliere zorg van 95,2% en van de hoog complexe en essentiële zorg 95,7% is erg laag ten opzichte van 2023. Wij begrijpen dat dit ter compensatie is van de hoog complexe en essentiële zorg. Echter is dit tarief niet haalbaar. Bent u bereid om dit percentage te herzien.</p>	<p>Zilveren Kruis is van mening dat de tariefpercentages in het inkoopbeleid leiden tot een reëel tarief. We zullen de percentages daarom niet herzien.</p> <p>Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderingsgevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>Onder 1) wordt gesproken over overschotten in de reguliere zorg. Dit gaan mogelijk op voor aanbieders die meerdere vormen van zorg aanbieden. Wij zijn een aanbieder van reguliere (extramurale) zorg en zien geen overschot op onze begroting. Bent u met ons eens dat het effect op kleinere aanbieders eerst onderzocht moet worden alvorens een generieke korting op het tarief toe te passen?</p>	<p>Uit jurisprudentie blijkt dat zorgkantoren een tariefpercentage kunnen hanteren waarbij 75% van de zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen. De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis draagt eraan bij dat dit percentage verbetert, waardoor een groter aandeel zorgaanbieders een positief resultaat kan behalen en het daardoor positief uitvalt voor de GZ als sector. Daarbij is het onvermijdelijk dat de gevolgen van de tariefdifferentiatie verschillend worden ervaren door individuele zorgaanbieders.</p> <p>Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>Door de verlaging van het tariefpercentage voor de reguliere zorg bestaat volgens ons het risico dat deze groep cliënten worden benadeeld in hun recht op Wlz zorg. Kunt u dit nader toelichten.</p>	<p>Bij de reguliere zorg staat de zorgexploitatie minder onder druk dan bij de complexe zorg en is daar doorgaans nog enige doelmatigheidswinst te behalen. Om die reden is daar voor een lager tariefpercentage gekozen.</p>

<p>Onder 2) wordt gesproken van een lichte verbetering van het aandeel zorgaanbieders met een positief resultaat. Kunt u dit verder toelichten? Bent u met ons eens dat als deze onderbouwing onvoldoende is de basis onder de voorgestelde differentiatie wegvalt?</p>	<p>Uit jurisprudentie blijkt dat zorgkantoren een reëel tarief moeten bieden waarbij het voor 75% van de zorgaanbieders mogelijk is om een niet negatief (Wlz) resultaat te behalen. De tariefdifferentiatie van Zilveren Kruis is zo ontwikkeld, dat het aandeel zorgaanbieders dat een positief resultaat kan behalen verbetert. Er zijn dus zorgaanbieders die nadeel ondervinden van de tariefsverlaging, maar over de gehele sector gaan er meer zorgaanbieders op vooruit dan achteruit. Zilveren Kruis geeft daarmee invulling aan haar verantwoordelijkheid om reële tariefpercentages te bieden.</p> <p>Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>Reguliere (laagdrempelige) zorg vervult vaak een preventieve functie. Door goede laagdrempelige kan de behoefte aan complexe(re) zorg deels worden voorkomen. Juist hier op bezuinigen lijkt haaks te staan op de uitgangspunten van de zorg om zelfredzaamheid te ondersteunen. Graag uw reactie.</p>	<p>Bij de reguliere zorg staat de zorgexploitatie minder onder druk dan bij de complexe zorg en is daar nog enige doelmatigheidswinst te behalen. Om die reden is daar voor een lager tariefpercentage gekozen.</p> <p>De tariefdifferentiatie optimaliseert de allocatie van de contracteerruimte door een deel van de marge op de reguliere zorg om te zetten in een hoger tarief voor hoogcomplexere en essentiële zorg.</p>

3.5 We kunnen het initiatief nemen om met zorgaanbieders in gesprek te gaan over een hoog positief resultaat

Vraag	Antwoord
<p>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?</p>	<p>We bevestigen dat we in het geval van paragraaf 3.5 (hoog resultaat) tarieven verlagen met wederzijdse instemming.</p>
<p>In deze paragraaf stelt u dat u met zorgaanbieders met een hoog positief resultaat in gesprek gaat met als mogelijk resultaat lagere tariefpercentages. Wat is naar uw mening een hoog positief resultaat? Op welke wijze wordt de aanpassing van het tariefpercentage dan bepaald? Bent u met mij van mening dat hiermee een "boete" komt op</p>	<p>Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven dat we in gesprek kunnen 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. We gaan graag in gesprek over de bestemming van het resultaat en de inzet daarvan. Dat is wat ons betreft geenszins een "boete", maar</p>

een efficiënte bedrijfsvoering met mogelijke verspillingen als resultaat?	een aanleiding om te leren en het gesprek aan te gaan over de besteding van zorggeld.
Wat is de concrete definitie van een hoog positief resultaat? Wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen resultaat op de zorgexploitatie en vastgoed? Wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen resultaat op de diverse domeinen (Wlz, Wmo, Jeugdwet, Zvw?)	We gaan op basis van de hoge positieve resultaten het gesprek aan over mogelijke verklaringen (zoals vastgoedexploitaties en winsten in andere domeinen).

3.6 We continueren afspraken met zorgaanbieders met een lager tariefpercentage

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

3.7 U kunt op eigen verzoek kiezen voor een lager tariefpercentage

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

3.8 De vergoeding voor NHC/NIC bedraagt 100%

Vraag	Antwoord
De vergoeding voor NHC/NIC dient ingezet te worden daar waar deze voor bedoeld is. In het jaarverslag dient hier expliciet inzicht in gegeven te worden. Vanaf welk jaar dient dit te gebeuren? En wat dient hierover in het jaarverslag opgenomen te worden en in welk onderdeel van het jaarverslag?	Deze vereiste heeft betrekking op de component duurzaamheid binnen de NHC. Het betreft hier ongewijzigd beleid ten opzichte van het Zorginkoopbeleid 2022-2023. U moet dit dus ook in de huidige jaarverslagen opnemen. Er zijn géén vaste vereisten van toepassing.
U verwacht dat de NHC-component daadwerkelijk gebruikt wordt voor investeringen in vastgoed. U weet dat deze component veelal ook gebruikt wordt voor het financieel rendabel blijven als zorgaanbieder omdat de zorgtarieven niet toereikend zijn. Welke stappen onderneemt u indien blijkt dat de zorgexploitatie negatief is en niet gecompenseerd kan worden met de NHC component? Wij verwachten dat dit op grote schaal zichtbaar gaat worden waardoor de gevolgen van ontoereikende tarieven zichtbaar worden. Deelt u deze mening?	Wanneer deze situatie aantoonbaar leidt tot risico's voor onze zorgplicht, gekoppeld aan het vastgoed, gaan wij hierover het gesprek aan met zorgaanbieders.
In deze paragraaf wordt verwezen naar het jaarverslag. Naar welk jaarverslag wordt hierbij precies verwezen? Gaat dit om de jaarverantwoording in DigiMV?	Het gaat inderdaad om het jaarverslag, horend bij de jaarverantwoording in het DigiMV.
Er is aangekondigd dat de NHC tarieven verlaagd worden. U geeft aan dat er een tarief is vastgesteld van 100% van het NZA, terwijl er een korting is aangekondigd. Of betekent dit dat de NZA een korting toepast op de NHC en dat	De NZa stelt de hoogte van het NHC tarief vast. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar de NZa. Zilveren Kruis vergoedt 100% van het NHC tarief. Het is voor het zorgkantoor niet

wij daar vervolgens 100% van ontvangen. Kunt u hier specifiek een uitleg over geven.	mogelijk om meer dan 100% van het NHC tarief te vergoeden.
Het NHC tarief is verlaagd. Tegelijkertijd zijn de bouw- en onderhoudskosten sterk gestegen en gaan huren omhoog. Ook wordt expliciet aangegeven dat investeringen in duurzaamheid gedaan moeten worden uit dezelfde tarieven, terwijl deze nog niet eens kostendekkend zijn voor de bouw- en onderhoudskosten en huren i.v.m. de gestegen prijzen. Hoe verwacht het zorgkantoor dat wij hiermee invulling kunnen geven aan de opgave op het gebied van huisvesting, inclusief de duurzaamheidsopgave?	De duurzaamheidsopgave betreft een maatschappelijke ontwikkeling, die van alle stakeholders een inspanning vraagt. Wij begrijpen dat de genoemde ontwikkelingen zorgaanbieders voor een uitdaging stelt. Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat zorgaanbieders stappen blijven zetten, op weg naar verduurzaming van hun vastgoedportefeuille. Momenteel wordt in samenwerking met de branches afgestemd over een prioritering van verduurzamingsacties en worden concrete uitvoeringsplannen ontwikkeld. Hierover wordt op een later moment meer bekend. Vooral nog vallen eventuele kosten die hieruit voortvloeien binnen de integrale tarieven van zorgaanbieders.
Mogen we hieruit concluderen dat ZK geen korting op de NHC/NIC toepast voor de jaren 2024 t/m 2026? En daarmee het tarief van 2023 handhaaft voor de contractperiode 2024 t/m 2026?	De NZa stelt de hoogte van het NHC tarief vast en bepaalt dus of er een korting wordt doorgevoerd. Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk om meer dan 100% van het NHC tarief te vergoeden.

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

Vraag	Antwoord
Is de grondslag LG sectorvreemd of behorend bij sector?	LG zorg wordt voor de sector GZ niet gezien als sectorvreemde zorg.
Als aanbieder in de VG sector bieden wij ook aan een beperkt aantal cliënten zorg vanuit een prestatie GGZ-Wonen. Welk sectorvreemde percentage geldt voor een GZ gecontracteerde aanbieder? Betreft dit het percentage geldend voor een bestaande aanbieder of nieuwe aanbieder.	In bijlage 8 bij het Inkoopbeleid vindt u welk tariefpercentage geldt voor prestaties uit de verschillende sectoren. Als u zelf een bestaande zorgaanbieder bent, is dat tariefpercentage van toepassing.
Er zijn ook zorgaanbieders met een lager tarief. Welke vergoeding ontvangen zij voor sectorvreemde zorg?	Voor zorgaanbieders met een lager tariefpercentage (bijvoorbeeld een historisch lager tarief of nieuwe zorgaanbieders) geldt voor sectorvreemde prestaties het eigen (lagere) tariefpercentage. Dit tariefpercentage is leidend voor alle zorg die zij leveren.

3.10 Tariefsystematiek voor alle sectoren voor zorgaanbieders die nog geen overeenkomst hebben met Zilveren Kruis

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

3.11 **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 dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt 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 onvoorzienere 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</p>

	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.
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?	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 ogenschouwen genomen.
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?	Alleen voor het betreffende inkoopjaar, in eerste instantie voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek', waarvan slechts in uitzonderlijke gevallen sprake kan zijn. Kunt u vijf concrete en eventueel geanonimiseerde voorbeelden geven van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen die onder het huidige tariefbeleid hebben geleid tot een toepassing van de hardheidsclausule?	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.
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?	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.
Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A	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>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 hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?</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>Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek'. Uit de jurisprudentie volgt dat</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Indien</p>

<p>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>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 onvoorziene 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 onvoorziene 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?</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</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>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 kunnen alle individuele aanbieders te maken hebben met een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg van de tariefsystematiek. Klopt het dat de uitzonderlijkheid betrekking heeft op de casuïstiek (die alle individuele aanbieders kan betreffen) en niet op het aantal</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>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 tariefsystematiek.”? 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 tariefsystematiek 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 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>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</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</p>

<p>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>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 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.</p>

<p>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?</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>Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met 'uitzonderlijke gevallen' bij de omschrijving van de hardheidsclausule?</p>	<p>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.</p>
<p>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?</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>Wat is de termijn voor het beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	<p>Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 6.</p>
<p>Hoe wordt bepaald voor de HHC of een aanbieder doelmatig werkt? Welke criteria hanteert het zorgkantoor hiervoor?</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>Waarom geldt de hardheidsclausule voor één jaar terwijl de afspraak meerjarig is?</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</p>

	<p>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.</p>
<p>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?</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 dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Kunnen zorgaanbieders jaarlijks aanspraak maken op de hardheidsclausule?</p>	<p>In eerste instantie kunt u een aanvraag doen voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.</p>
<p>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 geschrappt. Kunt u hiermee instemmen? Graag uw reactie</p>	<p>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.</p>
<p>U beperkt onvoorzien tot onverwacht. Waarom mag er geen verwachte situatie zijn om in aanmerking te komen voor de clausule?</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>Bent u niet van mening dat tarieven afdoende hoog moeten zijn om een operationele exploitatie te kunnen voeren</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>

Wat is de deadline om gebruik te kunnen maken van de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 6.
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?	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 ogenschouwen genomen.
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?	Ja, dat klopt. Er kan jaarlijks een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
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?	Ja, dat klopt.
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?	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.
Zijn de spelregels van de hardheidsclausule ten opzichte van 2023 veranderd en zo ja leg uit.	Nee, die zijn niet veranderd.
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?	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 hoofdstuk 6.
Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet,	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>ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?</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) Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?</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>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. 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. 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. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient</p>

	<p>ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clause 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>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>	<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 clause 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>
<p>Kunt u aangeven hoe wij moeten aantonen dat wij doelmatige zorg leveren? Welke norm hanteert u met betrekking tot 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>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</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. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen</p>

<p>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, 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) Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen? Gaat u de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Wij hebben bezwaar tegen deze rekenregel omdat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatsmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent 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>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>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</p>	<p>Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de</p>

<p>het Zorgkantoor thans reeds wel voorziet. Kunt u deze benoemen?</p>	<p>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</p>

	<p>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 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>Hardheidsclausule is niet toereikend, wanneer wordt deze procedure aangepast?</p>	<p>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.</p>
<p>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>	<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>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?</p>	<p>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.</p>
<p>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</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</p>

<p>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>	<p>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 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</p>

	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.
Op pagina 7 onder de hardheidsclausule wordt aangegeven dat de financiële reserves betrokken worden bij de beoordeling. Welke financiële reserves worden bedoeld en op welke manier worden deze meegerekend bij de beoordeling?	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 ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
Wordt er in de toetsing van de hardheidsclausule rekening gehouden met alleen het zorgexploitatiedeel? Zo nee, waarom 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.
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?	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. 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.
Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimum remedium is voor een zorgaanbieder?	Ja, dat klopt.
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	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

<p>de effecten van de toepassing van de tariefsystematiek op de liquide middelen in ogenschouw?</p>	<p>vermogen daarvoor beschikbaar is. 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>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</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom</p>

<p>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 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>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. 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</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>doorlopen in 2023 en 2024? Indien niet kunt u dit nader toelichten?</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 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>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 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 een 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 het proces en 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</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</p>

<p>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>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</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom</p>

<p>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 danwel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen, hier altijd eerst overleg over plaatsvindt met de zorgaanbieder, en dat het uiteindelijk de zorgaanbieder is die beslist of het eigen vermogen of financiële reserves daadwerkelijk worden ingezet voor het opvangen van een tekort en/of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?</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. 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>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 inkoop-eisen 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</p>

	<p>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. 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</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>

<p>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>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. 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>Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	<p>Dit is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</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 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>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het 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,</p>

	<p>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>
Hoe wordt de financiële positie van een organisatie beoordeeld?	<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>
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>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>
Wat is de onderbouwing van het zorgkantoor over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule?	<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>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>
Is het zorgkantoor het met ons eens dat het hebben van eigen vermogen (dat zit in stenen	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de</p>

<p>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>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 organisatie. Betekent dit dat het Zorgkantoor bij teveel eigen vermogen zal overstappen op het afromen van het eigen vermogen? Graag uw mening.</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>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</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</p>

<p>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>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. 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. 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.</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 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</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</p>

<p>de dalende richttariefpercentages ligt het wel zeker in de lijn der verwachting dat de tariefsystematiek 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>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 onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt 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 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>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.</p>	<p>U kunt hier bij uw aanvraag voor de hardheidsclausule een toelichting op geven.</p>
<p>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?</p>	<p>Voor de beoordeling van de aanvraag hardheidsclausule wordt naar de volledige organisatie gekeken. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar intramurale en extramurale producten.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

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

4.1 We blijven met u in gesprek over de onderwerpen in ons inkoopbeleid

Vraag	Antwoord
Als zorgaanbieder maken we graag afspraken over de aanvullende inkoopvoorwaarden. Deze afspraken worden gemaakt na de inschrijving op 28 juli. Kan het zorgkantoor op voorhand duidelijkheid geven of deze aanvullende inkoopvoorwaarden geen verzwaring (ook in financiële zin) van het gepubliceerde inkoopbeleid inhoudt?	De afspraken zijn een invulling van het inkoopbeleid. Geen aanvulling op het inkoopbeleid.

4.2 We ondersteunen u met zorgaanbiedersanalyses

Vraag	Antwoord
In het Inkoopdocument schrijft u over spiegelinformatie waarmee u zorgaanbieders vergelijkt en zorgaanbieders inzicht geeft (bijvoorbeeld t.a.v. MPT/VPT, kosten in relatie tot doelmatigheid). Hoe specifiek deelt u informatie met andere zorgaanbieders? Op welke manier houdt u rekening met de reële vergelijkbaarheid van zorgaanbieders?	<p>De analyse en eventuele afspraken over de uitkomsten daarvan, maken bewust onderdeel uit van het inkoopgesprek. In de analyse staat geen herleidbare bedrijfsvoering informatie.</p> <p>Het gaat Zilveren Kruis om de gezamenlijke duiding (tussen zorgaanbieder en inkoper) van de analyse en daarbij horende mogelijkheden. Echter, ook de verklarende factoren (waarom afspraken over een hoger aandeel VPT/MPT mogelijk niet passend zijn) komen aan bod.</p>

4.3 We inspireren met goede voorbeelden en het delen van kennis

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

4.4 We sturen gericht op voldoende geschikt vastgoed om aan onze zorgplicht te kunnen blijven voldoen

Vraag	Antwoord
Welk reglement houdt Zilveren Kruis aan voor geschikt vastgoed?	Er is geen specifiek reglement waar Zilveren Kruis naar verwijst. Het is van belang dat zorgaanbieders zich conformeren aan geldende wet- en regelgeving, kwaliteitsnormen en de behoeften van de doelgroepen die zij bedienen meewegen in keuzes over hun vastgoed. Ook

	richtlijnen op het gebied van duurzaamheid zijn van belang hierin mee te nemen.
In 4.4. wordt aangegeven dat Zilveren Kruis stuurt op voldoende geschikt vastgoed. Wat verstaat Zilveren Kruis onder voldoende geschikt vastgoed	We verstaan eronder dat er voldoende vastgoed beschikbaar is waar onder normale omstandigheden Wlz zorg geleverd kan worden en waar de huisvesting voldoet aan vereisten op het gebied van veiligheid en duurzaamheid.
Wij vertegenwoordigen als coöperatie ruim 250 kleinschalige zorgaanbieders met elk hun eigen (vastgoed)exploitatie en jaarrekening. Onze zorgaanbieders leveren uitsluitend WLZ-zorg op basis van MPT en VPT. Hoe verwacht het zorgkantoor van coöperaties de volgende zaken: Verantwoording van de huisvestingscomponent, Inzichtelijk maken van zorgvastgoed exploitatie bij gescheiden wonen en zorg, Opstellen van een strategisch huisvestingsplan, Vastgoedbeheerplan (green deal)?	Als coöperatie bent u het aanspreekpunt voor het zorgkantoor voor deze zaken. Het is aan u om hierover afspraken te maken met de leden van de coöperatie. Als de aangesloten aanbieders uitsluitend zorg thuis leveren in een ongeclusterde setting, is er geen sprake van een huisvestingscomponent en hoeft daar ook geen verantwoording over afgelegd te worden. Indien zorg geleverd wordt in een geclusterde setting, dan verwachten wij dat er zicht is op de benodigde huisvesting(skosten) en de verduurzaming van het vastgoed. De verantwoording van de NHC is specifiek verbonden aan zorgaanbieders die intramurale zorg leveren.
Wij onderschrijven de wenselijkheid om de NHC te gebruiken waarvoor het bedoeld is. Met de huidige tarieven in combinatie met de arbeidsmarkt vraagstukken (inzet PNIL) is een sluitende zorgexploitatie niet voor alle zorgvormen haalbaar. Op welke manier denkt het zorgkantoor te kunnen sturen op de correcte inzet van de NHC? Gaat hier ook een beleid van handhaving op volgen?	Het zorgkantoor kan in specifieke situaties separaat inzicht vragen in de zorg- en vastgoedexploitatie. Het doel hiervan is om met de zorgaanbieder in gesprek te gaan en te bepalen of de huidige situaties risico's met zich mee brengt in relatie tot de zorgplicht. Deze situatie verschilt per zorgaanbieder.

4.5 Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon

Vraag	Antwoord
Paragraaf 4.5: Duurzaamheid; Zilveren Kruis verwacht vanaf 1 januari dat dit verankerd wordt en we ons houden aan landelijke doelstellingen. Wat houdt deze verwachting in. Ook als organisaties geen investeringsmiddelen hebben.	Met de inkoopvoorwaarden (zie paragraaf 4.5 inkoopbeleid Wlz GZ) willen wij de benodigde beweging stimuleren en vragen wij van zorgaanbieders zich in te spannen voor de verduurzaming van de zorgsector. Wanneer u van mening bent dat de gestelde eisen voor u niet realistisch zijn, vragen wij u hierover het gesprek aan te gaan met uw zorginkoper.
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?	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>In het inkoopbeleid staat vaak aangegeven dat Zilveren Kruis verwacht dat zij worden geïnformeerd over bijvoorbeeld vastgoedontwikkelingen, knelpunten verduurzamingsopgave, voortgang innovatieplannen etc.</p> <p>Op dit moment vinden er geen voor en najaaroverleggen meer plaats. Zijn jullie voornemens om dit weer te laten plaatsvinden?</p>	<p>Met zorgaanbieders waar nu geen voor- of najaarsoverleg mee plaatsvindt onderhouden wij op een andere manier contact (per mail en telefoon). Het kan voorkomen dat wij plannen en initiatieven per mail opvragen, u ontvangt hierover dan bericht. Daarnaast staat het zorgaanbieders altijd vrij om op eigen initiatief hun plannen en initiatieven te delen.</p>
<p>Er wordt expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO terug zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?</p>	<p>De aanlevering bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ) is onderdeel van de afspraken binnen de Green Deal Zorg. Als alle zorgaanbieders dit doen, draagt dit bij aan de ontwikkeling van een sectorale routekaart. Dit geeft een zo volledig mogelijk beeld van de inspanningen van de zorgaanbieders en de verwachte CO2-reductie.</p>
<p>In het inkoopbeleid noemt Zilveren Kruis dat op het moment van schrijven nog gewerkt wordt aan de concrete uitwerking van de plannen. Ondertussen stelt u al wel een viertal eisen waaraan zorgaanbieders per 1 januari moeten voldoen. Voor een aantal zorgaanbieders zijn de gestelde (greendeal en inkoop) eisen niet realistisch voor al het vastgoed, daar waar het bv bij nieuwbouw wel wordt meegenomen. Wat betekent het voor een zorgaanbieder als op 1 januari niet aan alle voorwaarden voldaan kan worden? Het omzetten van de totale vastgoedportefeuille naar BENG5 en een CO2 routekaart als ook het aanleveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg, is voor veel zorgaanbieders waaronder niet reëel en de vraag is waarom dit nu als inkoopvoorwaarde wordt gesteld. Tot slot, verduurzaming kost geld en met de verlaging van de NHC-component staat er niet alleen druk op de betaalbaarheid van nieuw- en verbouw, maar daarmee ook op de opgave voor duurzaamheid. Op welke manier kan het Zorgkantoor hierin tegemoet komen en/of bijdragen aan het herzien van het beleid rondom de NHC vanaf 2024?</p>	<p>Met de inkoopvoorwaarden willen wij de benodigde beweging stimuleren en vragen wij van zorgaanbieders zich in te spannen voor de verduurzaming van de zorgsector. Wanneer u van mening bent dat de gestelde eisen voor u niet realistisch zijn, vragen wij u hierover het gesprek aan te gaan met uw zorginkoper.</p> <p>De NZa stelt de hoogte van het NHC tarief vast. Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk om meer dan 100% van het NHC tarief te vergoeden.</p>
<p>ZK stelt dat zorgaanbieder een bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart inclusief strategisch vastgoedbeheerplan aanlevert bij het expertisecentrum verduurzaming zorg. In de visie van ZN staat op pagina 31 dat dit alleen geldt voor zorgaanbieders met meer dan 250 FTE en vastgoed. Welk beleid is hier leidend?</p>	<p>Wij volgen hierin het ZN beleid. Deze vereiste geldt alleen voor zorgaanbieders met meer dan 250 FTE.</p>
<p>Hoe verwacht het Zilveren Kruis dat de verduurzaming doorwerkt voor aanbieders die aangewezen zijn op huur van (beperkt</p>	<p>Voor zorgaanbieders die géén vastgoed in eigendom hebben zijn de duurzaamheidsvereisten niet van toepassing. Wel verwachten we ook van</p>

beschikbaar) vastgoed? Zij zijn hier van vrijgesteld?	deze zorgaanbieders dat zij met de eigenaren van hun vastgoed het gesprek aan gaan over verduurzaming. Daarnaast benadrukken wij dat verduurzaming niet alleen maar betrekking heeft op vastgoed, maar ook op bijvoorbeeld circulariteit.
---	---

4.6 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 Zilveren Kruis contracteert zorg in natura in de GZ

5.1 We verwachten dat zorgaanbieders zorg leveren, passend binnen de geldende kwaliteitsrichtlijnen

Vraag	Antwoord
Hoe verhoudt zich het verminderen van de instroom van de meerzorg zich tot het verhogen van de tarieven complexe zorg? In bijeenkomst is toegelicht door Zilveren Kruis dat met verhogen van de tarieven ervan uit wordt gegaan dat dit leidt tot minder Meerzorg aanvragen. In hoeverre is dit dan een financiële afkadering die de verhoging van de tarieven te niet doet, en geen recht doet aan zorgvraag van cliënt?	<p>Zoals u kunt lezen in ons beleid (1.2.1) is er geen sprake van het verminderen van de instroom. We verwachten dan ook niet minder Meerzorg aanvragen. We benadrukken met klem dat Zilveren Kruis niet bezuinigt op meerzorg. We hebben wel de ambitie om de groei af te remmen. Dus minder groei. Maar dat betekent nog steeds meer meerzorg.</p> <p>En het is inderdaad onze verwachting dat een betere vergoeding voor de hoog complexe zorg bijdraagt aan het afremmen van de groei.</p>

5.2 Wij ontvangen van zorgaanbieders een inschrijving

Vraag	Antwoord
Verzoek voor 1 inschrijving van de hoofdsector (GZ bij ons). Vanaf wanneer spreken we van een aanzienlijk volume voor een andere doelgroep (bij ons v&v)?	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.
Welke risico's lopen wij als organisatie als we ons niet apart inschrijven voor v&v? Kunnen we in het vervolg de rechten voor zorglevering kwijtraken?	Met een inschrijving voor een specifieke sector loopt u niet het risico om rechten voor zorgverlening kwijt te raken.
<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>	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.
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?	Het besluit om te kiezen voor afzonderlijke overeenkomsten per sector wordt gemaakt in gezamenlijk overleg tussen de zorgaanbieder en zorginkoper.

5.3 Sectorvreemde zorg wordt gefinancierd op basis van het inkoopbeleid van de ‘vreemde’ sector

Vraag	Antwoord
Met ingang van 2024 geldt dat een sectorvreemde prestatie wordt vergoed op basis van het tariefpercentage uit de ('vreemde') sector waar de indicatie van de klant uit afkomstig is. Houdt dit in dat sectorvreemde indicaties niet meer omgekat dienen te worden d.m.v. de omreken tabel per 1-1-2024. En dienen indicaties die voor 1-1-2024 omgekat zijn, teruggezet te worden naar de originele indicatie/prestatie.	In overleg met de zorginkoper wordt bepaald of de zorgaanbieder de sectorvreemde prestatie ook declareert. Als dit niet het geval is, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder deze specifieke zorg niet levert, is het alsnog mogelijk om de indicatie om te zetten via de vertaaltabel uit het Voorschrift Zorgtoewijzing.

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

Vraag	Antwoord
We maken initiële afspraken over crisiszorg en plekken inclusief behandeling. Is het mogelijk deze afspraken bij inschrijving vast te leggen?	Deze afspraken zijn onderdeel van de definitieve terugkoppeling van uw inschrijving die u uiterlijk 25 oktober 2023 ontvangt. Voor meer informatie verwijzen wij u naar paragraaf 6.11.
Wat bedoelt u met persoonsvolgende bekostiging betalen aan zorgaanbieders voor de zorg die zij leveren?	Onze persoonsvolgende bekostiging komt tot uiting via het geld-volgt-klant model. Via het geld-volgt-klant model bepaalt de keuze van klanten het uiteindelijke volume dat we betalen op basis van de gedeclareerde zorgprestaties. Dit zolang het past binnen de beschikbare contracteerruimte.

5.5 Het geld-volgt-klant model geldt voor alle leveringsvormen

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
"Bij uw inkoopgesprek maken we afspraken met u over uw maximale inzet op meerzorg en de daarvoor beschikbare middelen. Dat doen we op basis van de afgeronde Meerzorg productie in 2022 en een prognose voor 2023." "Zorgaanbieder" is tot op heden altijd terughoudend geweest in het aanvragen of verlengen van Meerzorg aanvragen. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat deze terughoudendheid mee wordt	Wij ondersteunen uw visie en beleid om terughoudend te zijn bij de aanvragen van meerzorg. In uw vraag gaat u uit van een "aftopping". Wij gaan uit van het vaststellen van een budget dat rekening houdt met uw specifieke omstandigheden en verwachten hierover in het inkoopgesprek goede afspraken met u te kunnen maken.

gewogen bij de voorgestelde aftopping van middelen?

5.7 Persoonsvolgenschap gaat gepaard met een wederzijdse informatieplicht

Vraag	Antwoord
Hoe wilt u tijdig, proactief worden geïnformeerd over substantiële wijzigingen in volumes (positief en negatief)?	Tweemaandelijks sturen wij u ter indicatie een overzicht wat op basis van de meest recente declaratiecijfers de hoogte van de afspraak zou worden bij de herschikking van het betreffende jaar. Dit overzicht bevat ook de tot op dat moment verwerkte betalingen. Wij vragen u om te reageren op deze tweemaandelijks monitor. Met uw reactie zorgt u dat wij eventuele verwachte tekorten eerder aan zien komen en u daarover beter kunnen informeren. Ook is het van belang uw zorginkoper te informeren over substantiële wijzigingen in volumes.

5.8 Samen houden we de Meezorgregeling toegankelijk en betaalbaar

Vraag	Antwoord
Paragraaf 5.8: Heeft de aanpassing van het afslag% wat het zorgkantoor hanteert t.o.v. Nza tarief een effect op de Meezorg berekening. Zijn het deels communicerende vaten? In dat geval: worden dan de al afgegeven Meezorgbeschikkingen met een looptijd tot na 1-1-2024 ook nog aangepast of geldt er een overgangsregeling.	Binnen de Meezorg systematiek houden wij het landelijk richttariefpercentage aan en wordt jaarlijks de indexering van de NZa toegepast. Het Meezorg systeem houdt rekening met een aftrek van inkomsten uit reguliere zpz in uren, in dat opzicht heeft het tariefpercentage geen effect.
Bij uw inkoopgesprek maken we afspraken met u over uw maximale inzet op meezorg en de daarvoor beschikbare middelen. Dat doen we op basis van de afgeronde Meezorg productie in 2022 en een prognose voor 2023. VRAAG: Welke prognose voor 2023 wordt er gehanteerd door zorgkantoor? Worden de nieuwe aanvragen 2023 hierin meegenomen? Wat is de peildatum in 2023?	De prognose 2023 wordt, rekening houdend met de ingediende aanvragen, zover mogelijk geactualiseerd.
U bent voornemens om de groei van meezorg af te remmen. U raamt nog steeds enige groei, maar maakt ook afspraken met zorgaanbieders om de inzet van meezorg af te bakenen. Kunt u aangeven wat hiervoor de criteria zijn? En wat verstaat u onder enige groei?	De groei is afhankelijk van de afspraken die Zilveren Kruis kan maken met zorgaanbieders over het Meezorg plafond. Daarvoor gebruiken wij de realisatie 2022 en een prognose voor 2023. Op basis van deze inzichten gaan wij het gesprek aan met zorgaanbieders over de verwachting voor 2024.

<p>Is bij bereiken van het Meerzorg plafond toegestaan cliënten te weigeren die in aanmerking komen voor meerzorg?</p>	<p>Financiële redenen zijn geen argument om cliënten niet op te nemen. Cliënten met een complexe zorgvraag stromen niet alleen in, maar ook uit. Daarnaast vinden wij het van belang dat u als zorgaanbieder continu alert bent op mogelijke afbouw van meerzorg. Mocht desondanks een onmogelijkheid ontstaan om de zorg verantwoord vorm te geven, dan kunt u in overleg gaan met uw zorginkoper om te bespreken of er (bij wijze van hoge uitzondering) aanleiding is om een aanpassing op uw Meerzorg plafond te doen.</p>
<p>ZK geeft aan afspraken te willen maken over een maximale Meerzorg inzet. Uitgaande van de bestaande toetsing op de noodzaak van meerzorg vragen wij ons af hoe hier op gestuurd gaat en kan worden.</p>	<p>U krijgt een voorstel voor uw Meerzorg plafond van uw zorginkoper. In 2024 monitoren we samen de ontwikkeling van uw Meerzorg aanvragen. We gaan ervan uit dat de budgettaire omvang van uw aanvragen binnen het afgesproken plafond past.</p>
<p>Context: Meerzorg: minder groei en afspraken over maximale inzet. Bij inkoopgesprek maken we afspraken over maximale inzet meerzorg (o.b.v. 2022 en prognose 2023). Constatie: we zien steeds meer complexere zorg waar veel 1 op 1 begeleiding of meer medische begeleiding nodig is. Vraag: hoe kunnen we de nieuwe Meerzorg cliënten 2024 bekostigd krijgen als er minder groei in Meerzorg mogelijk is?</p>	<p>Er is ook in 2024 nog steeds groei voor meerzorg. Daarnaast stelt Zilveren Kruis een hogere vergoeding beschikbaar voor de hoog complexe zorg.</p>
<p>U geeft aan een meerzorg budgetplafond te gaan hanteren om de groei te kunnen beheersen. Meerzorg is voor ons als aanbieder niet aantrekkelijk vanwege de kosten die wij als aanbieder sowieso al moeten dragen, maar vanwege ontoereikende reguliere bekostiging van de VG7 kunnen wij niet anders dan aanspraak maken op meerzorg. Mede vanwege de groeiende groep cliënten met een intensieve zorgvraag waarbij meerzorg noodzakelijk is. Op welke manier neemt u de samenstelling van de clientpopulatie (zittend en instromend) mee in de afspraken over budgetplafond meerzorg?</p>	<p>U krijgt een voorstel van uw zorginkoper bij het inkoopgesprek. Het voorstel 2024 is op basis van uw realisatie meerzorg 2022 en een prognose voor 2023.</p>
<p>U geeft aan een meerzorg budgetplafond te gaan hanteren om de groei te kunnen beheersen. Meerzorg is voor ons als aanbieder niet aantrekkelijk vanwege de kosten die wij als aanbieder sowieso al moeten dragen, maar vanwege ontoereikende reguliere bekostiging van de VG7 kunnen wij niet anders dan aanspraak maken op meerzorg. Mede vanwege de groeiende groep cliënten met een intensieve zorgvraag waarbij meerzorg noodzakelijk is. Als de tarieven ontoereikend blijven hebben wij bezwaar tegen een meerzorg budgetplafond omdat de inzet van meerzorg gebaseerd is op de cliëntvraag. Om als zorgaanbieder invloed te</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat we vanuit een constructieve houding samen kunnen sturen op de groei van meerzorg. Dit onderdeel van het beleid is volgens ons te onderbouwen door het samen te laten gaan met een aanpassing van de tarieven voor VG7, hiermee wordt het totaal van de complexe zorg extra ondersteund.</p> <p>Financiële redenen zijn geen argument om cliënten niet op te nemen. Wij zullen bij het vaststellen van het Meerzorg plafond samen met u kijken naar uw specifieke omstandigheden. Mocht desondanks een onmogelijkheid ontstaan om de zorg verantwoord vorm te geven, dan kunt u in overleg gaan met uw zorginkoper om te bespreken</p>

<p>blijven houden op het budgetplafond voor meerzorg zullen wij zelf kritisch de inzet van meerzorg moeten blijven beoordelen. Bent u het met ons eens dat als uit dit oordeel blijkt dat meerzorg noodzakelijk blijft onze enige optie nog is om de instroom van meerzorg te beperken? Met als mogelijk gevolg het weigeren van cliënten met een zeer complexe zorgvraag? Hoe ziet u de verhouding tussen het budgetplafond en het weigeren van cliënten?</p>	<p>of er (bij wijze van hoge uitzondering) aanleiding is om een aanpassing op uw Meerzorg plafond te doen.</p>
<p>Begrijp ik goed dat u een Meerzorg plafond gaat instellen, aangezien u doelt op een maximale inzet? Zo ja, kunt u dit nader toelichten.</p>	<p>Dat klopt. Op basis van de realisatie meerzorg 2022 en een prognose voor 2023, krijgt u van uw zorginkoper een voorstel voor uw Meerzorg budget in 2024. Het is de bedoeling dat u in 2024 stuurt op een realisatie van uw meerzorg binnen het plafond. Uw zorginkoper monitort de realisatie en u stuurt samen bij als dat nodig is.</p>
<p>U beschrijft een maximale inzet. Bedoelt u hier een maximale inzet van profielen binnen de nieuwe meerzorgsystematie óf maximale inzet van cliënten die gebruik van de meerzorg binnen de organisatie. Zo ja welke verhoudingen van cliënten hanteren jullie hier dan?</p>	<p>Op basis van uw realisatie meerzorg 2022 en een prognose voor 2023, krijgt u van uw zorginkoper een voorstel voor het Meerzorg budget voor uw organisatie in 2024.</p>
<p>Indien er wel een Meerzorg plafond wordt ingesteld, hoe gaat u dan om met de reeds toegezegde (groeps)meerzorg.</p>	<p>De afspraak voor 2024 is minimaal gelijk aan de prognose van uw realisatie in 2023. De toegezegde (groeps)meerzorg zit daarbij in.</p>
<p>U schrijft het volgende: "Bij uw inkoopgesprek maken we afspraken met u over uw maximale inzet op meerzorg en de daarvoor beschikbare middelen. Dat doen we op basis van de afgeronde Meerzorg productie in 2022 en een prognose voor 2023." Kunt u concreet aangeven hoe hoog de maximale meerzorg gaat zijn?</p>	<p>Die afspraak maken we per zorgaanbieder. We hebben de analyse van de Meerzorg productie 2022 en de prognose 2023 nu nog niet.</p>
<p>Met de zorginkoper van Zilveren Kruis zijn de afgelopen periode al afspraken gemaakt over vermindering van de meerzorg in 2023 en 2024. Het gebruiken van 2023 voor de bepaling van de afspraken lijkt daarmee onredelijk. Blijven die afspraken staan, of moeten we rekening houden met aanvullende afspraken?</p>	<p>De afspraken over meerzorg maken we per zorgaanbieder. U krijgt een voorstel op maat van uw zorginkoper.</p>
<p>U wilt afspraken maken om het budget meerzorg te maximeren. Er kunnen legitieme redenen zijn om daarvan af te wijken. Is dit mogelijk? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat we vanuit een constructieve houding samen kunnen sturen op de groei van meerzorg. Wij zullen bij het vaststellen van het Meerzorg plafond samen met u kijken naar uw specifieke omstandigheden. Mocht desondanks een onmogelijkheid ontstaan om de zorg verantwoord vorm te geven, dan kunt u in overleg gaan met uw zorginkoper om te bespreken of er (bij wijze van hoge uitzondering) aanleiding is om een aanpassing op uw Meerzorg plafond te doen.</p>

<p>In het beleid schrijft u dat we zorg passender moeten maken en zorg complexer en intensiever wordt, en aan de andere kant komt er een maximaal budget op meerzorg. Dit lijkt haaks op elkaar te staan. Soms ontkom je niet aan (dure) maatwerk om de best passende zorg te verlenen. Hoe kijkt u hier tegenaan?</p>	<p>De opwaartse druk op meerzorg afgelopen jaren is naar ons idee niet alleen vanuit inhoudelijke argumenten te verklaren. Deels komt dat ook door de financiële knelpunten rondom complexe zorgvragen. Wij vergoeden het reguliere tarief tegen een hoger tariefpercentage, waardoor druk op meerzorg afneemt. Daarnaast blijft meerzorg als instrument mogelijk om in te zetten, evenals dat (enige) groei op het budget meerzorg ook mogelijk is.</p>
<p><i>Subparagraaf 5.8.1</i></p>	
<p>U geeft aan dat u in de beoordeling van Meerzorg aanvragen een aantal aspecten vanuit de context meeneemt, b.v. groepssamenstelling, contact met naasten, stabiliteit van het team. Dit zijn niet altijd factoren die eenvoudig opgelost kunnen worden. Wanneer een Meerzorg aanvraag niet (of lager) gehonoreerd wordt, omdat deze aspecten eerst opgelost moeten worden, op welke wijze worden aanbieders geacht dan toch passende zorg te leveren?</p>	<p>U mag van ons verwachten dat wij een adequate beoordeling maken van de mate waarin u diverse context factoren op orde heeft in relatie tot de (hoogte van) de aanvraag. Als u het niet eens bent met een afgegeven besluit kan bezwaar worden aangekend conform de reguliere procedure.</p>
<p>In de tekst wordt de suggestie gewekt ('we zullen de adviezen meenemen in de beoordeling van de meerzorg aanvraag') dat er wordt teruggekeerd naar de situatie dat voor iedere aanvraag een CCE advies nodig is. Wat in onze optiek een ongewenste administratieve belasting veroorzaakt. Moet er daadwerkelijk voor iedere aanvraag een extern advies komen?</p>	<p>Wij hebben niet de suggestie willen wekken dat de aanvragen voor meerzorg weer door het CCE zullen worden beoordeeld. In deze alinea doelen wij op de afspraak die er is bij meerzorg dat u tijdig (en wij gaan uit van minimaal éénmaal per drie jaar) het CCE betreft. Zeker ook bij een niet of minder passende context, of situaties waarin u op inhoud vragen heeft over de beste vormgeving van de zorg, is een advies van het CCE van meerwaarde. Een passende context levert immers betere kwaliteit van zorg op en veelal ook een minder hoge of geen Meerzorg aanvraag.</p>
<p>Op welke wijze worden de kosten van de inzet van deze expertise vergoed aan de aanbieder die de expertise levert</p>	<p>Wij gaan ervanuit dat zorgaanbieders bereid zijn elkaar te helpen door het uitwisselen van ervaringen met bepaalde doelgroepen. Hier staat geen afzonderlijke vergoeding tegenover.</p>
<p>Wanneer Meerzorg noodzakelijk is vanwege een niet passende context dan verwacht Zilveren Kruis een advies van een collega zorgaanbieder of het CCE over het passend maken van de context. Welk besluit neemt het zorgkantoor wanneer de gegeven adviezen niet opgevolgd kunnen worden.</p>	<p>Voor ons is de passende context de sleutel tot het leveren van goede en doelmatige zorg. We kunnen niet generiek ingaan op de consequenties van een context die niet passend gemaakt zou kunnen worden, maar bekijken dit in onze beoordeling meerzorg per casus.</p>
<p><i>Subparagraaf 5.8.2</i></p>	
<p>De verantwoordelijkheid voor meerzorg veroorzaakt een aanzienlijke administratieve belasting. Is het mogelijk om met het zorgkantoor in gesprek te gaan over horizontaal verantwoorden/toezicht van de meerzorg in plaats van materiële</p>	<p>Zilveren Kruis voert de Meerzorg regeling uit samen met de andere zorgkantoren. We staan natuurlijk open voor goede ideeën, maar kunnen niet als enige zorgkantoor besluiten over</p>

controles? We zouden graag hier met het zorgkantoor een uitwerking voor willen maken.	aanpassingen. Daar willen we uiteraard wel altijd ons best voor doen als we het samen eens zijn.
---	--

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
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 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?	De definitie van welke tijd in aanmerking komt voor declaratie, is door de NZa bepaald. Indien daar aanleiding toe is, dan kunnen wij dit onder de aandacht van de NZa brengen. U kunt zoiets primair bespreekbaar maken bij uw inkoper.

5.11 Zorgaanbieders declareren de best passende en meest doelmatige leveringsvorm

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

5.12 Crisiszorg contracteren wij op basis van de (regionale) crisisregelingen

Vraag	Antwoord
U gaat met ons in gesprek indien de bezettingsgraad het afgelopen jaar significant hoger of lager was dan 70%. Geldt deze bepaling dan ook voor het jaar 2024, of gelden hier de voorwaarden van 2023.	Dit is het inkoopbeleid voor 2024-2026. Deze bepaling geldt voor de looptijd van het inkoopbeleid.
<i>Subparagraaf 5.12.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 5.12.2</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

Subparagraaf 5.12.3

5.13 **Wij maken met zorgaanbieders afspraken over plekken inclusief en exclusief behandeling**

Vraag	Antwoord
het % inclusief behandeling in de maandelijkse monitor staat bij ons niet juist. Wordt er bij de herschikkingsafpraak gekeken naar het % inclusief behandeling zoals het in de maandelijkse monitor (cel D38) staat of wordt het aandeel inclusief behandeling bepaald op basis van de AW319 en heeft het % in de productiemonitor hier geen invloed op?	We gaan bij Nota van Inlichtingen met onze antwoorden niet in op bedrijfsspecifieke informatie. In het algemeen geldt dat uw afspraak over behandeling wordt vastgesteld tijdens uw inkoopgesprek. U kunt dan met uw inkoper bespreken welke afspraak geldt voor uw organisatie. De productiemonitor is een afgeleide van de AW319.
Er wordt aangegeven dat de lage ZZP's buiten beschouwing worden gelaten. Om welke ZZP's gaat het dan precies?	Dit zijn de ZZP's waar geen aparte prestaties voor een ZZP inclusief en exclusief behandeling zijn (zoals bijvoorbeeld VG1 en VG2). U kunt deze terugvinden in de prestatietabel (bijlage 8) en de NZa beleidsregels.
Er staat dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft, waarbij de lage ZZP's buiten beschouwing worden gelaten. Kunt u dit nader toelichten met een rekenvoorbeeld?	We kunnen dit toelichten met een rekenvoorbeeld: Situatie 2023: 10 cliënten met laag ZZP 90 cliënten met hoog ZZP inclusief behandeling (47%) 100 cliënten met hoog ZZP exclusief behandeling (53%) In 2024 stromen de cliënten met een laag ZZP uit, hiervoor komen cliënten met een hoog ZZP in de plaats. Het totaal aantal cliënten blijft gelijk (200). In 2024 spreken wij maximaal 47% * 200 cliënten = 94 cliënten inclusief behandeling af.
U geeft aan de huidige verhouding inclusief en exclusief behandeling te blijven hanteren. Vanuit de aanspraak op behandeling, welke wettelijk is vastgelegd, betreft behandeling meer dan enkel gedragswetenschappelijke behandeling. Bent u het daarmee eens? Indien u meer zorg wenst in te kopen exclusief behandeling is onze vraag welk flankerend beleid u voert, gezien de krapte bij huisartsen, zodat huidige cliënten over kunnen naar een eigen huisarts?	De verhouding wijzigt niet. Wij zien daarom niet in hoe dit de positie beïnvloedt van uw huidige cliënten.
Welke doelmatigheid- en toegankelijkheid afwegingen heeft het zorgkantoor gemaakt in het afwijken van het persoonsvolgende	De doelmatigheidsafweging in ons huidige en nieuwe beleid is dat het niet doelmatig is om het aandeel inclusief behandeling uit te breiden. De

<p>bekostigingsbeleid met betrekking tot behandelprestaties? Heeft het zorgkantoor onderzoek gedaan naar de beschikbaarheid van alternatieve huisartsencapaciteit?</p>	<p>kosten voor zorgplekken inclusief behandeling zijn hoger dan exclusief behandeling. Met name kosten die anders via de reguliere zorgverzekeringswet vergoed worden, worden na omzetting naar inclusief behandeling via de Wlz vergoed.</p> <p>Deze afspraken hebben geen gevolgen voor de toegankelijkheid tot behandelprestaties, aangezien de Wlz behandeling gestapeld kan worden op prestaties zonder behandeling.</p> <p>Uw opmerking over alternatieve huisartsencapaciteit richt zich op de medisch generalistische zorg (MGZ) zoals de huisarts die biedt. Wij herkennen de problemen rondom die toegankelijkheid, maar zien niet dat meer afspraken inclusief behandeling die knelpunten oplossen. Wel financieren wij in diverse regio's projecten die erop gericht zijn om de MGZ te bestendigen. Zilveren Kruis doet (o.a. samen met het capaciteitsorgaan van VWS) daarnaast onderzoek naar de beschikbare MGZ-capaciteit in de regio, waaronder de huisartsencapaciteit en wat er in de toekomst nodig is om MGZ te borgen.</p>
<p>Klopt onze aanname dat het zorgkantoor een groei van het aantal ZZP's inclusief behandeling niet zal financieren? Zo ja, wat is de reden hiervan en hoe verhoudt zich dat met het feit dat een dergelijke indicatie in het belang van de cliënt zal worden afgegeven?</p>	<p>In ons beleid staat dat het uitgangspunt is dat de verhouding inclusief behandeling gelijk blijft. Wij spreken daardoor in principe (in verhouding) niet meer inclusief behandeling af.</p> <p>Er is een mogelijkheid om extramurale behandeling in te zetten naast verblijf zonder behandeling, waardoor cliënten toch dezelfde zorg kunnen ontvangen.</p> <p>Uw opmerking over een indicatie die in het belang van cliënt is, begrijpen wij niet goed. Vrijwel alle indicaties in de Wlz bevatten behandeling. Het gaat bij deze afspraak alleen om de wijze waarop die behandeling vergoed wordt.</p>
<p>Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. Wat betekent dit voor de afspraken wanneer er sprake zou zijn van uitbreiding op capaciteit t.b.v. complexe zorg waarvoor inclusief behandeling nodig zou zijn?</p>	<p>In het geval dat u gaat uitbreiden op de complexe zorg, kunt u in overleg treden met uw inkoper over de hoogte van uw afspraken inclusief behandeling.</p>
<p>Welke ZZP's beschouwd u als lage ZZP's?</p>	<p>VG 1 en VG 2 LG 1 en LG 3 ZG aud 1, ZG vis 1</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Ook als u zorg levert exclusief behandeling bent u verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg en behandeling voor uw klanten. Wat houdt deze verantwoordelijkheid precies in?</p>	<p>Dit betreft de professionele zorg waar een zorgprofessional voor verantwoordelijk is, zoals beschreven in de bijlage Afkortingen en begrippen van het Voorschrift Zorgtoewijzing ("Een zorgprofessional heeft de taak en de verantwoordelijkheid om mensen passende (medische) zorg en ondersteuning te verlenen volgend de voor de beroepsgroep geldend standaarden. Een zorgprofessional is verantwoordelijk voor het maken van duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, taken, dossiervorming (zorgplan), zorgcoördinatie en afstemming met andere betrokken zorgprofessionals rondom de (medische) zorgbehoefte van een cliënt.).</p>

5.15 **We stimuleren digitale gegevensuitwisseling**

Vraag	Antwoord
<p>Dienen wij met eOverdracht, medicatieoverdracht, MedMij, BgLZ en Mitz te werken of zijn vergelijkbare opties ook goed?</p>	<p>Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen van de genoemde landelijke programma's. Vooralsnog zijn er voor zover ons bekend nog geen verplichtingen, maar die gaan mogelijk wel komen. Wij adviseren u om via uw brancheorganisatie deze ontwikkelingen te volgen.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Met afspraken op maat kunnen we uitzonderingen maken op ons huidige inkoopbeleid (of een aanvulling daarop) om de noodzakelijke beweging te versnellen. Zilveren Kruis bepaalt of een dergelijke afspraak mogelijk en gewenst is om ontwikkeling in de regio of bij zorgaanbieders te versnellen. Bepaalt Zilveren Kruis dit alleen of samen met aanbieder? Hoe worden de belangen van de aanbieder hierin gewogen?</p>	<p>Zilveren Kruis gaat hier uiteraard het gesprek over aan met de zorgaanbieder. Een afspraak komt pas tot stand nadat beide partijen hiermee akkoord zijn.</p>

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 vervaltermijn 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 en het Voorschrift Zorgtoewijzing 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 Gehandicaptenzorg.</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>Tijdpad: Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 2024. De termijn van 15</p>	<p>De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is</p>

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?	dat wij daarmee nog een werkdag extra hadden om de vragen te kunnen verwerken, gelet op de geplande publicatiedatum 7 juli 2023.
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.	Er komt geen vervolg-mogelijkheid om vragen te stellen.
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.	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.
Het Voorschrift zorgtoewijzing maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Echter wordt deze op een later moment gepubliceerd en wordt dus op dit moment transparantie gemist. Is het mogelijk dat er bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing nog een Nota van Inlichtingen volgt? Graag uw besluit motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
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 (zorgweigering 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	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.

<p>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?</p>	
<p>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 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?</p>	<p>Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.</p>
<p>Klopt het dat bestaande zorgaanbieders geen VOG rechtspersonen hoeven aan te vragen en dat dit verzoek enkel geldt voor nieuwe zorgaanbieders?</p>	<p>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.</p>

6.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

Vraag	Antwoord
<p>Wij achten de planning voor de inkoopprocedure als kort, tegelijkertijd verwacht u een proactieve houding om onvolkomenheden te voorkomen. Door de korte termijnen zien wij hierin een risico. Wat maakt dat u desondanks voor korte reactie termijnen heeft gekozen.</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>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</p>	<p>Wij zijn het niet met vragensteller eens. In de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 van de NZa is in</p>

<p>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>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. (....) 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 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>
<p>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?</p>	<p>Nee, we hebben de termijn niet met 1 week verlengd.</p>
<p>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?</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>De NZa tarieven zijn op dit moment nog niet bekend. Voor het Contracteerproces betekent</p>	<p>Nee, de zorgkantoren passen hierop niet de inkoopprocedure aan en zullen geen extra</p>

<p>dit dat er geen volledige transparantie is. Het is 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>mogelijkheid creëren om vragen te stellen. Zoals 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</p>	<p>Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing of de</p>

<p>wijziging of aanpassing toe te passen, naar 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>huidige planning inclusief termijnen bijgesteld zal 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>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.</p>	<p>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.</p>

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
<p>Zorgaanbieder acht het disproportioneel dat zij reeds voor publicatie van de nota van inlichtingen bezwaar moet indienen op straffe van verval van recht. Zij kent immers de beantwoording van haar vragen nog niet, terwijl deze antwoorden eventuele bezwaren ook kunnen wegnemen. Zorgaanbieder verzoekt u derhalve de bezwaartermijn te verlengen tot (ten minste) 20 kalenderdagen na publicatie van de (laatste) Nota van Inlichtingen, waarbij zorgaanbieder eerst de uitkomst van de bezwaarprocedure kan afwachten alvorens zij een kort geding aanhangig dient te maken. Indien u hiermee niet akkoord gaat, kunt u toelichten waarom niet?</p>	<p>Wij wijzen u er op dat de Nota van Inlichtingen is bedoeld voor verduidelijkingsvragen over het beleid. U gebruikt de bezwaarprocedure wanneer u het niet eens bent met geformuleerde onderdelen van het beleid. Na publicatie van de Nota van Inlichtingen heeft u tot 20 kalenderdagen om een eventueel kortgeding aanhangig te maken. Wij passen de procedure niet aan.</p>
<p>De termijn voor het indienen van het bezwaar is gelijk aan de termijn voor de vragen voor de Nota van Inlichtingen. Wij vinden dit vreemd en het ons wellicht om onnodig dwingt om bezwaar in te dienen. Bent u bereid dit aan te passen?</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. Wij passen de procedure niet aan.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>U stelt dat enkel wanneer je als aanbieder zelfstandig bezwaren heeft ingediend, een instelling beroep kan doen op de door hen gestelde bezwaren en je je niet kan beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht. "Zorgaanbieder" is lid van de VGN en heeft dit lidmaatschap om indien nodig in gezamenlijk te kunnen opereren, waaronder ook in gezamenlijkheid van andere aanbieders met hetzelfde aanbod dit te kunnen. Ben u bereid dit punt te herzien?</p>	<p>Nee, een zorgaanbieder dient zelfstandig te voldoen aan de gestelde vragenstelverplichting.</p>

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.7 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.2</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.8.3</i>	
Over deze paragraaf zijn 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 van inschrijving in het Handelsregister van de KvK en een afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register.
Op moment van inschrijven moeten zorgaanbieders voldoen aan de vigerende Governance code Zorg. Op welke wijze moeten we dat bij inschrijving aantonen?	Als bestaande aanbieder moet u hieraan voldoen. U verklaart door ondertekening van de bestuursverklaring dat u eraan voldoet.

	<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</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</p>

<p>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>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 reël 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>
<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'?</p>	<p>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.</p>

<p>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 opgebroken worden?</p>	<p>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.</p>
<p>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 er vanuit dat dit niet zonder de goedkeuring van de zorgaanbieder geschiedt en dat derhalve de overeenkomst alleen tweezijdig kan worden verlengd?</p>	<p>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.</p>
<p><i>Subparagraaf 6.8.5</i></p>	
<p>Vraag: Maken de tariefpercentages zorg en het tariefpercentage NHC/NIC deel uit van dit perspectief?</p>	<p>De bekostigingssystematiek inclusief de (richt)tariefpercentages gelden voor de looptijd van ons inkoopbeleid (2024-2026) en vallen dus onder dit perspectief. Indien nodig, publiceren wij voor de jaren 2025 en/of 2026 een aanvulling op ons 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.</p>
<p>Vraag en bezwaar: 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>Het is ook mogelijk voor 2025 en/of 2026 vragen te stellen over gewijzigde omstandigheden, die van invloed zijn op het inkoopbeleid.</p>
<p>Aanpassingen in beleid (indien noodzakelijk)/termijnen voor de jaren 2025 en 2026 zullen gepubliceerd worden. Te zijner tijd zal instemming van de zorgaanbieder gevraagd worden. Is de verwachting dat de zorgaanbieder voor de jaren 2025 en 2026 hiervoor in moet schrijven via Vecozo? En zo ja, is dit in eenzelfde periode als de publicatie en</p>	<p>Wij vragen u voor de jaren 2025 en 2026 om te bevestigen dat de Bestuursverklaring nog steeds voldoet, zodat wij aan de hand daarvan kunnen beoordelen of de overeenkomst voor 2025 daadwerkelijk wordt voortgezet of verlengd. Sluit u per 2024 een meerjaren overeenkomst, dan kunt u voor inschrijving voor de opvolgende jaren volstaan met een instemmingsverklaring. Wij verwachten inderdaad dat wij hiervoor het</p>

inschrijfperiode van de meerjaren overeenkomst 2024-2026?	zorginkoopportaal VECOZO zullen gebruiken. De aangepaste termijnen voor respectievelijk de jaren 2025 en 2026 publiceren wij uiterlijk 1 juni 2024 en 1 juni 2025.
<i>Subparagraaf 6.8.6</i>	
Wat wordt er precies verstaan onder een verandering in bestuurlijke structuur? Kunt u hierbij een voorbeeld geven?	Voorbeelden hiervan zijn een juridische of economische fusie.
<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>	
Vraag: Wij dienen uiterlijk op 28 juli 2023 onze inschrijving in te dienen. Als we dat doen, dan stemmen we in met het geschetste perspectief voor de komende drie jaar. Het kan zijn dat wij op 28 juli 2023 een kort geding hebben aangespannen tegen het inkoopbeleid (vervaltermijn 20 juli 2023). Kunt u ons schetsen hoe wij moeten handelen als wij een kort geding procedure hebben lopen tegen het inkoopbeleid die niet is afgerond op 28 juli 2023 en volgens uw procedure de inschrijving moet worden ingediend?	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. Wij wijzen u erop dat i.v.m. de gewijzigde planning de nieuwe deadline voor inschrijving is vastgesteld op 4 augustus 2023.

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

Vraag	Antwoord
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	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>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>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>
<p><i>Subparagraaf 6.9.1</i></p>	
<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 zorgaanbidders, mag deze niet ouder dan 1 jaar zijn op het moment van inschrijving. Bestaande zorgaanbidders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbidders is niets bepaald.</p>
<p>Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbidders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbidders 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</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</p>

<p>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>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 aanneme 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 speelt dan ook geen rol bij het al dan niet voldoen aan de betreffende geschiktheidseis.</p>
<p><i>Subparagraaf 6.9.2</i></p>	
<p>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 er vanuit dat dit niet zonder goedkeuring van zorgaanbieder geschied en dat derhalve de overeenkomst alleen tweezijdig kan worden verlengd?</p>	<p>Dit klopt. 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.</p>
<p>Het is "Zorgaanbieder" niet duidelijk of je als zorgaanbieder altijd de mogelijkheid hebt om een overeenkomst voor 1 jaar af te sluiten, ook als het Zorgkantoor beoordeelt dat je voor 3 jaar (+ 2x1) in aanmerking komt. Indien het mogelijk is om altijd een overeenkomst voor 1 jaar af te sluiten, klopt het dan dat hiervoor dezelfde tariefpercentages gelden als bij de optie voor 3 jaar (+ 2x1)?</p>	<p>Het uitgangspunt voor bestaande zorgaanbieders is een meerjarige overeenkomst. Als een zorgaanbieder toch in aanmerking wil komen voor een 1-jarige overeenkomst, dan kan dit uiterlijk 8 augustus 2023 worden aangegeven bij de zorginkoper. De in het inkoopbeleid genoemde tariefpercentages gelden gedurende de gehele looptijd van het inkoopbeleid, ongeacht welke overeenkomst een zorgaanbieder sluit.</p>
<p>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?</p>	<p>De verlengingsoptie opgenomen in de meerjarenovereenkomst (de overeenkomst 2024-2026) van 2 maal 1 jaar geldt voor jaar 4 en jaar 5.</p>

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>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.9.4</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.9.5</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Zoals bekend bij Zilveren Kruis heeft "Zorgaanbieder" als zorgaanbieder te maken met enorme opgaven die o.a. voortkomen uit	Zilveren Kruis ervaart de extra inzet en kosten op deze aspecten niet als extra. Ten aanzien van duurzaamheid volgen wij landelijke geldende

een toenemende zorgzwaarte, de arbeidsmarktproblematiek, de enorme druk op financiën door kostenstijgingen, niet kostendekkende tarieven en de kosten voor inhuur van medewerkers. Waarbij extra kosten voor innovatie en inzet technologie nog niet eens zijn meegenomen. Ondanks dit kiest het Zorgkantoor toch voor extra inkooppeisen voor duurzaamheid, VG7 en innovatiekracht waarbij onvoldoende rekening wordt gehouden met de reële situatie van ons als zorgaanbieder. Is het mogelijk dat Zilveren Kruis hier alsnog aan tegemoet komt?

afspraken en akkoorden en stellen geen aanvullende voorwaarden. Datzelfde geldt voor het VG7-beleid. Het klopt dat Zilveren Kruis extra inzet vraagt op het innovatiebeleid. Daar houden wij aan vast.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6.13 Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7 Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders

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

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.

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

Vraag	Antwoord
Wij zijn een gecontracteerde zorgaanbieder bij ZK, maar op dit moment nog geen 10 WLZ cliënten. Geldt deze regel ook voor reeds bestaande aanbieders. In 2024 verwachten wij uitbreiding.	De norm van minimaal 10 Wlz cliënten geldt vooralsnog niet voor zorgaanbieders die al in 2023 een overeenkomst met het zorgkantoor hebben.

7.3 Nieuwe zorgaanbieders voldoen aan alle voorwaarden

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.4 Nieuwe zorgaanbieders schrijven zich ook in via het VECOZO portaal

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.5 Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Vraag	Antwoord
<p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>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 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>In het ‘Overzicht aan te leveren documenten’ hebben wij opgenomen:</p> <p>Inschrijving UBO('s) UBO-register</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift. • 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</p>

	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.
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.	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.
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?	Bestaande zorgaanbieders moeten conform de Bestuursverklaring beschikken over een VOG RP. Zij hoeven deze niet met hun inschrijving mee te sturen.
Moeten bestaande zorgaanbieders actuele statuten overleggen?	Bestaande zorgaanbieders hoeven met hun inschrijving geen actuele statuten mee te sturen.
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?	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 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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.7 Een inhoudelijk gesprek is onderdeel van de beoordelingsprocedure

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.8 Wij beoordelen het ondernemingsplan en het eventuele gesprek

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

7.10 Nieuwe zorgaanbieders ontvangen standaard een lager tarief

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

8 Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken

8.1 Wij zien toe op de naleving van gemaakte afspraken

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

8.2 Het betaalbeleid sluit aan op de bekostiging

Over deze paragraaf zijn 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

Vraag	Antwoord
Indien er sprake zal zijn van overschrijding van de contracteerruimte beperkt het zorgkantoor de financiële risico's van zorgaanbieders alvorens het geld van klant model omgezet wordt naar een budgetmodel. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen dit financiële risico in het licht van een resultaat van ons als aanbieder als dit <1% is?	Wij hebben gekozen voor een marge van 1% (macro per sector) om niet onnodig over te gaan tot vaste productieafspraken. Wij willen zo lang als mogelijk de keuze van de klant blijven volgen en zorgaanbieders niet beperken in hun ondernemerschap. Wanneer het maximale risicopercentage onder de 1% blijft, wachten wij in

Wat is het afwegingskader dat u hanteert voor het bepalen of overproductie wel of niet vergoed wordt?

principe tot de herschikking met het maken van definitieve productieafspraken. De mogelijkheid om overproductie wel of niet te vergoeden is afhankelijk van de status en omvang van onze contracteerruimte. Voor meer informatie verwijzen wij u ook naar paragraaf 8.6.

8.5 We hebben de mogelijkheid om een tussentijdse herschikking te doen

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

8.7 De nacalculatie vindt plaats in lijn met de herschikking

Over deze paragraaf zijn 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



Mail ons

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

en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

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

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

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

Disclaimer

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