



# Nota van inlichtingen

Inkoopbeleid Wlz Verpleging en verzorging 2024-2026

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het Inkoopbeleid Wlz Verpleging en verzorging 2024-2026.

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

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

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

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

# Overzicht correcties en aanvullingen op het inkoopbeleid

## Inkoopbeleid Wlz Verpleging en Verzorging 2024- 2026

### 1.5.2. 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.

### 4.1.2 Voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg en verblijf

#### **We voegen de ontbrekende link toe in paragraaf 4.1.2.**

In paragraaf In paragraaf 4.1.2 ontbreekt een link naar het crisisprotocol. Deze link voegen we toe.

### 6.5 Voor intramurale zorg spreken we een volumeplafond af

#### **We passen de termijn voor reactie op het volumeplafond intramurale zorg aan naar twee weken.**

In paragraaf 6.5 is informatie opgenomen over de terugkoppelingsbrief met informatie over het volumeplafond. Zorgaanbieders geven aan dat een reactie termijn van één week te kort is. We snappen dat deze termijn kort is. We passen deze termijn aan naar twee weken. Dit betekent dat u uiterlijk 8 september 2023 via de terugkoppelingsbrief wordt geïnformeerd over uw volumeplafond voor intramurale zorg. Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand of bij fusies of overnames. U dient uiterlijk 22 september 2023 een verzoek hiervoor in te dienen.

#### **We verduidelijken welke prestaties vallen onder het volumeplafond voor intramurale zorg.**

In paragraaf 6.5 is toegelicht welke zorg valt onder het volumeplafond voor intramurale zorg. Er zijn een aantal vragen gesteld over welke zorg wel en niet hieronder valt. We laten de prestaties VV9B en VV10 buiten beschouwing voor het bepalen van het volumeplafond. In het inkoopbeleid passen we dit ook aan. We wijzigen de laatste zin in voetnoot 10 in paragraaf 6.5 als volgt 'Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. De declaraties VV9B en VV10 laten we buiten beschouwing.'

#### **We passende de verwijzing in paragraaf 6.5 aan.**

De verwijzing is paragraaf 6.5 is niet correct. De juiste verwijzing is naar paragraaf 1.3.2, we passen dit aan.

## 7. Voor een 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](http://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor)).

## Antwoorden op de vragen over het inkoopbeleid

### Leeswijzer

Vraag	Antwoord
Komt er een overzicht van de wijzigingen in het zorginkoopbeleid ten opzichte van het voorgaande zorginkoopbeleid?	Nee, daar voorzien wij niet in.
Wat maakt dat het zorgkantoor kiest voor een eenzijdige verlengingsoptie? Hoe heeft de zorgaanbieder inspraak op het verlengde beleid en tariefpercentage?	In het geval wij ervoor kiezen het inkoopbeleid te verlengen wordt u gevraagd of u instemt met verlenging van de overeenkomst.
U geeft aan dat u het inkoopbeleid Wlz 2024-2026 tweemaal met een jaar te kunnen verlengen. Indien u in 2027 het beleid verlengt, waartegen kunnen wij dan nog bezwaar maken?	Dit is onderdeel van het gepubliceerde inkoopbeleid en als u het niet eens bent met dit onderdeel had u daar tegen bezwaar moeten maken.

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

## 1.1 De toegankelijkheid van zorg staat onder druk

Vraag	Antwoord
<p>In het inkoopbeleid 2024 - 2026 wordt niets meer genoemd over een strategisch partnerschap met zorgaanbieders. Hoe zit het met de huidige strategische partnerschappen die gesloten zijn met zorgaanbieders vanaf 2024?</p>	<p>De strategische partnerschappen die zijn gesloten gelden voor de afgesproken tijdsperiode. In paragraaf 6.18 is beschreven dat we met proactieve en innovatieve zorgaanbieders blijven samenwerken aan toekomstbestendige initiatieven.</p>
<p>Er wordt ingegrepen middels tariefdifferentiatie om de toegankelijkheid van de zorg te beschermen: deelt u de mening dat door deze ingreep het ook kan zijn dat de toegankelijkheid verder onder druk komt te staan om dat de reguliere zorg bekort wordt? En hoe zorgt u er binnen dit beleid voor dat niet juist kwaliteit in de basis van de regulier zorg onder druk komt te staan?</p>	<p>Duidelijk is dat de huidige werkwijze niet houdbaar is op de langere termijn. Dat betekent dat we met alle betrokken partijen de komende jaren moeten onderzoeken en samenwerken, zodat we de zorg slimmer en efficiënter organiseren en toewerken naar een toekomstbestendig zorglandschap. Dat is een hele uitdaging, maar we ontkomen er niet aan om deze weg in te slaan en er samen voor zorgen dat de kwaliteit op een aanvaardbaar niveau kan blijven ook bij een grotere zorgvraag en beperkt beschikbaar aanbod van zorgprofessionals. We zijn van mening dat we een passend tariefpercentage hanteren. U leest meer over de tariefonderbouwing in bijlage 7.</p>
<p>Alinea 3; Het breder kijken naar een passend antwoord dan alleen zorg bij een hulpvraag vergt meer tijd, kennis en kunde. Kunt u nader aangeven op welke manier zorgaanbieders gecompenseerd worden om deze werkwijze te implementeren?</p>	<p>De inzet van mantelzorgers en andere organisaties voor invulling van de zorg vraagt om inzet die niet altijd in het bijzijn van de klant kan worden vormgegeven. In de bijlage 1 bij de NZa beleidsregel voor modulaire zorg (BR-REG 23121) is bij onder andere de prestatie Persoonlijke Verzorging Basis (PV basis H126) opgenomen: "PV-basis bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waaronder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt".</p> <p>De NZa heeft inmiddels de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg meer gelijkgetrokken aan de regelgeving verpleging en verzorging (Zvw), daardoor is duidelijk beschreven hoe zorgaanbieders om moeten gaan met verplaatste directe contacttijd en welke activiteiten niet onder directe zorgverlening vallen (zoals het maken en aanpassen van de</p>

	<p>planning, het multidisciplinair overleg en werkoverleg).</p> <p>Zorgkantoren volgen de wet- en regelgeving van de NZa.</p> <p>De financiering van VPT en intramurale zorg biedt veel ruimte om op andere manieren invulling te geven aan de zorg, doordat we werken met integrale tarieven.</p> <p>Er zijn hierdoor mogelijkheden om op een andere manier invulling te geven aan de vraag de hulpvraag van klanten. We zien al veel mooie initiatieven van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld initiatieven gericht op het verbeteren van de zelfredzaamheid van klanten en/ of de inzet van informele zorg en/of de inzet van hulpmiddelen. Dit kan zeker ook op een doelmatige manier en met behoud van kwaliteit.</p>
Kunt u 'wij realiseren de doelen binnen de financiële kader met een optimale inzet van middelen' verduidelijken inclusief hoe de zorgaanbieders überhaupt kunnen werken aan deze doelen binnen de financiële kader én wat de optimale inzet van middelen inhoudt.	Wij ondersteunen onder meer met zorgaanbiedersanalyses zoals beschreven in paragraaf 5.5. Daarnaast inspireren wij met goede voorbeelden en het delen van kennis, waarvoor wij graag verwijzen naar paragraaf 5.6. Dit helpt zorgaanbieders om meer zicht te krijgen op mogelijkheden om beschikbare middelen doelmatiger in te zetten. Door gebruik te maken van ervaringen van anderen willen we met elkaar de beschikbare middelen zo optimaal mogelijk inzetten.
Met alle betrokken partijen gaan we... Welke partijen zijn dat? Worden alle gecontracteerde zorgaanbieders voor langdurige zorg hier actief bij betrokken?	Het gaat om alle gecontracteerde zorgaanbieders, maar ook om andere partijen, zoals de partijen die betrokken zijn bij het programma WOZO, TAZ en IZA.
Zijn alle 4 de doelen even belangrijk? of zit er onderscheid in?	Wij vinden dat deze doelstellingen bijdragen aan de doelstelling en opgave waar we voor staan: passende zorg voor klanten nu en in de toekomst. Er is geen prioriteit of onderscheid in belangrijkheid in de inkoopdoelen. Alle vier dragen bij aan een toekomstbestendig zorglandschap.

## 1.2 Inkoopdoel 1: Meer zelfredzaamheid en inzet van informele ondersteuning en zorg voor onze klanten

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid geeft u aan dat u het belangrijk vindt dat het publieke debat over de toekomst van de ouderenzorg nu gevoerd wordt, zodat toekomstige klanten beter voorbereid zijn op het moment dat zij ondersteuning en/of zorg nodig hebben en zich realiseren dat zij (mogelijk) meer zelf moeten	Wij zien vooral een rol voor VWS om het initiatief te nemen voor een publiek debat. In het programma Wonen Zorg en Ondersteuning (WOZO) is benoemd dat betrokken partijen van mening zijn dat het publieke debat gevoerd moet worden. Vanuit de betrokkenheid bij het programma WOZO draagt Zilveren Kruis bij aan

<p>doen en ook wordt gekeken wat door de informele zorg geregeld kan worden. Een publiek debat moet ons inziens openbaar gevoerd worden, dicht bij de cliënt, bijvoorbeeld via publicaties in huis-aan-huis bladen. Wat gaat u als Zilveren Kruis Zorgkantoor in uw zorgkantoorregio's doen om met toekomstige klanten dit publieke debat te voeren?</p>	<p>het publieke debat. Wij doen dit bijvoorbeeld al met ons beleid op VV4. Het uitgangspunt "VV4 thuis, tenzij" dragen we actief uit. Zowel richting zorgaanbieders als externe partijen, maar ook richting klanten.</p>
<p>Een van uw vier inkoopdoelen is: 'meer zelfredzaamheid en inzet van informele ondersteuning en zorg van onze klanten'. Meer inzet van informele ondersteuning en zorgt vraagt niet enkel afstemming met mantelzorgers, maar ook met derden als vrijwilligers(organisaties), welzijnsorganisaties, verenigingen e.d. Bent u het ermee eens dat deze organisatie en realisatie tot meer cliëntgebonden tijd leidt die niet achter de voordeur plaatsvindt? Zo nee, hoe moet deze inzet gedeclareerd worden?</p>	<p>De inzet van mantelzorgers en andere organisaties voor invulling van de zorg vraagt om inzet die niet altijd in het bijzijn van de klant kan worden vormgegeven. In de bijlage 1 bij de NZa beleidsregel voor modulaire zorg (BR-REG 23121) is bij onder andere de prestatie Persoonlijke Verzorging Basis (PV basis H126) opgenomen: "PV-basis bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waaronder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt".</p> <p>De NZa heeft inmiddels de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg meer gelijkgetrokken aan de regelgeving verpleging en verzorging (Zvw), daardoor is duidelijk beschreven hoe zorgaanbieders om moeten gaan met verplaatste directe contacttijd en welke activiteiten niet onder directe zorgverlening vallen (zoals het maken en aanpassen van de planning, het multidisciplinair overleg en werkoverleg).</p> <p>Zorgkantoren volgen de wet- en regelgeving van de NZa.</p>
<p>Welke rol zien jullie voor jullie zelf in het publieke debat over de toekomst van de ouderenzorg? Is dit een debat dat jullie actief gaan opzoeken of komt dit te liggen bij de uitvoerde krachten in het werkveld? Gaan jullie bijvoorbeeld het beleid dat je met ZZP4 thuis woont ook actief uitdragen?</p>	<p>Wij zien vooral een rol voor VWS om het initiatief te nemen voor een publiek debat. In het programma Wonen Zorg en Ondersteuning (WOZO) is benoemd dat betrokken partijen van mening zijn dat het publieke debat gevoerd moet worden. Vanuit de betrokkenheid bij het programma WOZO zal Zilveren Kruis bijdragen aan het publieke debat. Wij gaan het beleid rondom VV4 actief uitdragen. Zowel richting zorgaanbieders als externe partijen, maar ook richting klanten.</p>
<p>Hoe gaat het zorgkantoor om met het borgen van kwalitatief goede Wlz-zorg? Wanneer verwacht u dat ontwikkelingen als "het formaliseren van de informele zorg" en "bekwaam is bevoegd" daadwerkelijk de nieuwe norm kunnen zijn? Dit betekent namelijk dat wij als zorgaanbieder naar een andere personele samenstelling kunnen kijken, waardoor we</p>	<p>Het is een beweging die partijen onder meer in het programma WOZO onderschreven hebben. Wij hopen en hebben het vertrouwen dat het nieuwe generieke kwaliteitskompas hierbij gaat helpen. In de regio's zien we ook al voorbeelden van anders werken en het werken met ander type medewerkers. Vraag uw zorginkoper en kwaliteitsadviseur naar deze voorbeelden.</p>



<p>wellicht minder dure ZZP-ers hoeven in te zetten. Dan komen opgelegde kortingen op de tarieven weer heel anders over. Graag uw mening hierover.</p>	
<p>Ons inziens is er sprake van een verschuiving van de verantwoordelijk en zorgplicht van het zorgkantoor naar ons als zorgaanbieder, waarbij wij invulling moeten geven aan passende zorg. Wij lezen in het inkoopbeleid op een aantal plaatsen ingrepen op de aanspraak van cliënten, dan wel de omvang van hun zorg, waarbij wij vermoeden/vrezen dat dat gaat leiden tot bezwaren waarmee wij geconfronteerd worden als gevolg van uw beleid. Wat kunt en wilt u hierin betekenen?</p>	<p>Wij zien het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen om de toegankelijkheid van zorg te borgen. Wij begrijpen dat dit lastig kan zijn, maar zien gelukkig al goede voorbeelden in het veld waarbij zorgaanbieders laten zien dat het op een andere manier antwoord geven op de hulpvraag van ouderen heel positief kan uitpakken. Wij vinden het belangrijk dat het publieke debat gaat plaatsvinden en de verwachtingen van mensen die een beroep doen op Wlz zorg bijgesteld en realistisch zijn. Het is de komende tijd van belang om samen met klanten en hun sociale netwerk te bezien of en hoe de klant thuis zorg en ondersteuning kan ontvangen. Dat zal in overleg moeten plaatsvinden. Wij gaan klanten informeren over mogelijkheden om zorg thuis te ontvangen en hen ook meenemen in de verandering waarbij zorg in een intramurale setting vooral beschikbaar blijft voor de mensen met de zwaarste of meest complexe zorgvraag.</p>
<p>U spreekt over samenwerking gemeenten en zorgkantoor. Zou daar niet ook de zorgverzekeraar bij moeten aansluiten</p>	<p>U heeft gelijk, ook de samenwerking met zorgverzekeraars is van belang om de zelfredzaamheid van klanten en inzet van informele ondersteuning en zorg te vergroten.</p>
<p>En wat kan door middel van informele zorg worden geregeld? Wordt hiermee bedoeld dat dezelfde Wlz zorg, die nu door zorgprofessionals wordt geboden, in de komende jaren zoveel als mogelijk geboden moet gaan worden door vrijwilligers/mantelzorgers? Zo ja, wie bepaald welke onderdelen van de formele Wlz zorg (structureel) omgezet kunnen worden naar informele zorg?</p>	<p>Het wordt steeds belangrijker om goed met elkaar te kijken hoe de zorg en ondersteuning aan ouderen het beste invulling kan krijgen. Daarbij is het van belang om met de klant, zijn eventuele mantelzorger en sociaal netwerk te bespreken wat zij kunnen eventueel met gebruik van hulpmiddelen. Om vervolgens te bepalen welke aanvullende inzet van zorgprofessionals nodig is. De vanzelfsprekendheid dat zorgprofessionals zoveel mogelijk overnemen is niet houdbaar door de beperkt beschikbare capaciteit. Afhankelijk van de individuele situatie van de klant en zijn sociaal netwerk en in overleg met hen wordt bepaald wie wat doet.</p>
<p>Hierdoor kunnen zorgaanbieders met beschikbare zorgpersoneel meer klanten van zorg voorzien. Dit veronderstelt dat het aantal zorgmedewerkers in de komende jaren gelijk zal blijven. Om de huidige zorgprofessionals te kunnen behouden is een loonsverhoging van minimaal 10% in de VVT noodzakelijk. Wordt hiermee rekening gehouden in het inkoopbeleid en zo ja, op welke wijze?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de verwerking van loon- en kostenontwikkeling in de max tarieven. De NZa corrigeert de maximumtarieven jaarlijks voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken. Wij spreken met zorgaanbieders een tariefpercentage af. Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>

<p>Kunnen wij na de uiterste inschrijfdatum van 28 juli 2023 en ten tijde van de looptijd van onze overeenkomst 2024-2026 nog extra inschrijven op ggz w5 /b7 (alsmede voor gz vg7)? Dus wanneer wij nu nog geen zorg (kunnen) bieden aan deze groep, maar op een later moment ons zorgaanbod uitbreiden is die mogelijkheid er dan?</p>	<p>Wanneer u uw aanbod wilt uitbreiden, kunt u (altijd) contact opnemen met uw zorginkoper. De zorginkoper beoordeelt dan of de prestatie kan worden open gezet.</p>
<p>Inzet op informele zorg in het inkoopbeleid. Betekent dit dat er sprake is/komt van 'formaliseren van informele zorg'? 'Bekwaam is bevoegd' wordt de nieuwe norm?</p>	<p>Wij willen niet inzetten op het formaliseren van informele zorg, maar juist informele zorg inzetten naast formele zorg om zo efficiënt mogelijk om te gaan met de beschikbare capaciteit.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat Zilveren Kruis beoordeelt welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een hoger tariefpercentage vanwege hun rol bij de essentiële voorzieningen. De betreffende aanbieders worden daarover uiterlijk 12 juni 2023 geïnformeerd. Hoe worden (of zijn) deze aanbieders door Zilveren Kruis bekend gemaakt, zodat de regio's weten welke aanbieders dit zijn?</p>	<p>De betreffende zorginkoper informeert de zorgaanbieders in de regio met welke zorgaanbieders wij afspraken hebben gemaakt over de rol bij het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.1</i></p>	
<p>Er staat: Zorgaanbieders informeren klanten over nieuwe technologie. en hulpmiddelen kunnen klanten zich dit eigen maken. Zorgverzekeraars / Zorgkantoren hebben hier voordat klanten in zorg komen ook een rol in. Wanneer klanten in zorg komen kan het te laat zijn om klanten het gebruik aan te leren. Onderschrijft u dat? Op welke manier kunt u daar invulling aan geven?</p>	<p>Ook zorgverzekeraars onderschrijven de beweging die nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken. Zij stimuleren innovatie en gebruik van nieuwe technologie en hulpmiddelen. Ook vanuit het zorgkantoor willen wij klanten meer gaan informeren over mogelijkheden om zorg thuis te ontvangen. Daarbij is nieuwe technologie en het gebruik van hulpmiddelen een belangrijk onderdeel.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.2.</i></p>	
<p>U geeft aan " Als zorgaanbieders door inzet op zelfredzaamheid meer klanten van zorg kunnen voorzien, dan betekent dit met de huidige integrale tarieven extra inkomsten omdat er een bedrag per dag gefinancierd wordt". Zou u meer duiding kunnen geven aan de term "extra inkomsten" en uw beeld daarbij? U noemt namelijk naast de VPT ook de intramurale zorg. In de intramurale zorg zal inderdaad zelfredzaamheid meer een rol moeten spelen maar eveneens is er ook de beweging dat de cliënten die nog intramuraal verblijven ook veel complexer zijn. Dus de vraag is wat is uw perspectief als het gaat om " extra inkomsten"?</p>	<p>De financiering van bijvoorbeeld VPT en intramurale zorg biedt veel ruimte om op andere manieren invulling te geven aan de zorg, doordat we werken met integrale tarieven. Als zorgaanbieders door inzet op zelfredzaamheid meer klanten van zorg kunnen voorzien, dan betekent dit met de huidige integrale tarieven een beter resultaat omdat er een bedrag per dag gefinancierd wordt ofwel kunnen zorgprofessionals meer klanten van zorg voorzien.</p>
<p>In het zorginkoopbeleid staat dat u van zorgaanbieders verwacht dat zij in gesprek gaan met hun klanten over passende zorg en de professionele zorg beperken. Daarbij merkt u</p>	<p>Terecht dat u wijst op de zorgplicht van zorgkantoren. Wij zijn richting mensen met een Wlz indicatie in onze zorgkantoorregio's verplicht om er voor te zorgen dat zij hun indicatie kunnen</p>

<p>op dat u voorziet dat zorgaanbieders die deze beweging niet maken de komende jaren financieel en arbeidsmarkt technisch in de knel komen met de zorgverlening aan al hun klanten. Wij missen in deze context 2 belangrijke elementen: 1. de zorgplicht van het zorgkantoor en 2. de erkenning dat de arbeidsmarktproblematiek niet alleen de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder, maar een meer maatschappelijk dilemma. Als aanbieders alles doen wat u verwacht inzake zelfredzaamheid en inzet van informele zorg, maar de toenemende zorgvraag en zorgzwaarte dit inkoopdoel buiten bereik laat, is het dan ook zo dat het zorgkantoor feitelijk qua verantwoordelijkheid of financieel in de knel komt vanwege hun zorgplicht aan al hun klanten? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>verzilveren en tijdig passende zorg ontvangen. Voor de invulling van deze zorgplicht hebben wij u als zorgaanbieder hard nodig, want wij verlenen niet zelf de zorg. Wij monitoren om die reden de wachtlijsten en knelpunten in zorgvraag en zorgaanbod in de regio. Daar waar wij kunnen dragen wij bij aan het oplossen van knelpunten. Naast de zorgvraag en het zorgaanbod monitoren wij ook de benutting van de contracteerruimte.</p> <p>Als de toenemende zorgvraag en zorgzwaarte ertoe leidt dat de benodigde zorg niet binnen de beschikbare contracteerruimte verleend kan worden kan er sprake zijn van het niet voldoen aan de zorgplicht van zorgkantoren richting mensen met een Wlz indicatie. Zorgkantoren zijn richting mensen met een Wlz indicatie verantwoordelijk voor het kunnen verzilveren van hun aanspraak en dus tijdige en passende zorg. In financiële zin zijn zorgkantoren niet in staat om afspraken te maken boven de beschikbare contracteerruimte. Als de contracteerruimte niet toereikend blijkt te zijn voor de benodigde zorg wordt dit besproken met de NZa en VWS.</p>
<p>In welke mate is er ruimte voor kleinere zorgaanbieders om wel aan de eisen te voldoen? Sommige organisaties bedienen een uitgesmeerd gebied, waardoor het (laatste zin) soms lastig is om financieel dekkend te blijven terwijl ze wel veel (gaan) doen met passende zorg, innovatie e.d.</p>	<p>Het is aan kleine zorgaanbieders om te bepalen hoe zij de zorg zo efficiënt mogelijk kunnen organiseren. Het kan verstandig zijn om ook nog eens kritisch naar het werkgebied te kijken en eventueel te besluiten om meer te concentreren, waardoor er minder sprake is van onrendabele lijnen.</p>
<p>U stelt in de passage (bovenaan blz 11) dat de financiering van bijv. VPT veel ruimte biedt voor extra inkomsten met de huidige integrale tarieven. Onze ervaring is dat VPT bieden in een geclusterde woonomgeving financieel haalbaar kan zijn, maar in de wijk niet. Op grond waarvan bent u van mening dat VPT in de wijk wel financieel haalbaar is met een ZZP 4? Hierbij verzoek ik u in de beantwoording in te gaan op onderwerpen als: extra reistijd zorgpersoneel, het organiseren van de zorg en beschikbaarheid van hulpmiddelen.</p>	<p>We herkennen het signaal dat het lastig is om ongeclusterde VPT rendabel te leveren. Wij horen ook van zorgaanbieders dat het wel financieel haalbaar is om VPT in de wijk te bieden aan mensen met een VV4. Wij adviseren u om in gesprek te gaan met uw inkoper, deze kan u meer informatie geven over goede voorbeelden.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat; "De financiering van bijvoorbeeld VPT en intramurale zorg biedt veel ruimte om op andere manieren invulling te geven aan de zorg, doordat we werken met integrale tarieven. Als zorgaanbieders door inzet op zelfredzaamheid meer klanten van zorg kunnen voorzien, dan betekent dit met de huidige integrale tarieven extra inkomsten omdat er een bedrag per dag gefinancierd wordt. We voorzien dat zorgaanbieders die</p>	<p>Dit is gebaseerd op gesprekken die met zorgaanbieders gevoerd zijn. We weten dat de arbeidsmarktproblematiek en toenemende zorgvragen vragen om andere werk- en organisatiewijze. En we weten dat bij het doorgaan op dezelfde wijze de kosten enorm zullen toenemen. Dat is kennis die onder meer ook terugkomt in het programma WOZO en gedeeld wordt door betrokken partijen.</p>

<p>deze beweging niet maken de komende jaren financieel en arbeidsmarkt technisch in de knel komen met de zorgverlening aan al hun klanten." Waar is dit op gebaseerd?</p>	
<p>Wij ervaren, o.a. op basis van de conversietabel, dat de klantreis van cliënten met MPT en VPT eindig is binnen de mogelijkheden van het integrale tarief (incl. 25% opslag), dit lijkt een perverse prikkel om mensen langer thuis zorg te verlenen. Hoe denkt u hier mee om te gaan?</p>	<p>Om de zorg in toekomstbestendig en betaalbaar te houden zullen we met elkaar moeten kijken hoe de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk ingezet kunnen worden. Het is van belang om de komende tijd met elkaar te verkennen hoe het anders en doelmatiger kan. Onder meer door de inzet van reablement, afspraken met het sociaal netwerk en door gebruikt te maken van technologische innovaties en hulpmiddelen. Als dan alsnog de zorg met een MPT of VPT ongeclusterd niet doelmatig geleverd kan worden moet gekeken worden naar alternatieven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan zorg met een VPT in een geclusterde woonvorm.</p>
<p>"In dit gesprek is het van belang dat er eerst wordt gekeken wat de klant zelf nog kan, of juist (weer) kan leren". Veel van onze klanten die in het verpleeghuis wonen hebben dementie en kunnen niets meer leren. Aan welke doelgroep in de ouderenzorg zouden wij volgens u het gesprek mee aan moeten gaan?</p>	<p>Het is belangrijk om naar de individuele situatie van klanten te kijken. Natuurlijk hangt de mogelijkheid om te leren onder meer af van het ziektebeeld dat mensen hebben en de fase waarin de ziekte zich bevindt. Het is aan de professional om te bepalen welke mogelijkheden er zijn en om deze te benutten. Zodat de beschikbare capaciteit van de professionals daar kan worden ingezet waar het echt nodig is.</p>
<p>We horen terug van zorgaanbieders dat deze gesprekken leiden tot minder formele zorg inzet en een hoger gevoel van autonomie en welzijn bij de klant. Welke zorgaanbieders waren dat? In welke regio zijn zij actief met welk zorgaanbod? Vindt u deze ontvangen informatie van zorgaanbieders maatgevend voor de gehele zorgsector (V&amp;V, GZ en GGZ)?</p>	<p>Diverse zorgaanbieders hebben dit in onze consultatierondes over het te formuleren inkoopbeleid verteld. Als u meer wilt weten over zorgaanbieders die goede ervaringen hebben verwijzen wij u graag naar uw zorginkoper.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.2.3</i></p>	
<p>U geeft aan 'de kennis en ervaring die al is opgedaan door zorgaanbieders, bijvoorbeeld op het gebied van reablement en inzet van informele zorg gaan wij verzamelen en met u delen.' Wij vinden het heel prettig als u deze kennis en ervaring breed deelt. Echter dit vraagt van ons dat wij deze kennis en ervaring delen met onze professionals in de vorm van training en of coaching. Bent u bereid hier een toeslagpercentage voor op te nemen? Ter dekking van deze improductiviteit. Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In de V&amp;V is sprake van integrale tarieven. In deze tarieven is rekening gehouden met onder meer benodigde training en opleiding voor personeel. Wij hebben er voor gekozen om zo min mogelijk te werken met opslagen en afslagen op de tariefpercentages.</p>
<p>Op welke manier en komen hier ook verplichtingen voor de zorgaanbieder uit voort?</p>	<p>Wij vragen van zorgaanbieders die kennis en ervaring met reablement hebben om deze beschikbaar te stellen en te delen met andere</p>

	zorgaanbieders. Over de wijze waarop maken wij graag afspraken.
Wordt 'Reablement' een verplicht item om te volgen? Hoe verhoudt zich dat tot bijv. Positieve Gezondheid? Het gaat er uiteindelijk om, om met elkaar de beweging naar langer (als) thuis en langer zelfstandig te maken. Reablement is een van de mogelijkheden die hierin ondersteunt.	Het gaat er uiteindelijk om, om met elkaar de beweging naar langer (als) thuis en langer zelfstandig te maken. Reablement is één van de mogelijkheden die hierin ondersteunt.

### 1.3 Inkoopdoel 2: Klanten ontvangen ondersteuning en zorg zo veel mogelijk in de eigen woonomgeving

Vraag	Antwoord
Het zoveel mogelijk thuis zorg ontvangen strookt in de afgifte van een zorgprofiel vaak niet met het principe van '24 uren toezicht en zorg in de nabijheid'. Hoe gaat het zorgkantoor samen met het CIZ zorgen voor een eenduidige indicatiestelling, zodat de zorgaanbieder samen met de klant niet tussen wal en schip raakt?	Het CIZ stelt vast welke indicatie passend is. Het is aan de zorgaanbieder om in overleg met de klant te bepalen welke zorg passend is en waar de klant op aangewezen is. Daarbij wordt gekeken naar aard inhoud en omvang, maar ook wat de klant en zijn sociaal netwerk kan doen en welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden. In de wet is geregeld dat daarbij gekeken wordt naar de doelmatigheid. Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.
Gaat er financiering komen voor hulpmiddelen thuis binnen de Wlz. Onze ervaring is dat gemeentes dat niet meer willen bieden bij een geclusterde woonvorm. Dit belemmert ontwikkeling.	Of er op termijn wat gaat veranderen in de aanspraak van de Wlz is niet aan het zorgkantoor, hier beslist VWS over. Wij herkennen de problematiek en ook wij agenderen dit op de passende overlegtafels met o.a. de gemeente.
Er is betreffende de hulpmiddelen een verschil in vergoeding van 50% tussen Wlz en ZVW. Gaat hier nog wat aan gebeuren. Deze additionele kosten (kunnen) zwaar drukken op de instellingen	Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij vragen u contact op te nemen met uw inkoper.
Waarom zet ZK zo in op VPT? Belemmert dat niet het stimuleren van samenwerking?	Dat doen wij omdat VPT in veel gevallen een goed alternatief is voor intramurale zorg en wij de beweging om mensen langer thuis van zorg te voorzien ondersteunen. VPT kan zowel in ongeclusterde als in geclusterde vorm worden aangeboden. Ook voor VPT is een goede samenwerking in de regio tussen partijen van belang. Naast VPT stimuleren wij ook MPT.
Jullie spreken over samenwerken als noodzaak. Daarnaast zetten jullie sterk in op VPT. Is dat niet conflicterend?	We zetten in op VPT omdat dit in veel gevallen een goed alternatief is voor intramurale zorg en wij de beweging om mensen langer thuis van zorg te voorzien ondersteunen. VPT kan zowel in ongeclusterde als in geclusterde vorm worden aangeboden. Ook voor VPT is een goede

	samenwerking in de regio tussen partijen van belang. Naast VPT stimuleren wij ook MPT.
<i>Subparagraaf 1.3.1</i>	
In het inkoopbeleid geeft u aan dat voor klanten met een VV4 (en een groot deel van VV5) zorg thuis het uitgangspunt is. Wij delen dat in beginsel, maar hebben ook te maken met het feit dat cliënten met een VV4 of hoger een wettelijk recht (aanspraak) hebben op zorg en verblijf in een instelling. Als wij vinden dat de zorg aan een cliënt met VV4 in de thuissituatie geleverd kan worden, maar deze zijn recht op zorg en verblijf wil verzilveren, dan ontstaat er een impasse die wij niet op kunnen lossen. Kunnen wij deze cliënt dan met het oog op uw zorgplicht naar u doorverwijzen voor bemiddeling en/of (juridische) afhandeling? Zo nee, waarom niet?	Wij begrijpen dat deze gesprekken lastig kunnen zijn, zeker als klanten de verwachting hebben dat een indicatie voor de Wlz automatisch betekent dat een opname in een zorginstelling volgt. Het is belangrijk om het goede gesprek met de klant en zijn sociaal netwerk te voeren om te bespreken welke mogelijkheden er zijn om de zorg thuis te verlenen en wat dat betekent voor deze klant. Wij hanteren de regel VV4 thuis, tenzij. Er is dus ruimte voor uitzonderingen. Indien u van mening bent dat het zorgkantoor een rol kan vervullen in geval van een impasse zijn wij graag bereid om in gesprek te gaan met de betreffende klant.
Met dit inkoopbeleid sluit het zorgkantoor aan op de beweging van het WOZO-programma, op basis van 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'. Dat het anders moet in de zorg voor ouderen gezien de grote toename aan ouderen en de druk op de arbeidsmarkt onderschrijven wij. Echter het inkoopbeleid strookt niet met huidige wetgeving waarin cliënten binnen de Wet langdurige zorg recht hebben op zorg met verblijf. Hoe kijkt u hier tegenaan? Graag uw toelichting.	<p>Ons inkoopbeleid is in lijn met de huidige wetgeving.</p> <p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p> <p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (...)</p> <p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p>
Binnen de Wet langdurige zorg hebben cliënten recht op zorg met verblijf. Het zorgkantoor spreekt over een stimuleringsprikkel het tarief VV4 in de toekomst mogelijk te verlagen bij intramurale zorg. Zorgorganisaties worden gekort op het tarief VV4, terwijl cliënten gebruik kunnen maken van hun recht op verblijf. Hier lijkt een tegenstrijdigheid in te zitten. Tevens	<p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p> <p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige</p>

<p>kan het opnemen van een VV4 en/of VV5 die nu gedwongen worden thuis de zorg te ontvangen ook de levendigheid bij zorgorganisaties bevorderen en het "omzien naar elkaar. Hierdoor worden zorgprofessionals deels ook weer ontlast. Het opnemen van een VV4 kan dus ook positief worden gezien. Deelt het zorgkantoor deze mening? Is het bereid af te zien van de (toekomstige) tariefsverlaging en/of bijvoorbeeld in een tariefsopslag te wijzigen als er bijvoorbeeld een groei in VPT4/VPT5 is gerealiseerd?</p>	<p>zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (....)</p> <p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p> <p>Wij herkennen uw opmerking dat door een mix van klanten met een lichtere en zwaardere zorgvraag er enige ontlasting kan plaatsvinden bij zorgprofessionals. Door meer gebruik te maken van het sociale netwerk van klanten kan er wellicht hetzelfde effect worden bereikt. Op welke wijze wij in de toekomst omgaan met tariefsverlagingen is nog niet duidelijk. Dat gaat pas in na afloop van dit huidige inkoopbeleid en de gedachte nu is om dat te gaan doen voor VV4. We passen het beleid niet aan op dit punt.</p>
<p>U hanteert het uitgangspunt dat voor cliënten met VV4 (en VV5) de zorg thuis geleverd wordt. Cliënten met een indicatie VV4 en VV5 hebben echter recht op intramurale zorg en hebben daarbij de vrijheid om te kiezen voor intramurale zorg in plaats van zorg thuis. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht voor deze cliënten. Als cliënten uitdrukkelijk kiezen voor intramurale zorg en de nakoming van de zorgplicht door het zorgkantoor (in rechte) afdwingen, dan kan dat grote (financiële) consequenties hebben voor zowel zorgkantoren als de gecontracteerde aanbieders. Kan het zorgkantoor aangeven hoe zij rekening heeft gehouden met cliënten met indicatie VV4 en VV5 die hun recht op intramurale zorg afdwingen? Wij stellen voor dat er een bepaling in de Overeenkomst wordt opgenomen waarin een voorziening wordt getroffen over deze mogelijke omstandigheid, waarbij Partijen in onderling overleg treden om te komen tot een oplossing in dergelijke gevallen, waarbij het zorgkantoor instaat om de eventuele financiële consequenties voor haar rekening te nemen. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p> <p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (....)</p> <p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p> <p>Zorgkantoren zijn richting mensen met een Wlz indicatie verantwoordelijk voor het kunnen verzilveren van hun aanspraak en dus tijdige en</p>

	<p>passende zorg. In financiële zin zijn zorgkantoren niet in staat om afspraken te maken boven de beschikbare contracteerruimte. Als de contracteerruimte niet toereikend blijkt te zijn voor de benodigde zorg wordt dit besproken met de NZa en VWS.</p> <p>Wij begrijpen dat de gesprekken met klanten en hun sociaal netwerk lastig kunnen zijn, zeker als klanten de verwachting hebben dat een indicatie voor de Wlz automatisch betekent dat een opname in een zorginstelling volgt. Het is belangrijk om het goede gesprek met de klant en zijn sociaal netwerk te voeren om te bespreken welke mogelijkheden er zijn om de zorg thuis te verlenen en wat dat betekent voor deze klant. Wij hanteren de regel VV4 thuis, tenzij. Er is dus ruimte voor uitzonderingen.</p>
<p>Wij merken dat mensen met wijkverpleging in de thuissituatie in de praktijk wachten met het activeren van een Wlz-indicatie zolang intramurale opname niet onvermijdelijk is. Dit doen zij vanwege de "zorgval" die dreigt voor mensen in de thuissituatie als ze overstappen van wijkverpleging naar Wlz (VPT/MPT). Voor ons als VVT-organisatie is dit een barrière om (meer) VPT/MPT te kunnen realiseren en hiermee bij te kunnen dragen aan de doelstelling van extramuralisering/ scheiden van wonen en zorg. Onderkent u dit probleem en wilt u dit beletsel om uitvoering te kunnen geven aan het door u gewenste (en door ons onderschreven) beleid oplossen?</p>	<p>We herkennen dit probleem, dit kunnen we niet met ons inkoopbeleid oplossen. We blijven dit wel op de landelijke tafels agenderen. Daarnaast is goede informatievoorziening voor klanten belangrijk.</p> <p>Het is belangrijk om tijdig het gesprek met klanten aan te gaan over de zorg en ondersteuning die de komende tijd nodig is. Als er op het juiste moment wordt gekeken of de klant aanspraak kan maken op Wlz zorg kan een grote "zorgval" zoveel mogelijk voorkomen worden.</p> <p>De (onafhankelijke) cliëntondersteuners kunnen worden ingezet om de juiste informatie te geven en tijdig de Wlz-indicatie aan te vragen. Op de website van Zilveren Kruis onder gemeenten hebben we een pagina waarop wordt uitgelegd welke mogelijkheden er zijn rondom tijdige aanvraag van een Wlz-indicatie en welke misverstanden er bestaan over Wlz: <a href="https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/ouderen/grensvlakken">https://www.zilverenkruis.nl/gemeenten/ouderen/grensvlakken</a>. Ons inkoopbeleid en wet- en regelgeving staan het tijdig aanvragen van een Wlz-indicatie niet in de weg.</p>
<p>Bij het wegvallen van de VV4, hoe kan een zorgorganisatie wel de extramurale ondersteuning aanbieden voor desbetreffende groep cliënten?</p>	<p>Een alternatief voor intramurale zorg kan geboden worden in de vorm van een VPT of MPT. Voor VPT geldt dat deze zorg of geclusterd of ongeclusterd vormgegeven kan worden.</p>
<p>In hoeverre gaat het zorgkantoor incentives bieden om bestaande VV4 bewoners, te ontslaan van zorg en over te laten gaan naar VPT/MPT?</p>	<p>Het is niet onze bedoeling om mensen die nu met een VV4 intramuraal verblijven te laten verhuizen. Er kan, waar mogelijk, in overleg gekozen worden voor een omzetting naar geclusterd VPT. Voor nieuwe klanten met een VV4 geldt wel zorg thuis (kan dus ook geclusterd VPT zijn), tenzij.</p>



<p>Uiteraard kunnen wij met klanten in gesprek gaan om de benodigde zorg thuis te ontvangen, zoals u voorstelt. U geeft aan 'voor klanten met een indicatie VV4 is zorg thuis het uitgangspunt'. 'Ook voor de VV5 verwachten we dat een relatief groot deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg krijgt. Hoe verhoudt zich dit in uw ogen op het recht van klanten op verblijf? Vindt u dat klanten VV4 of VV5 nog steeds mogen kiezen voor een verblijfsplaats? En wat worden zorgaanbieders geacht te doen als cliënten VV4 en VV5 ondanks de gevoerde gesprekken toch in onverwacht grote getale kiezen voor een verblijfsplaats?</p>	<p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p> <p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (...)</p> <p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p> <p>Het is dus belangrijk om goed met de individuele klant en zijn sociale netwerk bespreken in hoeverre VPT of MPT tot de mogelijkheden behoort. Het is belangrijk om de komende tijd met elkaar de ontwikkelingen te volgen. In de gesprekken met uw inkoper en kwaliteitsadviseur is ruimte om te bespreken wat uw ervaringen zijn en hoe daar mee omgegaan kan worden.</p>
<p>U vraagt van zorgaanbieders om cliënten met ZZP-4 zoveel mogelijk thuis zorg te laten ontvangen. Welke rol ziet het zorgkantoor hier voor zich bij de toewijzing en voorlichting?</p>	<p>Wij begrijpen dat de gesprekken met klanten en hun sociaal netwerk lastig kunnen zijn, zeker als klanten de verwachting hebben dat een indicatie voor de Wlz automatisch betekent dat een opname in een zorginstelling volgt. Het is belangrijk om het goede gesprek met de klant en zijn sociaal netwerk te voeren om te bespreken welke mogelijkheden er zijn om de zorg thuis te verlenen en wat dat betekent voor deze klant.</p> <p>Wij hanteren de regel VV4 thuis, tenzij. Er is dus ruimte voor uitzonderingen. Indien u van mening bent dat het zorgkantoor een rol kan vervullen in geval van een impasse zijn wij graag bereid om in gesprek te gaan met de betreffende klant. Goed om steeds te blijven benadrukken dat zorg thuis ook kan betekenen zorg in de vorm van geclusterd VPT.</p> <p>Het zorgkantoor zal op haar website en bij telefonische vragen klanten en hun</p>

	<p>contactpersonen informeren over de lijn VV4 thuis, tenzij. Daarbij lichten wij toe waarom dat zo is en welke mogelijkheden er zijn voor klanten om langer thuis de zorg en ondersteuning te kunnen krijgen. Daarnaast bellen wij alle nieuwe Wlz klanten met de status 'zonder voorkeur voor leveringsvorm' en lichten wij in geval van een VV4 ons beleid toe en beantwoorden wij eventuele vragen.</p>
<p>In het inkoopbeleid wordt het plan aangekondigd dat na de looptijd van dit inkoopbeleid, om voor VV4 lagere tariefpercentages af te spreken voor intramurale zorg. Wordt hier uitgegaan van de periode 2024-202? Of wordt de mogelijkheid om twee keer met een jaar te verlengen hierin meegenomen en wordt er pas vanaf 2029 lagere tariefpercentages voor VV4 afgesproken?</p>	<p>Het gaat om de periode na de looptijd van dit inkoopbeleid, op zijn vroegst 2026.</p>
<p>Kunnen we afspraken maken met ZK over de transitie bij de afbouw van VV4 naar de opbouw van plekken met verblijf voor cliënten met een complexere en intensievere zorgvraag? Zijn er transitiemiddelen vanuit het zorgkantoor beschikbaar om hierbij financieel te ondersteunen?</p>	<p>De transitiemiddelen die beschikbaar zijn voor scheiden wonen en zorg zetten we gericht in op een aantal thema's, zoals vermeld in paragraaf 3.3.2. Wij gaan ervan uit dat de investeringen die nodig zijn om klanten nu, maar ook in de toekomst van zorg te voorzien betaald worden vanuit de reguliere tarieven en de reserveringen die daarvoor door zorgaanbieders zijn gedaan.</p>
<p>Komen er aanvullende middelen beschikbaar voor zorgaanbieders waarvoor het vastgoed in de huidige staat niet geschikt is om zwaardere zorg dan ZZP4 te leveren? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat de investeringen die nodig zijn om klanten nu, maar ook in de toekomst van zorg te voorzien betaald worden vanuit de reguliere tarieven en de reserveringen die daarvoor door zorgaanbieders zijn gedaan. We passen ons beleid op dit punt niet aan.</p>
<p>In de verschillende zorgkantoorregio's zijn door het SCP aanzienlijke verschillen in de regiopopulatie geconstateerd. Het betreft vooral relatief lage SES scores, een groeiend aantal alleenstaanden (meer dan de helft van de Amsterdamse huishoudens zijn alleenstaand), een toename van het aantal migranten. Een bovengemiddeld aantal van deze klanten binnen de zorgkantoorregiopopulatie vereist (door onder meer een klein eigen netwerk) meer inspanning van zorgaanbieders en veroorzaakt daarmee hogere kosten voor zorgaanbieders. Kan Zilveren Kruis de verschillende SES scores van de zorgkantoorregiopopulatie publiceren en daarbij onderbouwen op welke manier zij hiermee rekening houdt bij het vaststellen van het tarief? In hoeverre is in dit beleid rekening gehouden met de populatiekenmerken van zorgkantoorregio Amsterdam?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat in de door u bedoelde locaties sprake is van postcodegebieden waarvoor een aparte prestatie geldt, de niet-beïnvloedbare factoren (NBF), zoals bedoeld in de beleidsregels van de NZa. Wij hebben niet op een andere wijze rekening gehouden met verschil in percentages lage SES scores voor de bepaling van het tarief.</p>

<p>U geeft aan dat voor klanten met een ZZP VV4 het uitgangspunt zorg thuis is. Ook voor klanten met een ZZP VV5 verwacht u dat een relatief groot deel zorg thuis krijgt. Wanneer een zorgaanbieder aan onevenredig veel klanten met een lage ZZP zorg met verblijf verleent, gaat het zorgkantoor hierover in gesprek. Onze vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kunt u aangeven/kwantificeren wat een relatief groot deel klanten met een ZZP VV5 is?</li> <li>2. Kunt u aangeven/kwantificeren wat onevenredig veel klanten met een lage ZZP zijn voor zorg met verblijf?</li> <li>3. Is er een overgangperiode van toepassing om de afbouw van de lage ZZP's te realiseren?</li> <li>4. Indien zorg thuis niet verantwoord is, kan dan toch bij lage ZZP's zorg met verblijf worden gegeven?</li> </ol>	<p>Voor het bepalen met welke zorgaanbieders wij in gesprek willen over het aandeel lage ZZP's maken wij gebruik van spiegelinformatie. Het gaat ons erom om in het gesprek meer inzicht te krijgen over de reden waarom het aandeel relatief hoog is en te bespreken of en hoe dit aandeel verlaagd kan worden. Hierbij wordt onder meer betrokken hoeveel zorgaanbieders nog intramurale zorg blijven verlenen aan mensen met een lage indicatie. Maar ook welke bijzondere omstandigheden eventueel een rol spelen bij het hoge aandeel en welke mogelijkheden er zijn om af te bouwen.</p> <p>Wij hanteren de regel VV4 thuis, tenzij. Er is dus ruimte voor uitzonderingen wanneer zorg thuis niet verantwoord is.</p>
<p>Door het uitgangspunt dat klanten met een lage ZZP (VV4 en VV5) zorg thuis ontvangen en niet zorg met verblijf, kunnen de vrijgekomen plekken met verblijf worden ingezet voor klanten met een complexe of intensieve zorgvraag. Worden de afspraken met zorgaanbieders over het aantal plekken inclusief behandeling hierop aangepast?</p>	<p>Wij verwijzen u graag naar paragraaf 6.15 over het onderwerp behandeling.</p>
<p>Als intramuraal steeds meer met complexe en/of zeer intensieve zorg te maken krijgt. Moet dan ook niet de %-verdeling met en zonder behandeling op 100% met behandeling gezet worden?</p>	<p>Wij verwijzen u graag naar paragraaf 6.15 over het onderwerp behandeling.</p>
<p>In hoeverre blijft er ruimte om op individueel niveau van de klant afspraken te maken? Sommige klanten met een VV5 indicatie hebben zodanig lastig gedrag dat wonen thuis niet meer mogelijk is terwijl bij diezelfde cliënt ophoging naar een VV7 ook niet mogelijk/passend is. Dat betekent dat soms de zorg toch intramuraal geboden moet gaan worden tegen mogelijk een lager tarief terwijl de grond voor intramuraal er dan wel echt is.</p>	<p>Het blijft belangrijk om per klant te kijken wat het best passend en mogelijk is. Wij denken dat voor VV5 een relatief groot deel extramurale ondersteuning en zorg kan krijgen. Dat gaat niet voor elke klant op en voor een deel van de klanten met een VV5 blijft intramurale zorg de best passende en mogelijke oplossing.</p>
<p>Voor VV4 is het uitgangspunt zorg thuis en voor VV5 verwachten jullie dat een relatief groot deel van de klanten extramurale zorg krijgt. Dat is een forse wijziging ten opzichte van de huidige praktijk in de sector. Waarom deze wijziging en op welke manier gaat het zorgkantoor de sector helpen deze omslag te maken?</p>	<p>Met deze beleidslijn ondersteunen wij de beweging die in het programma WOZO is uitgewerkt. Wij gaan de sector helpen door spiegelinformatie en goede voorbeelden te delen. En door in gesprek te gaan over de knelpunten die zorgaanbieders ondervinden. Daarnaast ondersteunen wij de beweging van het programma WOZO op landelijk niveau en sturen aan op het publieke debat over ouder worden. Het is belangrijk dat de verwachtingen van ouderen worden bijgesteld en hen verteld wordt dat het ook anders kan.</p>

	<p>Wij gaan klanten en hun contactpersonen via de website en telefonische gesprekken actief informeren over de verandering waarbij het niet langer vanzelfsprekend is dat een Wlz indicatie leidt tot een intramurale opname en dat wij de lijn VV4 thuis, tenzij hanteren.</p> <p>Daarbij lichten wij toe waarom dat zo is en welke mogelijkheden er zijn voor klanten om langer thuis de zorg en ondersteuning te kunnen krijgen. Wij helpen klanten om de voor hen best passende oplossing te vinden. Daarnaast bellen wij alle nieuwe Wlz cliënten met de status 'zonder voorkeur voor leveringsvorm' en lichten wij in geval van een VV4 ons beleid toe en beantwoorden wij eventuele vragen.</p>
<p>Meer extramurale zorg voor VV4 én VV5 vergt ook meer samenwerking over de huidige bekostigingsschotten heen (Wlz, Zvw, Wmo). Wat onderneemt het zorgkantoor om dit mogelijk te maken?</p>	<p>Om meer mensen van extramurale zorg te voorzien is het onder meer van belang dat de essentiële voorzieningen in elke regio goed georganiseerd zijn. Met het nieuwe inkoopbeleid zetten we in op het realiseren van een toekomstbestendig zorglandschap door het borgen van de benodigde essentiële voorzieningen in de regio's. We doen dit in samenhang met de zorg vanuit andere domeinen. U leest hier meer over in paragraaf 1.4 en hoofdstuk 4 van het inkoopbeleid.</p> <p>Verder neemt het zorgkantoor samen met de zorgverzekeraar en de gemeenten actief deel aan het IZA-traject in de regio's. Hierbij worden over de domeinen heen een regiobeeld, regioplan en transformatieplannen opgesteld. Deze vormen de basis voor de actieplannen voor het zorgkantoor.</p>
<p>Als de cliënt onvoldoende zelfredzaam is, zijn sociale omgeving te beperkt is, is intramurale zorg wellicht de enige oplossing. Onderschrijft u deze veronderstelling? Zo nee, waarom niet? Wat zijn criteria om voor cliënten met zzp4 wel intramurale zorg te organiseren?</p>	<p>Het blijft belangrijk om per klant te kijken wat het best passend en mogelijk is. Wij denken dat voor VV4 het grootste deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg kan krijgen. Dat gaat niet voor elke klant op en voor een klein deel van de klanten met een VV4 blijft intramurale zorg de best passende en mogelijke oplossing. Wij denken dat het wel gaat om uitzonderingen, waarbij de individuele omstandigheden maken dat intramurale zorg toch de best passende oplossing en mogelijkheid is.</p>
<p>Wij gaan ervan uit dat het uitgangspunt zorg thuis voor klanten met een zzp4 niet geldt voor de huidige intramurale zorg voor cliënten met een zzp t/m 4. Kunt u dat bevestigen?</p>	<p>Het is niet onze bedoeling om mensen die nu met een VV4 intramuraal verblijven te laten verhuizen. Er kan, waar mogelijk, in overleg gekozen worden voor een omzetting naar geclusterd VPT. Voor nieuwe klanten met een VV4 geldt wel zorg thuis (kan dus ook geclusterd VPT zijn), tenzij. Het uitgangspunt is: thuis als het kan, intramuraal als het nodig is.</p>

<p>Onze organisatie heeft in de woonzorg locaties klanten met VV4, we lezen nu dat u van plan bent om op termijn voor deze profielen een lagere tariefpercentages af te spreken voor intramurale zorg. Is er ook sprake van bekostiging voor gedwongen verhuizing wanneer deze klant überhaupt bereid is te willen verhuizen? Komt er overgangsrecht, oftewel voortzetting van het huidige recht op zorg voor de VV4 net zoals de oude VV2 en 3? Wordt er gecompenseerd voor het verlies van NHC/NIC? De huidige gebouwen zijn niet toegerust op het hebben van een eigen voordeur per cliënt. Daarmee wordt overgang naar VPT / huursituatie niet mogelijk. Hoe voorziet u in deze uitdaging?</p>	<p>Het is niet onze bedoeling om mensen die nu met een VV4 intramuraal verblijven te laten verhuizen. Er is geen sprake van bekostiging van gedwongen verhuizing. Er kan, waar mogelijk, in overleg gekozen worden voor een omzetting naar geclusterd VPT. Voor nieuwe klanten met een VV4 geldt wel zorg thuis (kan dus ook geclusterd VPT zijn), tenzij.</p> <p>Er wordt niet gecompenseerd voor het verlies van NHC/NIC. Niet elk gebouw waarin intramurale zorg wordt verleend leent zich voor omzetten naar geclusterd VPT. Er zijn goede voorbeelden waarbij dat wel het geval is. Voor voorbeelden kunt u terecht bij uw inkoper. De verwachting is dat er meer intramurale zorg nodig is voor mensen met hogere indicaties. De intramurale capaciteit die vrijkomt door meer extramurale zorg voor mensen met lage indicaties kan worden ingezet voor deze doelgroepen.</p>
<p>Als er in de nabije toekomst alleen toegang tot de verpleeghuizen is voor de hogere ZZP's dan moeten er ook meerdere aanpassingen plaatsvinden aan het vastgoed om deze cliënten te laten verblijven. Hierover wordt niets gezegd in het inkoopbeleid. Op welke wijze houdt u hier rekening mee? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Wij gaan ervan uit dat de investeringen die nodig zijn om klanten nu, maar ook in de toekomst van zorg te voorzien betaald worden vanuit de reguliere tarieven en de reserveringen die daarvoor door zorgaanbieders zijn gedaan.</p>
<p>U stelt dat VV4 in principe thuis gaat wonen. Van u hebben wij april 2021 de analyse "De verblijfsduur van V&amp;V-klanten in intramurale instellingen" ontvangen. Uit deze analyse blijkt dat V&amp;V-klanten gemiddeld 2,3 jaar in intramurale setting verblijven. Voor VV4 is het aannemelijk dat de verblijfsduur langer is, gezien de minder hoge zorgzwaarte. Het is aannemelijk dat klanten die nu in een intramurale setting wonen met een VV4 daar tijdens de looptijd van het beleid blijven wonen. Hoe is hier rekening mee gehouden in uw inkoopbeleid?</p>	<p>Het is niet onze bedoeling om mensen die nu met een VV4 intramuraal verblijven te laten verhuizen. Er kan, waar mogelijk, in overleg gekozen worden voor een omzetting naar geclusterd VPT. Voor nieuwe klanten met een VV4 geldt wel zorg thuis (kan dus ook geclusterd VPT zijn), tenzij. De groep mensen met een VV4 indicatie zal dus langzaam maar zeker kleiner worden.</p>
<p>U hanteert het uitgangspunt dat voor cliënten met VV4 (en VV5) de zorg thuis geleverd wordt. Hoe ziet Zilveren Kruis daarin de verbinding met de opdracht van het woondomein (zijn er geschikte woningen om mensen thuis te laten wonen) en wat betekent dit concreet voor het gehanteerde uitgangspunt in dit beleid?</p>	<p>Het is belangrijk dat er voldoende geclusterde woningen voor ouderen beschikbaar komen. Dat is een hele uitdaging. We moeten de komende jaren met elkaar monitoren wat de ontwikkelingen zijn en welke knelpunten wij tegen komen. Om die reden maken wij jaarlijks regioanalyses en delen deze met zorgaanbieders, maar ook met gemeenten.</p> <p>Het is belangrijk dat er voldoende passende (geclusterde) woningen voor ouderen beschikbaar komen. Wij onderkennen dat dit een grote opgave is, die niet vanzelf tot stand komt. We moeten de komende jaren met elkaar monitoren wat de ontwikkelingen zijn en welke knelpunten wij tegen</p>

	<p>komen. Om die reden maken wij jaarlijks regioanalyses en (in ZN verband) regiomonitoren die wij delen met zorgaanbieders, maar ook met gemeenten. Daarnaast stellen wij een deel van de transitiemiddelen ter beschikking om in de regio gezamenlijk met gemeenten, provincie, woningcorporaties en zorgaanbieders te komen tot een concrete uitvoeringsagenda (de zogenaamde regionale routekaart). Daarnaast zijn wij met gemeenten in gesprek over de verwachte tekorten en de acties die nodig zijn.</p>
<p>Hierin wordt gesproken over: "Ook voor de VV5 verwachten we dat een relatief groot deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg krijgt". Wat verstaat u onder "relatief groot deel"? Gaat u dit monitoren en hoe en wat zijn de mogelijke consequenties voor de zorgaanbieder?</p>	<p>Voor het bepalen met welke zorgaanbieders wij in gesprek willen over het aandeel lage ZZP's maken wij gebruik van spiegelinformatie. Het gaat ons erom om in het gesprek meer inzicht te krijgen over de reden waarom het aandeel relatief hoog is en te bespreken of en hoe dit aandeel verlaagd kan worden. Hierbij wordt onder meer besproken welke bijzondere omstandigheden eventueel een rol spelen bij het hoge aandeel en welke mogelijkheden er zijn om af te bouwen.</p>
<p>U hanteert het uitgangspunt dat voor cliënten met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer wordt toegekend en op termijn het tarief hiervoor ook verlaagd zal worden. Hiermee gaat u voorbij aan het wettelijk recht dat cliënten met een VV4 hebben om, indien zij hun recht op intramurale zorg afdwingen, een plek in het verpleeghuis te krijgen. Wij maken dan ook bezwaar tegen deze bepaling in het inkoopbeleid. Zolang dit niet is verankerd in wet- en regelgeving kan de zorgaanbieder hier niet (financieel) verantwoordelijk voor worden gesteld.</p>	<p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p> <p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (...)</p> <p>Een 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 klant passende zorg te leveren.</p> <p>We nemen een helder standpunt in op VV4 om de transitie te versnellen en zorgaanbieders te helpen.</p> <p>Wij stellen de zorgaanbieder niet (financieel) verantwoordelijk voor de keuzes die klanten maken.</p> <p>Wel vragen wij zorgaanbieders om het gesprek met klanten aan te gaan en met hen te bespreken welke mogelijkheden er zijn om de benodigde zorg</p>

	<p>en ondersteuning extramuraal te ontvangen. Wij handhaven de tekst in ons inkoopbeleid.</p>
<p>Komen er ook lagere tariefpercentages t.a.v. VPT4? Dan wel komen de VV4 voor de VPT binnen de WLZ te vervallen?</p>	<p>Dat is in het inkoopbeleid 2024-2026 niet aan de orde. Voor het volgende inkoopbeleid wordt te zijner tijd bepaald wat we doen met de tariefpercentages voor de verschillende leveringsvormen.</p> <p>VWS bepaalt of VV4 voor VPT binnen de Wlz blijft, dit is niet aan het zorgkantoor.</p>
<p>ZZP 4 en meer ZZP 5 thuis, beperken groei intramuraal. VPT 4, 5 en 6 is wel oké?</p>	<p>Ja, we stimuleren zorg thuis (VPT en MPT).</p>
<p>VV4 Thuis tenzij, we ondersteunen dit principe maar zien dit ook als onderdeel van de transitie. Hoe gaat het zorgkantoor om met verpleeghuizen die (een nieuwbouwtraject doorlopen en vooralsnog deels) alleen geschikt zijn voor een ZZP4 i.v.m. mobiliteit? Als doorgaan met opname VV4 niet mogelijk is maken we bezwaar tegen dit punt.</p>	<p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p> <p>Voor een aantal klanten is intramurale zorg nodig en blijft opname met een VV4 mogelijk. Voor een deel van de intramurale capaciteit in een regio blijven VV4 plekken dus nodig. Het is van belang om met de zorgaanbieders in de regio te bezien waar deze plekken het beste invulling kunnen krijgen. Wij verwijzen u hiervoor naar uw zorginkoper. Ook om uw opmerking over mobiliteit te bespreken, wij overzien niet waarom in het nieuwbouwtraject er geen rekening is gehouden met mobiliteit.</p>
<p>Vraag: Wij verwachten dat het eerder een klein deel van de VV5 zal zijn die in de thuissituatie de benodigde zorg en ondersteuning kan krijgen. Wij stellen u de volgende vraag t.a.v. de passende zorg voor een oudere met een VV5 indicatie waarbij de grondslag dementie. Wat is uw visie op passende zorg voor ouderen die momenteel een VV5 indicatie hebben verkregen? Klopt het dat u in uw beleidsuitgangspunten ervan uitgaat dat de intramurale setting niet meer beschikbaar is voor mensen met een VV5 waarbij de grondslag dementie is?</p>	<p>Nee dat klopt niet. Het blijft belangrijk om per klant te kijken wat het best passend en mogelijk is. Wij denken dat voor VV5 geldt dat een groot deel van deze klanten extramurale ondersteuning en zorg kan krijgen. Dat gaat niet voor elke klant op en voor een deel van de klanten met een VV5 blijft intramurale zorg de best passende en mogelijke oplossing. Wij denken dat het wel gaat om een kleinere groep dan in het verleden, waarbij de individuele omstandigheden maken dat intramurale zorg toch de best passende oplossing en mogelijkheid is.</p>
<p>Bij de koplopers "VPT in de Wijk" is zorg aan cliënten met alleen VPT4 niet rendabel, gezien het lagere tarief. Toch wil het zorgkantoor juist inzetten op scheiden wonen en zorg VV4 en VV5. Zorgaanbieders zullen terughoudend zijn in "te veel" VPT4 zorg. Hoe voorkomen we dat</p>	<p>Wij zien dat er meerdere zorgaanbieders zijn die de genoemde zorg rendabel inzetten. Wij stimuleren onze zorgaanbieders om zoveel mogelijk gebruik te maken van de ervaringen die zijn opgedaan en voorbeelden waar VPT in de wijk wel rendabel geleverd wordt (bijvoorbeeld</p>

<p>er geen animo is om VPT4 in de wijk te leveren en de doelstelling niet gehaald wordt?</p>	<p>vertrouwd thuis). Vanuit Zilveren Kruis pakken we een actieve rol op in het delen van deze informatie. Verder verwachten we dat door het inzetten van reablement, inzet van sociaal netwerk en hulpmiddelen minder beroep gedaan zal worden op professionele zorg en daarmee een VPT rendabeler kan worden. Daarnaast draagt concentratie van het aanbod, waardoor er meer klanten per postcodegebied wonen, ook bij aan lagere kosten. In de regio gaan we graag het gesprek aan om te kijken naar de mogelijkheden voor het rendabel vormgeven van VPT in de wijk. U kunt hiervoor contact zoeken met uw zorginkoper.</p>
<p>Het zorgkantoor spreekt over een stimuleringsprikkel het tarief VV4 te verlagen bij intramurale zorg. Kunnen wij aannemen dat dit alleen geldt voor nieuwe VV4 cliënten na 2026 en niet voor reeds bestaande cliënten? Wordt het tarief van VV5 en VV6 in dergelijke situaties verhoogt, omdat er sprake is van intensievere intramurale zorg?</p>	<p>In het nieuwe inkoopbeleid, niet eerder dan 2026, wordt aangegeven op welke wijze wij een eventuele tariefverlaging gaan toepassen en voor welke klanten. Net als dit jaar worden zorgaanbieders geconsulteerd over het nieuwe inkoopbeleid en ook over dit onderdeel. Of het tariefpercentage voor VV5 en VV6 verhoogd wordt is nu nog niet te zeggen, daar kunnen wij nog niet op vooruitlopen.</p>
<p>In het inkoopkader wordt VV4 als thuis beschouwd. Wij bieden deze zorg ook intramuraal. In veel gevallen kunnen deze plekken omgezet worden naar complexe zorgvragen. In sommige locaties is dit echter niet mogelijk vanwege bouwkundige beperkingen. Kunt u aangeven hoe u aparte afspraken met ons over de afbouw van VV4 voor locaties die niet geschikt te maken zijn voor zwaardere zorg gaat maken? De afbouw hiervan zal geleidelijk plaatsvinden en vraagt om specifieke afspraak waarin onder andere afspraken over leegstand gemaakt worden.</p>	<p>Het is goed om uw zorginkoper te informeren over de mogelijkheden/onmogelijkheden om plekken waar nu VV4 wordt verleend om te zetten naar plekken voor zwaardere zorg. Wij willen u er wel alvast op wijzen dat er geen afspraken gemaakt worden over vergoeding van leegstand.</p>
<p>Cliënten met een VV4 indicatie hebben het recht om te mogen kiezen voor intramurale zorg in plaats van zorg thuis. Wij kunnen het gesprek aangaan, maar wij kunnen het niet afdwingen. In de toekomst wilt u voor VV4 lager tariefpercentages afspreken. Heeft u niet de plicht om reële tarieven te vergoeden, ook voor een VV4?</p>	<p>In het volgende inkoopbeleid wordt aangegeven hoe het beleid rondom VV4 komt te luiden. Wij willen u wel nu al informeren over de gedachte die wij hebben om dan te gaan differentiëren voor tariefpercentages voor de verschillende ZZP's.</p> <p>Het klopt dat wij kostendekkende tarieven moeten vergoeden. Bij de voorbereidingen voor het nieuwe inkoopbeleid wordt onder meer gesproken met zorgaanbieders om hun ideeën op te halen en worden berekeningen gemaakt voor de te hanteren tariefpercentages.</p>
<p>U geeft aan dat ten aanzien van VV4 en VV5 indicaties gaat onderzoeken of een zorgaanbieder een onevenredig groot aantal van deze cliënten heeft ontvangen en indien dat zo is vervolgens in gesprek gaat de</p>	<p>Voor het bepalen met welke zorgaanbieders wij in gesprek willen over het aandeel lage ZZP's maken wij gebruik van spiegelinformatie. We hanteren geen vast gemiddeld percentage, dit omdat we ook</p>



<p>zorgaanbieder. Wat is in de optiek van het Zorgkantoor onevenredig groot aantal? Welk gemiddeld percentage verdeling hangt hier specifiek aan voor respectievelijk VV4 en VV5? Gaat het hier specifiek om VV4 en VV5 indicaties die in 2024 zijn opgenomen of om alle VV4 en VV5 indicatie die ten tijde van uw onderzoek wonen bij een zorgaanbieder?</p>	<p>kijken naar de situatie en omstandigheden in de betreffende regio's.</p> <p>We kijken hierbij naar de huidige situatie en de ontwikkeling die we zien.</p> <p>Het gaat ons erom om in het gesprek meer inzicht te krijgen over de reden waarom het aandeel relatief hoog is en te bespreken of en hoe dit aandeel verlaagd kan worden. Hierbij kijken ook welke bijzondere omstandigheden eventueel een rol spelen bij het hoge aandeel en welke mogelijkheden er zijn om af te bouwen.</p> <p>Wij hanteren de regel VV4 thuis, tenzij. Er is dus ruimte voor uitzonderingen wanneer zorg thuis niet verantwoord is.</p>
<p>Wat zijn dan de consequenties voor de zorgaanbieder wanneer in de optiek van het Zorgkantoor wij een onevenredig groot aantal cliënten met VV4 opnemen?</p>	<p>Dat hangt af van het zorgaanbod en de zorgvraag voor VV4 intramuraal in de regio. Uitgangspunt is VV4, tenzij. In enkele gevallen is opname in een intramurale instelling nodig. Voor die situaties is een beperkt zorgaanbod VV4 in elke regio nodig. Wij willen daarom graag met u in gesprek over de reden waarom het aantal klanten met VV4 die van u intramurale zorg ontvangen onevenredig groot is.</p>
<p>Wat zijn dan de consequenties voor een zorgaanbieder wanneer in de optiek van het Zorgkantoor wij een onevenredig groot aantal cliënten met VV5 opnemen?</p>	<p>Dat hangt af van de omstandigheden. Daarom gaan wij met zorgaanbieders met een relatief hoog percentage VV 4 en/of 5 in gesprek om te duiden waar dat aan ligt. Na duiding wordt besproken of de reden wel of niet past bij de beweging die wij voorstaan.</p>
<p>Hoe ziet het Zorgkantoor in de toekomst de verdeling van ZZP profielen voor een intramurale setting? Kan u de verdeling procentueel aangeven voor ZZP4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10?</p>	<p>Een inschatting van de procentuele verdeling is lastig te geven en is ook afhankelijk van de indicaties die door het CIZ worden afgegeven. Wij denken dat de huidige verhouding gaat verschuiven en er relatief minder VV4 en 5 gaat voorkomen en relatief meer hogere ZZP's.</p>
<p>Deze paragraaf stelt dat iedere klant met een VV4 altijd thuis kan wonen. Waar is de nuancering? Worden hier richtlijnen voor opgesteld?</p>	<p>Het blijft belangrijk om per klant te kijken wat het best passend en mogelijk is. Wij denken dat voor VV4 het grootste deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg kan krijgen. Dat gaat niet voor elke klant op en voor een klein deel van de klanten met een VV4 blijft intramurale zorg de best passende en mogelijke oplossing. Wij denken dat het wel gaat om uitzonderingen, waarbij de individuele omstandigheden maken dat intramurale zorg toch de best passende oplossing en mogelijkheid is. Er zijn geen richtlijnen opgesteld.</p> <p>In art. 3.1.1. Wlz staat verblijf als een van de leveringsvormen vermeld. In art. 3.2.1 lid 1 Wlz staat dan vervolgens:</p>

	<p>Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, (...)</p> <p>Een 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.</p> <p>Wij verliezen onze zorgplicht niet uit het oog. Inspanningen zijn er altijd op gericht om voor de klant passende zorg te regelen.</p>
<p>U geeft aan dat u na dit inkoopbeleid het tarief voor intramuraal VV4 wordt verlaagd. Blijft het tarief voor VPT VV4 dan wel minimaal gelijk?</p>	<p>In dit inkoopbeleid, dus voor de jaren 2024 tot en met 2026 wordt het tariefpercentage voor VV4 nog niet afzonderlijk naar beneden bijgesteld. In het nieuwe inkoopbeleid wordt aangegeven op welke wijze wij tariefverlaging gaan toepassen als wordt besloten het door te voeren. Daarbij wordt aangegeven welke consequenties daar aan verbonden worden. Net als dit jaar worden zorgaanbieders geconsulteerd over het nieuwe inkoopbeleid en ook over dit onderdeel. Of het tarief voor VPT gelijk blijft wordt in het nieuwe inkoopbeleid besproken en besloten, daar kunnen wij nu nog niet op vooruitlopen.</p>
<p>Als het tarief van de VV4 naar beneden wordt bijgesteld, kunnen cliënten dan worden gedwongen te verhuizen/ om te zetten naar VPT of een andere indicatie?</p>	<p>In dit inkoopbeleid, dus voor de jaren 2024 tot en met 2026 wordt het tariefpercentage voor VV4 nog niet afzonderlijk naar beneden bijgesteld. In het nieuwe inkoopbeleid wordt aangegeven op welke wijze wij tariefverlaging gaan toepassen als wordt besloten het door te voeren. Daarbij wordt aangegeven welke consequenties daar aan verbonden worden. Net als dit jaar worden zorgaanbieders geconsulteerd over het nieuwe inkoopbeleid en ook over dit onderdeel.</p>
<p>Ook voor de VV5 verwachten we dat een relatief groot deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg krijgt. Waarop is uw verwachting gebaseerd dat de meeste mensen met dementie thuis zelfstandig zouden kunnen blijven wonen?</p>	<p>Wij zien nu ook al in de cijfers dat mensen met een VV5 zorg meer dan voorheen extramurale zorg ontvangen. Ook van zorgaanbieders horen wij dat dat er mogelijkheden zijn. Of dit voor een individuele klant van toepassing is hangt af van de individuele omstandigheden van de klant en zijn sociaal netwerk. Het is belangrijk dat zorgaanbieders met de individuele klanten de mogelijkheden bespreken en samen de keuze maken voor de best passende zorg.</p>

<p>U geeft aan dat u op termijn voor klanten met een VV4 een lager tariefpercentage zal afspreken voor intramurale zorg. Klopt het dat wij de definitie van intramurale zorg moeten lezen als zorg waarbij de verblijfscomponent vanuit de Wlz wordt gefinancierd en niet door de klant zelf wordt betaald?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.3.2</i></p>	
<p>Om de groei van intramurale zorg te beperken worden nu volumeplafonds afgesproken. Bij tijdelijke leegstand of onomkeerbare bouwplannen kan het zijn dat het aantal plekken in totaal toch iets toeneemt. Op termijn gaan VWS ervan uit dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. Gaat dit op vrijwilliger basis of gaat dit door het top-down verlagen van het plafond? Hoe wordt een eventuele verlaging dan verdeeld over de betrokken zorgorganisaties? Naar rato naar het aantal cliënten per organisatie? Hoe gaat het zorgkantoor betreffende organisaties compenseren voor de gevolgen hiervan? Op welke manier worden zorgaanbieders hier tijdig over geïnformeerd?</p>	<p>Op dit moment kunnen we uw vragen hierover nog niet beantwoorden.</p> <p>Zoals in het beleid al is aangegeven publiceren we zo nodig een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar. Wij geven hierin een toelichting op de manier hoe we hier invulling aan geven en op welke wijze het intramurale plafond dan vastgesteld wordt.</p>
<p>Op welke berekening is de verwachte reductie van intramurale gebaseerd?</p>	<p>Uw vraag is voor ons niet duidelijk en kunnen deze daarom niet via de nota van inlichtingen beantwoorden. We vragen u om contact op te nemen met uw zorginkoper.</p> <p>We merken hierbij wel op dat er geen sprake is van reductie van intramurale zorg, we beperken de groei voor intramurale zorg.</p>
<p>Er staat: "We sluiten niet uit dat er in de toekomst lagere volume plafonds afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar". Kunt u bevestigen dat hiermee alleen vanuit overheidswege wordt bedoelt?</p>	<p>Ja, dat bevestigen we hierbij.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p>
<p>wat verstaat u onder extramurale capaciteit MPT en VPT en onder intramurale capaciteit ZZP met verblijf? Valt VPT geclusterd wonen onder extramurale capaciteit?</p>	<p>We verstaan onder extramurale capaciteit MPT en VPT (geclusterd en ongeclusterd). Intramurale zorg is de zorg met verblijf.</p>
<p>U zegt dat u de zorg cliëntvolgend inkoop volgens geld volgt klant model. Betekent dit wanneer cliënt kiest om in een geclusterde VPT woonvorm te gaan wonen om zorg af te nemen, deze zorg altijd gefinancierd wordt, voor zover mogelijk binnen uw contracteerruimte? Geldt dit ook wanneer er volgens u voldoende VPT aanbod is in de regio door andere zorgaanbieders ?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>

<p>“We sluiten niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.” Wij beschouwen uw rekenmethode voor het vaststellen van het volumeplafond voor 2024 als het afspreken van lagere volumeplafonds, omdat die veelal leidt tot een lager plafond dan het maximaal beschikbare volume (capaciteit x aantal dagen). De uitvoering is derhalve strijdig met uw eigen beleid. Wij verzoeken u daarom de berekening van het volumeplafond aan te passen en te baseren op capaciteit x aantal dagen. Daarnaast moet er ons inzien ruimte zijn voor doorstroom binnen de GRZ. Gaat u deze aanpassingen overnemen?</p>	<p>U geeft aan dat u deze afspraak ziet als lagere volumeplafonds. We delen deze zienswijze niet. We verwachten op basis van het inkoopbeleid passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand (in de periode januari 2022 t/m april 2023) of bij fusies of overnames.</p> <p>Eventuele aanpassingen in de toekomst naar lagere volumeplafonds kunnen alleen voortkomen uit een aanpassing van het beleid vanuit het Ministerie van VWS (aanpassing in het totaal aantal intramurale plekken). In de basis spreken wij de volumeplafonds af voor de looptijd van het inkoopbeleid.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p> <p>Doorstroom GRZ is uiteraard van belang. Doorstroom kan in deze situatie naar intramurale zorg of extramurale zorg. We laten de VV-9B prestaties buiten beschouwing voor het volumeplafond. Hiermee houden we voldoende ruimte voor doorstroom vanuit GRZ. Dit laatste betekent een aanpassing van het inkoopbeleid.</p>
<p>U geeft aan dat in het inkoopbeleid van het betreffende jaar lagere volumeplafonds kunnen worden afgesproken. Gezien de ontwikkeling van toename aan ouderen en het recht op zorg met verblijf lijkt dit tegenstrijdig. Op basis van welke criteria bepaalt u of het volumeplafond wordt verlaagd, hoe worden wij hier tijdig over</p>	<p>Op dit moment kunnen we uw vragen hierover nog niet beantwoorden.</p> <p>Zoals in het beleid al is aangegeven publiceren we zo nodig een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar. Wij geven hierin een toelichting op de manier waarop we hier invulling</p>

geïnformeerd en hoe financiert u de kosten van de leegstand voor de zorgaanbieder?	aan geven en op welke wijze het intramurale plafond dan vastgesteld wordt.
In een eerder stadium heeft u een uitvraag gedaan ten aanzien van de onomkeerbare bouwprojecten. Hierop hebben wij u geïnformeerd over de lopende onomkeerbare bouwprojecten binnen onze organisatie. Kunt u bevestigen dat bij de door het zorgkantoor te bepalen volumeplafond voor 2024 rekening gehouden wordt met het effect van deze onomkeerbare bouwprojecten van onze organisatie en er dus een hoger volumeplafond wordt gehanteerd? Zo ja hanteert u dan het productieplafond van begin 2020?	<p>U kunt voor de nota van inlichtingen vragen stellen over het inkoopbeleid. Uw vraag heeft geen betrekking op het inkoopbeleid. Uw vraag gaat specifiek in op de situatie van uw organisatie en beantwoorden we niet via de nota van inlichtingen.</p> <p>Wij hebben onlangs een uitvraag bij zorgaanbieders gedaan over onomkeerbare plannen. We informeren de betreffende zorgaanbieders over de uitkomst van de beoordeling. Zorgaanbieders zijn hier uiterlijk 5 juli 2023 over geïnformeerd of hun plannen vallen onder de onomkeerbare plannen of niet.</p>
Als er op bestaande locaties d.m.v. een verbouwing meer plekken binnen de bestaande vierkante meters gecreëerd kunnen worden waardoor er efficiënter gewerkt kan worden is dit dan wel mogelijk?	Nee, we zien dit als een uitbreiding van de intramurale capaciteit. Hier maken we geen extra/ aanvullende afspraken voor.
Door de in gebruik name van twee nieuwe locaties in 2023 en een gefaseerde ingebruikname is de peildatum niet representatief. Het gesprek hierover is dus op voorhand noodzakelijk. De termijn voor bezwaar is slechts 7 dagen en in de vakantie. We willen graag nu direct bezwaar maken tegen de bepaling en opteren voor een individuele benadering. Kunt u ons dat toezeggen?	<p>De zorginkopers kunnen niet voor elke zorgaanbieder goed inschatten wat eventuele leegstand was. We vragen om deze reden aan de zorgaanbieders een gemotiveerd verzoek in te dienen als de afspraak niet passend is.</p> <p>We snappen dat deze termijn kort is. We passen deze termijn aan naar twee weken. U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelingsbrief) en 22 september 2023 sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwlv@zilverenkruis.nl">zorginkoopwlv@zilverenkruis.nl</a>. Nadere informatie over het proces leest u in de terugkoppelingsbrief die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt.</p> <p>Afgezien van genoemde termijn, passen we op dit onderdeel het inkoopbeleid niet aan.</p> <p>Verder wijzen wij u er op dat u op basis van de informatie in het inkoopbeleid zelf het volumeplafond kunt berekenen. Het aantal gedeclareerde intramurale dagen die wij als zorgkantoor als basis nemen, is in de tweemaandelijksse zorgkostenmonitor opgenomen en kunt u ter controle naast uw eigen data gebruiken. Op basis van de uitkomst van uw eigen berekening kunt u beoordelen of het volumeplafond passend is. Indien dit niet het geval is kunt u alvast een gemotiveerd verzoek voorbereiden.</p>
Doordat verpleeghuiscapaciteit niet uitgebreid wordt, zullen er meer cliënten langer thuis moeten blijven. Cliënten die thuis wonen en eigenlijk naar het verpleeghuis zouden moeten,	Iemand met een hogere zorgbehoefte kan er veel baat bij hebben om thuis te blijven wonen, ook als zorg thuis meer kost dan het basisbudget dat hoort bij een bepaald zorgprofiel. De toeslag Extra

moeten dan gedwongen thuis blijven. De zorgzwaarte neemt dan echter fors toe en wordt niet altijd gedekt door de Wlz-indicatie. Hoe wordt deze zwaardere zorg (in feite verpleeghuiszorg die thuis geleverd moet worden) toereikend gefinancierd?	kosten thuis (EKT) is daarom voor iedereen beschikbaar die zorg thuis kan krijgen via een MPT en/of PGB. Dat geldt zowel voor reguliere zorg thuis als voor overbruggingszorg thuis. U leest hierover meer in het Voorschrift Zorgtoewijzing.
Hoe gaat het zorgkantoor om als uitbreiding bijdraagt aan de regionale behoefte en de kostendekkendheid voor de zorgaanbieder?	Wij volgen het beleid van VWS en dat betekent geen uitbreiding intramurale zorg, maar zoveel mogelijk inzetten op extramurale zorg. Voor mensen met een zwaardere of complexere zorgvraag zien wij geclusterde VPT als mogelijk alternatief voor intramurale zorg. Provincie en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van voldoende woningen voor ouderen. Zij betrekken zorgkantoren en woningcorporaties daarbij. Zorgkantoren hebben vanwege de zorgplicht belang bij voldoende woningen voor ouderen die ook geschikt zijn als een zorg- en ondersteuningsvraag ontstaat, zodat de invulling daarvan thuis kan plaatsvinden. Dat maakt dat wij met inachtneming van de verschillende belangen en rollen willen bijdragen aan het opstellen van de woonzorgvisies en woondeals van gemeenten (onder regie van de provincie).
Bedoelen jullie met intramurale plekken, de plekken inclusief verblijf?	Ja, wij bedoelen hier plekken inclusief verblijf mee.
<i>Subparagraaf 1.3.3</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 1.4 Inkoopdoel 3: Een toekomstbestendig zorglandschap

Vraag	Antwoord
Avond/nacht/weekendzorg: Tot nu toe is dit slecht (regionaal) georganiseerd. De grote zorgaanbieders draaien hier goed op terwijl de kleine torenhoge bedragen moeten betalen om mee te mogen doen. Terwijl ze wel enorm bijdragen aan het langer thuis houden van klanten. Welke verantwoordelijkheid neemt Zilveren Kruis hierin?	Avond-,nacht,-en weekendzorg is een onderdeel van de essentiële voorzieningen (hoofdstuk 4). Wij verwachten dat deze zorgaanbieders redelijke tarieven in rekening brengen bij andere zorgaanbieders indien er sprake is van onderlinge dienstverlening.
Het zorgkantoor gaat aan de slag in de regio, ook over de verschillende domeinen heen om zo ook de samenhang met de andere domeinen zoals de Zvw te borgen. Op welke wijze wordt hier invulling aan gegeven?	Intern hebben we gerichte afstemming met onze Zvw collega's en zijn we gezamenlijk betrokken bij de ontwikkeling van landelijke programma's. In diverse regio's van Zilveren Kruis is er al sprake van een intensievere samenwerking en afstemming.
U beschrijft dat zorgkantoren en zorgaanbieders samen een opgave hebben om voldoende en	Intern werken de zorginkopers vanuit de Wlz en Zvw die in dezelfde regio werkzaam zijn, samen.

<p>passende zorg aan te bieden. Daarin staat niet iets opgenomen hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars bijvoorbeeld ten aanzien van de contractering van wijkverpleging en huisartsenzorg?</p>	<p>Zij zijn beiden onder meer betrokken bij het opstellen van de regiobeelden in het kader van IZA en het beoordelen van de benodigde transformatieplannen. Daar waar knelpunten zijn die zowel de Wlz als de Zvw raken, zoeken partijen elkaar op om deze te bespreken.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.1</i></p>	
<p>Worden en door het opstellen van het regiobeeld nieuwe postcodes toegevoegd aan de NBF? Hoe verloopt dit proces?</p>	<p>Wij verwijzen u graag door naar de NZa voor deze vraag.</p>
<p><i>Subparagraaf 1.4.2</i></p>	
<p>Er staat: Zilveren Kruis maakt gerichte afspraken met zorgaanbieders met een rol in essentiële voorzieningen. Hoe zien deze afspraken er uit? Wij gaan ervan uit dat er de mogelijkheid voor financiering vanuit Transitiemiddelen voor projectkosten m.b.t. verdere ontwikkelingen. Kunt u dat bevestigen?</p>	<p>Zorgaanbieders met een rol in het leveren van essentiële voorzieningen ontvangen een tariefpercentage van 96%. De invulling van de afspraken hierover hangt af van welke essentiële voorzieningen geleverd gaan worden. De betreffende zorginkoper maakt vooraf met de zorgaanbieder afspraken over de monitoring en verantwoording van de gemaakte afspraken. De inzet van de transitiemiddelen is nader toegelicht in paragraaf 3.3 van het inkoopbeleid.</p>
<p>Moet een essentiële zorgaanbieder altijd alle genoemde rollen en functies blijven vervullen of kunnen daar ook rollen en functies in worden uitgesloten?</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen. Eén zorgaanbieder met een rol essentiële voorzieningen hoeft dus niet haar eentje alle essentiële voorzieningen te trekken/ borgen. Het is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de essentiële voorzieningen gezamenlijk te borgen. Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio.</p>
<p>Wat als blijkt als die 0,5% niet voldoende is om de kosten van deze rol te dekken? Is er dan een mogelijkheid om extra financiering te krijgen?</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen. Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio.</p> <p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>

	De vergoeding van het leveren van essentiële voorzieningen is een vast percentage van 0,5%. Er zijn geen mogelijkheden om hier extra financiering op af te spreken.
We vragen van deze zorgaanbieders iets extra's en stellen daar dan ook een hoger tariefpercentage tegenover. Kunt u aangeven wat u onder "iets extra's" verstaat? U geeft deze geselecteerde zorgorganisaties hiervoor een aanvullende toeslag van 0,5%. Op welke manier heeft u bepaald dat dit percentage nodig is om "iets extra's" te kunnen bieden?	Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen.  De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen.
U spreekt met zorgaanbieders die een trekkende rol hebben in het borgen van essentiële voorzieningen in de regio een hoger tariefpercentage af. Op welke manier worden kleinere organisaties die hier geen trekkende rol in hebben, maar op andere onderwerpen (die niet door zorgkantoor als essentieel zijn aangemerkt) intensief de samenwerking opzoeken beloofd in het tariefpercentage?	Van alle zorgaanbieders wordt geacht om samenwerking te zoeken daar waar dat meerwaarde heeft. Wij hebben er bewust voor gekozen, mede op verzoek van zorgaanbieders, om niet teveel tariefdifferentiatie en op- en afslagen toe te passen in ons inkoopbeleid. In het reguliere tariefpercentage zit dan ook de vergoeding voor het verlenen van zorg en de samenwerking die daarvoor nodig is.
<i>Subparagraaf 1.4.3</i>	
Er worden nieuwe woonwijken gebouwd met nog weinig cliënten, geldt de klant-werkgebied ratio ook voor deze postcodes of wordt daar coulant mee omgegaan?	Als er sprake is van bijzondere omstandigheden waarvan u van mening bent dat een uitzondering gemaakt moet worden op de klant-werkgebied ratio kunt u dit aangeven in uw inschrijving. Afhankelijk van de motivatie en de omstandigheden van het geval bepalen wij of wij de uitzondering maken.

#### 1.5 Inkoopdoel 4: Een structurele inzet van bewezen effectieve innovaties

Vraag	Antwoord
In hoeverre kan een zorgorganisatie zijn 'eigen innovatie' inzetten als dit al voor 2024 is opgestart?	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.  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 ( <a href="https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/">https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/</a> ).
Hoe denkt het zorgkantoor de schotten weg te nemen daar waar ZVW in de keten geldt? Bijvoorbeeld: inzet van hulpmiddelen of digitale middelen zoals een medicijndispenser al inzetten vooral in de keten bv GRZ of ziekenhuis, is nu soms door verschillende financiering niet mogelijk als iemand daarna bv VPT krijgt met behandeling	Als Zorgkantoor hebben wij alleen invloed op ons eigen beleid. Omdat wij geloven in het belang van innovatie doen wij er alles aan om de eventuele belemmeringen in de Wlz weg te nemen. Denk dan bijvoorbeeld aan het vrijgeven van de prestatiecode thuiszorgtechnologie voor MPT.
Regionale samenwerking gaat ook over schotten heen. Niet alleen de VVT organisaties maar juist ook VVT, thuiszorg, ziekenhuis, GGZ, gemeente e.a. moeten veel meer samenwerken. Welke ruimte ziet het zorgkantoor daarvoor in de financiering maar ook in de (innovatie) plannen / uitwerking daarvan? Kijk naar ongeplande nachtzorg die nu over schotten heen is georganiseerd, moet die strak (weer ) vanuit de VVT?	De organisatie van de essentiële voorzieningen doen we in samenhang met de zorg vanuit de andere domeinen en we sluiten hierbij aan op de afspraken die in de regio gemaakt worden. In de regionale aanpak (o.a. IZA) staan alle akkoorden over domeinen heen centraal en kijken we naar de benodigde ontwikkelingen over de schotten heen en naar de mogelijkheden voor financiering. Specifiek voor de Wlz zijn er regiogelden beschikbaar. U leest hierover mee in paragraaf 3.3 van ons inkoopbeleid.
<i>Subparagraaf 1.5.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 1.5.2</i>	
Voor organisaties die dit niet hebben, wanneer verwacht u dat deze wel aanwezig zijn?	Wij verwachten dat u uiterlijk 31 december 2024 beschikt over een visie en strategie op innovatie.
Het zorgkantoor beschrijft in paragraaf 1.5.2 van het Inkoopbeleid een verwachting van een uitgewerkte visie en strategie op innovatie bij de zorgaanbieder. Is hiervoor een plan nodig tijdens de inschrijving? Zo nee, in welke stap van het proces gaan de zorginkopers en kwaliteitsadviseurs hierover met de zorgaanbieders in gesprek?	Tijdens de inschrijving hoeft u hier geen plan voor te delen. Wij verwachten van u dat u uiterlijk 31 december 2024 over een uitgewerkte visie en strategie op innovatie beschikt. U gaat hierover in gesprek met uw inkoper en kwaliteitsadviseur tijdens de gebruikelijke gesprekscyclus.
<i>Subparagraaf 1.5.3</i>	
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?	Gezien de uitdagingen waar we samen voor staan om de langdurige zorg toegankelijk te houden richten wij ons op de implementatie van arbeidsbesparende innovaties. Uitgangspunt is dat alle succesvolle initiatieven waar we resultaatafspraken over maken om die reden arbeidsbesparend zijn.
Innovatie is het ontwikkelen, toepassen en verbeteren van nieuw beleid, producten en	Nee wij zijn het er niet mee eens dat dit alleen geldt voor koplopers. Wij geloven dat we met

<p>diensten', 'koplopers experimenteren en ontwikkelen nieuwe innovaties. Ze valideren de meerwaarde in de praktijk. Volgers implementeren, borgen en schalen de succesvolle initiatieven vanzelfsprekend op. In de managementsamenvatting en pra 1.5.9 geeft u aan dat u met de koplopers afspraken gaat maken om te experimenteren met innovaties. En dat hiervoor ook financiering beschikbaar is (par 3.3.1) In paragraaf 1.5.2. zegt u dat u van elke zorgaanbieder een uitgewerkte visie en strategie op innovatie verwacht. Waarom verwacht u van alle Volgers dat zij een visie en strategie op innovatie uitwerken als zij niet in de 'koplopersgroep' zijn betrokken, hier geen financiering voor krijgen en zelf niet de mensen en middelen hebben om hier uitvoering aan te geven. Het schrijven verwordt dan tot een administratieve last. Bent u het ermee eens dat het uitwerken van een visie en strategie op innovatie enkel zou moeten gelden voor de betrokken koplopers, niet voor de andere zorgaanbieders (tenzij uit eigen keuze)? Zodat de volgers hun mensen en middelen in het goed implementeren van 3 succesvolle initiatieven kunnen steken.</p>	<p>innovatie (zowel succesvolle initiatieven als nieuwe innovaties) bijdragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg. Daarom is het belangrijk dat elke zorgaanbieder nadenkt welke rol innovatie in de organisatie en zorgverlening heeft. In uw visie op innovatie verwachten wij dat u nadenkt en beschrijft hoe u als organisatie aan de slag gaat met succesvolle initiatieven en/of nieuwe innovaties. Wij zijn het met u eens dat waar mogelijk we administratieve last moeten voorkomen. Een korte en heldere visie en strategie op innovatie volstaat wat ons betreft.</p>
<p>In paragraaf 1.5.3 van het Inkoopbeleid beschrijft het Zorgkantoor verschillende rollen: Koplopers en volgers. Wat maakt een zorgorganisatie een van deze 2 rollen? Heeft de zorgorganisatie hier zelf inspraak op?</p>	<p>Het uitgangspunt is dat elke zorgaanbieder als volger 3 succesvolle initiatieven implementeert en borgt in de organisatie. Zorgaanbieders die ook als koploper aan de slag willen met het ontwikkelen en valideren van innovaties kunnen dat zelf aangeven bij hun zorginkoper indien ze gebruik willen maken van koploper financiering. 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.</p>
<p><i>Paragraaf 1.5.4</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Paragraaf 1.5.5</i></p>	
<p>U geeft aan dat er een eerste versie van een lijst met succesvolle initiatieven gedeeld wordt via de website uiterlijk 31 december 2023. Is eerdere publicatie mogelijk mede met het oog op vroegtijdige planvorming en voorbereiding jaar 2024?</p>	<p>Wij begrijpen dat u zo snel mogelijk inzicht wilt hebben in de succesvolle initiatieven die op de lijst staan. De lijst stellen we zeer zorgvuldig samen, daar hebben we 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</p>

	na 31 december blijven we de lijst aanvullen. Er komt één vindplaats waar voor elke sector succesvolle initiatieven beschikbaar zullen zijn.
Een eerste versie delen we uiterlijk 31 december 2023. Begrijpen wij goed dat wij in het contracteringsproces en de gesprekken nog geen definitieve keuze hoeven aan te geven over de uit te voeren 3 succesvolle initiatieven en de resultaatafspraken pas na 31 december 2023 worden vastgelegd? Als deze keuze eerder dan 31-12-2023 verwacht wordt wilt u deze lijst dan nu beschikbaar stellen zodat we deze ook daadwerkelijk kunnen gebruiken?	Het klopt dat u tijdens het contracteringsproces en de gesprekken nog geen definitieve keuze hoeft 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 bespreekt samen met uw zorginkoper welke 3 succesvolle initiatieven u implementeert.
Vraag: komt bij de lijst met succesvolle initiatieven ook te staan wat de kosten zijn en waaruit deze betaald (kunnen) worden? Zo nee, wat is de verwachting van het zorgkantoor m.b.t. investeringen die hiermee gepaard gaan? Zie ons bezwaarschrift met kenmerk MM/RvB/20230615-01	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.
U geeft aan dat u uiterlijk eind december een eerste versie deelt van succesvolle initiatieven / innovaties. Dit terwijl er uiterlijk 1 februari een plan ingediend moet worden om gebruik te maken van koploperfinanciering. Om dit plan te kunnen opstellen is het noodzakelijk om te weten welke innovaties op de lijst met succesvolle initiatieven staan. De termijn van 1 maand om een dergelijk plan te maken is veel te kort. Bent u bereid deze termijn te verlengen?	De koploper financiering is niet van toepassing op oplossingen die op de lijst van succesvolle initiatieven staan. Wij doen er alles aan om zo spoedig mogelijk - en uiterlijk 31 december 2023 - een lijst van succesvolle initiatieven 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. Wij voorzien daarom geen problemen met de deadline van 1 februari voor een aanvraag voor koploper financiering.
U geeft aan dat u uiterlijk eind december een eerste versie deelt van succesvolle initiatieven / innovaties. Als wij geen gebruikmaken van een koploperspositie, dienen wij een drietal van dergelijke innovaties in 2024 - 2026 te implementeren. De bekendmaking van de lijst eind december 2023 maakt dat pas in 2025 echt gestart kan worden met de implementatie van de eerste innovaties van de lijst, gelet op de interne bedrijfsvoering en planning & control-cyclus van de zorgorganisaties die voor 2024 dan al is afgerond. Hoe kijkt u hiernaar? Bent u bereid de lijst met succesvolle initiatieven minimaal drie maanden eerder bekend te maken?	Wij verwachten van alle zorgaanbieders dat zij gedurende de looptijd van ons beleid 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeren. Ook van koplopers.  Wij doen er alles aan om zo spoedig mogelijk - en uiterlijk 31 december 2023 - een lijst van succesvolle initiatieven beschikbaar te stellen. Het is een dynamische lijst. Dat betekent dat wij succesvolle initiatieven die onderdeel zullen zijn van de lijst voor 31 december 2023 al zullen delen.
Wordt de nieuwe manier van werken / meer taakdifferentiatie / meer inzet van het netwerk van de cliënt / andere functiemix zoals nu op ons project proeftuin gestart ook als bewezen effectieve innovatie gezien, en kan dat daarmee op de lijst met bewezen succesvolle innovaties geplaatst worden?	We nemen niet alleen technologische en digitale innovaties mee, maar ook sociale innovaties. Sociale innovaties zien wij bijvoorbeeld als nieuwe manieren van werken en de inzet van het netwerk van de klant. Wij communiceren zo spoedig mogelijk en uiterlijk 31 december 2023 waar u

	<p>sociale innovaties kunt aanmelden om getoetst te worden of ze in aanmerking komen voor de lijst.</p>
<p>U schrijft met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht gaan genereren van thema's met bijbehorende succesvol bewezen innovaties. Kunt u vertellen of het overzicht dat wij uiterlijk op 31 december 2023 ontvangen specifiek succesvolle bewezen innovaties vanuit de intramurale WLZ zorg bevatten? Zo nee op welke manier is dan aannemelijk te maken dat betreffende innovatie een succesvol bewezen innovatie is voor de intramurale setting?</p>	<p>Er komt één vindplaats waar voor elke sector succesvolle initiatieven beschikbaar zullen zijn. Daarbij houden we uiteraard rekening met de zorgvorm waar de klant gebruik van maakt.</p>
<p>Staat Verzorgend Wassen ook op deze lijst?</p>	<p>Op dit moment is de lijst nog niet definitief. We zijn ons er van bewust dat de lijst met succesvolle initiatieven die wij publiceren niet compleet is. Zorgaanbieders kunnen missende digitale en technologische oplossingen aanmelden bij het Kenniscentrum Digitale Zorg middels het beschikbare intakeformulier op de website (zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/">https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/</a>).</p>
<p>Wanneer is de lijst met succesvolle initiatieven compleet?</p>	<p>De lijst is nooit compleet. Het is een dynamische lijst die we continu aanvullen met succesvolle initiatieven. Zorgaanbieders kunnen missende digitale en technologische oplossingen aanmelden bij het Kenniscentrum Digitale Zorg middels het beschikbare intakeformulier op de website (zie link: <a href="https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/">https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/</a>).</p>
<p>Wordt de lijst openbaar gemaakt?</p>	<p>Ja. Uiterlijk 31 december 2023 delen we een eerste versie van de lijst. Daarna zullen we deze continu aanvullen.</p>
<p><i>Paragraaf 1.5.6</i></p>	
<p>Graag gaan wij aan de slag met het implementeren van 3 succesvolle initiatieven. We zien echter ook dat hiervoor aanvullende kosten gemaakt moeten worden in een periode dat de financiële situatie onder druk staat. We lezen niets over mogelijke financiële ondersteuning voor zorgaanbieders met betrekking tot de implementatie van 3 succesvolle initiatieven. Kunt u toelichten of er financiële ondersteuning komt?</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 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. Gezien de grote opgave in de V&amp;V willen we opschaling versnellen door transitie-middelen voor training van zorgverleners en projectleiderskosten beschikbaar te stellen. Via de reguliere weg, zoals in een bestaand regio overleg, kunt u in uw regio afspraken maken met andere zorgaanbieders om aan de slag te gaan met de implementatie van succesvolle initiatieven. U kunt in overleg met uw zorginkoper transitie-middelen aanvragen voor training en projectleiderskosten.</p>

<p>Er worden afspraken gemaakt over de inzet van 3 succesvolle innovaties. Wij lezen dit dat deze opgave geldt voor alle organisaties. Er zijn organisaties die al reeds gestart zijn met de implementatie van innovaties. Het inzetten van 3 succesvolle extra innovaties voor deze organisaties wordt daarmee dan een doel op zich. Is het zorgkantoor bereid haar beleid hierop aan te passen en te stellen dat over de looptijd van het contract minimaal 3 innovaties (conform de op te stellen lijst) moeten zijn gerealiseerd ongeacht of ze al aanwezig zijn of niet?</p>	<p>Met innovatie kunnen we onze zorg slimmer en efficiënter inrichten en de zelfredzaamheid van klanten vergroten. Om de zorg toegankelijk te houden moeten we innovatie versnellen. Daarom maken we in dit inkoopbeleid resultaatafspraken voor innovatie. Uiteraard zien wij dat een groot aantal zorgaanbieders al goede stappen heeft gezet met het implementeren van succesvolle initiatieven. Gezien de grote uitdagingen waar we voor staan willen en moeten we de implementatie van succesvolle initiatieven versnellen. Daarom geldt voor álle zorgaanbieders dat wij verwachten dat zij gedurende de looptijd van ons beleid 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeren.</p>
<p>Voor de drie innovaties die worden geëist in de komende contractperiode, zijn dit drie innovaties per organisatie of drie innovaties per segment waarin zorgorganisatie actief is?</p>	<p>We verwachten dat u voor uw organisatie als geheel 3 nieuwe succesvolle initiatieven implementeert.</p>
<p>In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat het 3 nieuwe oplossingen betreft die u binnen uw gehele organisatie implementeert. Kunt u nader duiding geven aan het begrip " binnen uw gehele organisatie", aangezien dat een heel ruim begrip is en niet ieder succesvol initiatief op de gehele organisatie van toepassing is? Hoe wordt dit begrip gewogen?</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>U kiest uit de lijst .... 3 nieuwe oplossingen die u binnen uw gehele organisatie implementeert. Wij hebben binnen onze 'gehele' organisatie ook andere zorg- en dienstverlening dan Wlz en Zvw (zoals Jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, begeleiding thuis, Werk, Schoolmaatschappelijk werk, Groepswork) wij zijn van mening dat dergelijke succesvolle initiatieven niet altijd van toepassing zijn in deze disciplines. Wilt u daarom de zinsnede 'binnen uw gehele organisatie' aan passen naar binnen het Wlz-gefinancierde deel van uw organisatie?</p>	<p>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.</p>
<p>Kunt u toelichten wat u precies bedoelt met nieuwe oplossingen? Tellen innovaties die we nu al op kleine schaal inzetten, maar breder willen gaan uitrollen, ook als nieuwe innovatie? Bent u het ermee eens dat het voor organisaties die al innovaties hebben geïmplementeerd, lastiger kan zijn om extra nieuwe passende innovaties te implementeren in verhouding tot organisaties die hierin weinig hebben gedaan?</p>	<p>Met nieuwe oplossingen bedoelen we succesvolle initiatieven die u nu nog niet binnen uw organisatie inzet. Het klopt dat er voor zorgaanbieders die al veel succesvolle initiatieven geïmplementeerd hebben minder keuze is.</p>
<p>Paragraaf 1.5.6 schrijft u dat wij uit de door u te publiceren lijst 3 nieuwe succesvolle initiatieven moeten implementeren in de organisatie. Uit de toelichting voor de vergoeding lijkt dit alleen voor regionale initiatieven te zijn. Klopt dat? Is</p>	<p>Wanneer u gebruik wil maken van transitie-instrumenten voor de implementatie van succesvolle initiatieven dan is dit alleen mogelijk in regionaal verband.</p>

het ook mogelijk om alleen voor de eigen organisatie een vergoeding te ontvangen?	
Is het verplicht om 3 initiatieven uit de lijst te implementeren of zijn nieuwe, eigen initiatieven ook mogelijk?	<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 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 (<a href="https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/">https://www.zn.nl/dossier/digitalisering/digitale-zorg/</a>). 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>
In navolging op de vorige vraag: Wordt in de lijst van ZN ook expliciet onderscheid gemaakt naar de doelgroep Intensieve Kindzorg	In de lijst maken we onderscheid per sector. We verwachten dat er voor zeer specifieke doelgroepen zoals Intensieve Kindzorg geen onderscheid is gemaakt.
U geeft aan dat elke zorgaanbieder gedurende de looptijd van het inkoopbeleid 3 succesvolle initiatieven dient te implementeren. Op welke manier toets u in hoeverre deze initiatieven geïmplementeerd zijn?	U gaat hierover in gesprek met uw inkoper en kwaliteitsadviseur tijdens de gebruikelijke gesprekscyclus.
Wanneer geldt de initiatieven als geïmplementeerd, waardoor die in aanmerking komt voor opslag uit dien hoofde?	We bieden in ons beleid geen opslag voor de implementatie van succesvolle initiatieven.
Zijn de 3 succesvolle innovaties van toepassing voor intramurale zorg of MPT?	Het geldt voor alle leveringsvormen en alle sectoren.
We vragen of innovatieve oplossingen die we in 2023 doen mee kunnen tellen voor 2024 en verder? Datzelfde geldt eigenlijk voor innovaties die we in regionaal verband oppakken. Kunnen die ook meetellen bij dit onderdeel of gaat het echt om trajecten die we individueel inzetten? Zo nee, waarom niet?	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 resultaatafpraak. U mag zowel individueel als in regionaal verband succesvolle initiatieven implementeren.
<i>Paragraaf 1.5.7</i>	
Hoe ziet dit faciliteren er concreet uit? Wat gaat u doen?	Gezamenlijk leren en ontwikkelen is van groot belang om te komen tot succesvolle implementatie

	<p>en borging. Daarom stimuleren we zorgaanbieders om gezamenlijk op te trekken in de regio. Maar ook om te leren van succesvolle regionale samenwerkingsverbanden zoals bijvoorbeeld Anders Werken in de Zorg (V&amp;V) of de Innovatie Impuls (GZ). Gezien de grote meerwaarde van dergelijke samenwerkingen maakt Zilveren Kruis in de regio afspraken over samenwerking en (boven)regionale uitwisseling van kennis en ervaring.</p>
<p><i>Paragraaf 1.5.8</i></p>	
<p>Als het gaat om resultaatafspraken en vergoedingen voor implementatie: hoe ziet dit concreet er uit? Bij het niet halen van deze 3 implementaties, wat zijn dan die 'passende maatregelen'?</p>	<p>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).</p>
<p>is er ook ruimte dat een initiatief bij de organisatie niet succesvol kan zijn zonder eventuele maatregelen?</p>	<p>De lijst met succesvolle initiatieven bestaat uit oplossingen die bij verschillende andere zorgaanbieders bewezen effectief zijn gebleken. We volgen het zorgtransformatiemodel van het Kenniscentrum Digitale Zorg voor de validatie van deze oplossingen. Gezien de bewijslast om op de lijst te komen gaan we ervan uit dat deze oplossingen ook bij andere zorgaanbieders succesvol te implementeren zijn.</p>
<p><i>Paragraaf 1.5.9</i></p>	
<p>Vraag: vergoeding voor koplopers: moet het perse een regionaal gezamenlijk initiatief zijn vanwege transitie-middelen? Of kan je als zorgaanbieder ook zelf ontwikkelen waar anderen daarna profijt van kunnen hebben?</p>	<p>U kunt als zorgaanbieder zelf koploper financiering aanvragen. Wij verbinden u aan zorgaanbieders die met een soortgelijke nieuwe innovatie gaan experimenteren zodat u ook gebruik kunt maken van elkaars ervaringen. Gezamenlijkheid borgen wij daarnaast doordat u implementatie concepten ontwikkelt voor andere zorgaanbieders die uw gevalideerde innovatie willen implementeren (bijvoorbeeld implementatie handleidingen en proces voorbeelden).</p>
<p>Gaat het hier om 1 februari 2024?</p>	<p>U kunt gedurende dit beleid elk jaar transitie-middelen voor koploper financiering aanvragen. 1 februari 2024 is de deadline voor transitie-middelen 2024. 1 februari 2025 is de deadline voor transitie-middelen 2025 en tot slot is 1 februari 2026 de deadline voor transitie-middelen 2026.</p>
<p><i>Paragraaf 1.5.10</i></p>	

Kunt u nader aangeven of er maatregelen volgen wanneer er sprake is van een briljante mislukking m.b.t. koploper innovaties?	Wanneer er sprake is van een briljante mislukking waar u koploper financiering voor heeft ontvangen dan volgen er geen maatregelen. Experimenten mogen mislukken. Daar kan iedereen van leren. Wij vragen van betreffende zorgaanbieders dat ze ook deze ervaringen en lessen delen. Deze lessen zijn namelijk net zo belangrijk als succesverhalen.
<i>Paragraaf 1.5.11</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

## 1.6 De inkoopdoelen realiseren we met optimale inzet van middelen, binnen de geldende financiële kaders

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid geeft u aan dat u de inkoopdoelen gaat realiseren met optimale inzet van middelen, binnen de geldende financiële kaders. U schrijft ook dat de beschikbare middelen naar verwachting de komende jaren niet meegroeien met de groei van het aantal klanten. U concludeert: “De toekomstige ontwikkeling lijkt echter wel duidelijk: ook in de V&V zullen we meer moeten met minder. We realiseren dat dit impact voor u heeft.” Betekent ‘meer moeten doen met minder’ dat in de toekomst meer zorg geleverd gaat worden met minder kwaliteit? Wij voorzien dat de toekomstige ontwikkelingen niet alleen impact hebben op de aanbieders, maar vooral ook op onze cliënten. Ziet u dat ook zo?	Nee, we kijken hier anders naar en zien ook dat er mogelijkheden zijn om op een andere manier invulling te geven aan de vraag de hulpvraag van klanten. We zien al veel mooie initiatieven van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld initiatieven gericht op het verbeteren van de zelfredzaamheid van klanten en/ of de inzet van informele zorg en/of de inzet van hulpmiddelen. Dit kan zeker ook met behoud van kwaliteit.
De titel van paragraaf 1.6 is “De inkoopdoelen realiseren we met optimale inzet van middelen, binnen de geldende financiële kaders”. 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 kaders kunnen realiseren.	Het realiseren van de inkoopdoelen zien we als een gezamenlijk verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en zorgaanbieders. VWS is verantwoordelijk voor het stellen van het financiële kader. Binnen dit kader moeten de inkoopdoelen gerealiseerd worden.
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	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>NZa respectievelijk VWS om een realistischer financieel kader voor elkaar te krijgen?</p>	<p>financiering niet passend is gaan we hierover in gesprek met VWS en/of de NZa.</p>
<p>In deze paragraaf wordt een toelichting gegeven op de besteding van middelen binnen de contracteerruimte. het aantal klanten en de toekomstige zorgkosten. Tevens wordt verwezen naar het huidige regeerakkoord met concrete taakstellingen waarvan het nog onduidelijk is hoe deze exact uitwerken op het financieel kader, of in de NZa tarieven. Dit geeft grote onzekerheid, waarvan we nu al weten dat de bezuinigingen op het macrokader zullen oplopen tot 3%. Is het denkbaar dat het zorgkantoor de besparingen die in de NZa tarieven landen worden opgevangen met het verhogen van het inkooppercentages, zodat voor de komende jaren uitgegaan kan worden van een redelijk constant zorgbudget?</p>	<p>In het inkoopbeleid heeft u kunnen lezen welke tariefpercentages we afspreken voor de komende jaren. Dit zijn percentages van het max. NZa tarief. We corrigeren de tariefpercentage niet voor besparingen die in de NZa tarieven landen.</p> <p>De inkomsten zijn mede afhankelijk van de NZa tarieven. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. We corrigeren niet voor gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>Vraag: De titel van paragraaf 1.6 is “De inkoopdoelen realiseren we met optimale inzet van middelen, binnen de geldende financiële kaders”. 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 kaders kunnen realiseren.</p> <p>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>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 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>Waarom wordt doelmatigheid van zorginzet niet via een financiële prikkel gestimuleerd?</p>	<p>Voor zorgaanbieders is er zeker een financiële prikkel om de zorg doelmatig te leveren. De financiering van bijvoorbeeld VPT en intramurale zorg biedt veel ruimte om op andere manieren invulling te geven aan de zorg, doordat we werken met integrale tarieven. Als zorgaanbieders door inzet op zelfredzaamheid, meer inzet informele zorg en/of hulpmiddelen meer klanten van zorg kunnen voorzien, dan betekent dit met de huidige integrale tarieven een beter resultaat omdat er een bedrag per dag gefinancierd wordt.</p> <p>Een extra financiële prikkel vinden we om deze reden niet nodig.</p>

## 2 We geven duidelijkheid over bekostigingssystematiek en tariefpercentages voor komende jaren

### 2.1 We maken afspraken over volumes voor intramurale zorg, extramurale zorg is volume vrij

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid staat: "Het volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen voor intramurale zorg per jaar." Daarna volgt een ingewikkelde berekening. Waarom wordt het volumeplafond niet berekend op basis van aantal toegekende/erkende intramurale plaatsen x aantal dagen per jaar? Wilt u dat alsnog op deze wijze toepassen?	Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.
U schrijft in deze paragraaf dat voor het volumeplafond het uitgangspunt is dat het aantal huidige plekken gelijk blijft. In paragraaf 6.5 gaat u uit van het aantal dagen. Waarom wordt het volumeplafond niet berekend op basis van het aantal intramurale plaatsen x aantal dagen per jaar? Bent u bereid om dit op deze wijze aan te passen? Zo nee, waarom niet?	Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.
Kunt u nader aangeven hoe de volume afspraak wordt berekend per zorgaanbieder? Hoe gaat het zorgkantoor om met bekostiging van eventuele leegstand?	In paragraaf 6.5 van het inkoopbeleid V&V leest u hoe het volumeplafond voor intramurale zorg berekend wordt.
In heel document wordt gesproken over extramurale Wlz zorg. Dit betreft MPT VPT inclusief VPT in geclusterde woonvorm? Dus geen volume afspraken voor VPT geclusterde woonvormen?	Ja, dat klopt. Het volumeplafond geldt voor intramurale zorg. Dit geldt niet voor de extramurale leveringsvormen MPT en VPT (geclusterd en ongeclusterd).
extramurale zorg is volume vrij zegt u. Betekent die dat budget cliënt volgt? Als cliënt kiest om te wonen in een VPT geclusterde woonvorm, deze zorg betaald wordt ongeacht het aanbod in de regio?	Het klopt dat de financiering persoonsvolgend is en vergoed wordt als de contracteerruimte toereikend is.
Extramurale zorg is volume vrij. Dit geldt voor MPT en ook voor in de wijk geleverde VPT? Zien wij dit correct?	Ja, dat klopt. Het volumeplafond geldt voor intramurale zorg. Dit geldt niet voor de extramurale leveringsvormen MPT en VPT (geclusterd en ongeclusterd).
Is het mogelijk niet benut volume voor intramurale zorg over te hevelen tussen aanbieders?	Nee, we spreken een volumeplafond per zorgaanbieder af. Overheveling tussen zorgaanbieders is niet toegestaan. Wij adviseren u om in situaties waarbij er afbouw is van intramurale zorg in de regio en er vervangende intramurale zorg nodig is in gesprek te gaan met de zorginkoper in uw regio.

Voor extramurale zorg geldt geen volumeplafond. Kunt u bevestigen dat u hiermee bedoelt dat voor MPT en VPT geen beperkingen gelden wat betreft de omvang van de te declareren zorg (uiteraard mits daadwerkelijk geleverd en binnen zorgtoewijzing)?	Het klopt dat de financiering van MPT en VPT persoonsvolgend is en vergoed wordt als de contracteerruimte toereikend is.
We monitoren of de verwachte zorgkosten blijven passen binnen de beschikbare contracteerruimte, als dit niet het geval is kunnen we maatregelen nemen. In welke mate houdt u rekening met nieuwe bouwtrajecten die gedurende het jaar gereed komen, waardoor het aantal wlz-plaatsen vanaf dat moment zal gaan toenemen?	In de beschikbare contracteerruimte is rekening gehouden met groei van klanten. In het geval er sprake is van onomkeerbare bouwplannen die door ons erkend zijn dan houden we daarmee rekening bij het bepalen van het volumeplafond.

## 2.2 De beschikbare contracteerruimte zetten we in voor zorg

Vraag	Antwoord
Wij waarderen het feit dat er in het inkoopbeleid niet gewerkt wordt met opslagen op basis van plannen. Wij kunnen ons vergissen, maar wij denken dat de zorgaanbieders waar u intensief mee in gesprek bent geweest, daarmee hebben willen aangeven dat zoveel mogelijk middelen ingezet moeten worden via het tariefpercentage. Vorig jaar werd een deel van de contracteerruimte (0,2%) besteed aan regionale ontwikkeling. In plaats van een verhoging van het tariefpercentage van 95,8% naar 96% wordt het tariefpercentage in 2024 verlaagd naar 95,5%. Waarom is de ruimte die vorig jaar beschikbaar was voor regionale ontwikkeling niet toegevoegd aan het tariefpercentage? Wilt u dat alsnog doen?	Het klopt dat we nu geen aparte middelen meer uit de contracteerruimte reserveren voor regionale ontwikkeling. Deze middelen benutten we nu voor financiering van de reguliere zorg. Een deel van de zorgaanbieders krijgt een tariefpercentage van 95,5%. Voor zorgaanbieders met een rol essentiële voorzieningen geldt een tariefpercentage van 96,0%. Deze zorgaanbieders krijgen hiermee een hoger percentage. De ruimte die beschikbaar is gekomen vanuit de 0,2% voor regionale ontwikkeling is hiervoor benut.
In het inkoopbeleid staat dat u het belangrijkste deel van de contracteerruimte benut voor de vergoeding van de tariefpercentages voor zorg en de NHC/NIC en 0,2% reserveert voor onvoorziene omstandigheden. Betekent dit dat 99,8% van de contracteerruimte voor vergoeding van de tariefpercentages voor zorg en de NHC/NIC beschikbaar is? Zo nee, welk deel van de contracteerruimte wordt dan ingezet voor welke andere bestedingen?	Ja, dat klopt.
U geeft aan 0,2% van de V&V contracteerruimte te reserveren voor onvoorziene omstandigheden. Kunt u meer duidelijkheid geven waarvoor dit budget mogelijk ingezet zou kunnen worden? Wij vragen hiermee transparantie over de wijze van inzet van deze middelen.	Onvoorziene omstandigheden is een juridische term voor omstandigheden die partijen niet hebben en kunnen voorzien. We weten nu dus ook nog niet wat de onvoorziene omstandigheden zijn. Een voorbeeld waarvoor deze middelen mogelijk ingezet gaan worden is een afspraak op basis van de hardheidsclausule

	.
Is overschrijding van het regiobudget een onvoorziene omstandigheid en op welk moment wordt dit ingezet?	Nee, een overschrijding van het regiobudget zien we niet als een onvoorziene omstandigheid. De middelen voor regionale ontwikkeling financieren we vanuit de transitie-middelen. Dit is een maximaal beschikbaar bedrag. Er kan geen sprake zijn van een overschrijding van deze middelen.
In hoeverre is er in het tariefpercentage rekening gehouden met de veranderende samenleving waarin zorg geleverd wordt: loonstijgingen, arbeidsmarktkrapte, gestegen energieprijzen, vergrijzing?	Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van de tarieven rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?	Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
Vindt u dat het eigen vermogen een rol speelt voor een kostendekkende zorgexploitatie?	Als een organisatie voldoende eigen vermogen heeft dan zien we geen bezwaar om deze middelen in te zetten om de zorgexploitatie kostendekkend te maken.
Zilveren Kruis reserveert 0,2% van de contracteerruimte voor onvoorziene omstandigheden, net als voorgaande jaren. Het is voor zorgaanbieders niet duidelijk of en wanneer deze gelden worden uitgenut. Zou u bereid zijn deze informatie jaarlijks te delen?	Zilveren Kruis zorgkantoor reserveert een klein deel (0,2%) van de contracteerruimte voor onvoorziene omstandigheden. Als deze middelen niet worden benut voor onvoorziene omstandigheden dan benutten we deze voor reguliere zorg bij de herschikking. Zilveren Kruis zorgt er hiermee voor dat de volledige contracteerruimte beschikbaar is voor zorgaanbieders. Gelet op deze werkwijze en de geringe omvang gaan we niet in op uw verzoek om informatie over de inzet van deze middelen jaarlijks te delen.
Kunt u aangeven wat onder onvoorziene omstandigheden wordt verstaan en hoe de 0,2% middelen worden ingezet?	Onvoorziene omstandigheden is een juridische term voor omstandigheden die partijen niet hebben en kunnen voorzien. We weten nu dus ook nog niet wat de onvoorziene omstandigheden zijn.
Kunt u bevestigen dat 99,8% van de contracteerruimte wordt ingezet voor geleverde directe zorg en NHC/NIC?	Ja, dat klopt.

### 2.3 Duidelijkheid voor meerdere jaren over tariefpercentages

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid staat dat u zorgaanbieders duidelijkheid geeft voor meerdere jaren over tariefpercentages en dat deze gelden voor de	We horen van zorgaanbieders dat het belangrijk is om duidelijkheid te hebben over de tariefpercentages voor meerdere jaren. Deze

<p>looptijd van het inkoopbeleid (2024-2026). Betekent deze duidelijkheid dat het tariefpercentage gedurende de looptijd niet kan worden verhoogd? Zo ja, dan maken wij daar bezwaar tegen.</p>	<p>duidelijkheid geven we met dit beleid. Dit betekent inderdaad dat het uitgangspunt is om deze tariefpercentages voor de komende drie jaar te hanteren. We passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p>
<p>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?</p>	<p>Dit geldt voor de tariefpercentages van Zilveren Kruis zorgkantoor.</p>
<p>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 V&amp;V geldt een richttariefpercentage van 95,5% 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?</p>	<p>Ja, dit geldt ook voor de tariefpercentages voor de NHC/NIC.</p>
<p>In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht. Dat is voor een individuele aanbieder hoog over. Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat?</p>	<p>Wij hebben deze berekeningen gedaan met als doel om een richttariefpercentage vast te stellen. We gaan deze uitkomsten niet op individueel niveau met zorgaanbieders delen. Wel hebben we interessante benchmarkinformatie over zorgaanbieders beschikbaar die wij via de aanbiederanalyses kunnen delen. Deze kunt u bij uw zorginkoper opvragen.</p>
<p>Er wordt gesteld dat zorgkantoren mogen afwijken van het landelijke richttariefpercentage van 95,5%. Zorgkantoor Utrecht volgt dit percentage voor 2024 en er is slechts één opslag mogelijk van 0,5%. Andere zorgkantoren werken met opslagen/ bonussen om daarmee de transitie naar innovatie/ VPT/MPT te stimuleren. Wat is de reden dat het zorgkantoor vasthoudt aan het basispercentage van 95,5%, zonder verdere financiële stimulatie naar andere zorgvormen?</p>	<p>In ons inkoopbeleid leest u op welke manieren we innovatie en meer Wlz-zorg thuis stimuleren. Wij verwachten van alle zorgaanbieders meer inzet op innovatie en Wlz-zorg thuis. We kiezen voor een eenvoudige tariefssystematiek. De afgelopen periode zijn we intensief in gesprek geweest met zorgaanbieders over de inzet van de beschikbare middelen voor de Wlz. Zorgaanbieders geven aan de administratieve lasten te willen beperken. Wij delen deze ambitie en kiezen er daarom voor om niet met opslagen of afslagen op basis van bijvoorbeeld plannen te werken.</p>
<p>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). Kan het woord duidelijkheid in deze ook gelezen worden als zekerheid? Wij nemen aan dat u dat</p>	<p>We geven duidelijkheid over het tariefpercentages voor de komende jaren. We kunnen u net als in andere jaren geen 100% zekerheid geven. Het kan zijn dat het inkoopbeleid aangevuld of aangepast wordt. U leest hierover meer in paragraaf 7.7 van het inkoopbeleid van V&amp;V.</p>

<p>zo bedoeld, maar voor ons is zekerheid nog duidelijker dan duidelijkheid.</p>	
<p>In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht; hoe gaan jullie als Zilveren Kruis Zorgkantoor om met de 25% aanbieders die op basis van het richttariefpercentage geen neutraal of positief resultaat behalen?</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht dat zorgaanbieders op een doelmatige wijze zorg verlenen en stappen zetten om hun resultaat te verbeteren. 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 paragraaf 2.8 van het inkoopbeleid V&amp;V.</p>
<p>De bekostigingssystematiek inclusief de (richt)tariefpercentages gelden voor de looptijd van ons inkoopbeleid 2024-2026'. Is het tariefpercentage per zorgaanbieder opnieuw onderhandelbaar als blijkt dat de verhouding kosten - opbrengsten Wlz aanzienlijk afwijkt van het percentage dat uit de berekening o.b.v. 2021 is gekomen zodat er weer sprake is van een wettelijk verplicht reëel kostendekkend tarief? Zo nee, waarom respecteert u de jurisprudentie over een reëel kostendekkend tarief in deze situatie niet?</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. 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. Als de richttariefpercentages aangepast worden, beoordeelt Zilveren Kruis of dit aanleiding geeft om de tariefpercentages van Zilveren Kruis zorgkantoor aan te passen.</p>
<p>Als het tarief o.b.v. 95,5% van het NZa tarief aantoonbaar niet dekkend blijkt te zijn bij gemiddelde doelmatigheid, bent u dan bereik het tariefpercentage aan te passen naar een reëel kostendekkend tarief? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Nee, in bijlage 7 leest u de onderbouwing van het landelijke richttariefpercentage van 95,5%. Zorgaanbieders waarvoor het tariefpercentages niet passend is kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule. U leest hier meer over in paragraaf 2.8 van het inkoopbeleid V&amp;V.</p>
<p>Hoe kijkt u naar de impact van het werken met 25% van de zorgaanbieders die een negatief resultaat gaan halen. Wat als bijvoorbeeld 20% van deze zorgaanbieders het niet gaan redden en failliet gaan. Wat is dan de impact in een regio of lokaal? Hoe denkt u aan uw zorgplicht te kunnen voldoen? En hoe denkt u aan uw zorgplicht te voldoen als dit effect zich cumuleert?</p>	<p>Zilveren Kruis verwacht dat zorgaanbieders op een doelmatige wijze zorg verlenen en stappen zetten om hun resultaat te verbeteren. Zorgaanbieders waarvoor het tariefpercentage niet passend is kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule. U leest hier meer over in paragraaf 2.8 van het inkoopbeleid V&amp;V. Door zo nodig afspraken te maken op basis van de hardheidsclausule voorkomen we dat er knelpunten ontstaan t.a.v. de zorgplicht in de regio.</p>
<p>Kunt u de zin "Het is geen minimum- of maximumtarief" toelichten? Wat betekent dit - de ongelijke tariefpercentages - voor zorgorganisaties? Kan er dan sprake zijn van ongelijkheid?</p>	<p>Het landelijk richttariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken. Elk zorgkantoor licht in het inkoopbeleid de</p>

	<p>tariefsystematiek toe. Deze tariefsystematiek verschilt per zorgkantoor. Zilveren Kruis heeft in hoofdstuk 2 de tariefpercentages voor zorgaanbieders toegelicht.</p>
<p>Hoe wordt de cao stijging verwerkt in de tarieven/percentages?</p>	<p>Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
<p>De NZa bepaalt reële tarieven. Waarom wordt hier een afslag op gehanteerd?</p>	<p>De NZa bepaalt max-tarieven voor de Wlz. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de richttariefpercentages.</p>
<p>De NZa-tarieven zijn momenteel nog niet bekend, hoe komen wij erachter voordat we akkoord geven uit welke onderdelen de tarieven zijn opgebouwd?</p>	<p>Voor informatie over de NZa tarieven adviseren wij u om contact op te nemen met de NZa.</p>
<p>Wij ontvangen als zorgaanbieder een toeslag omdat wij zorg leveren in gebieden met een hoog risicoprofiel. We gaan ervan uit dat deze toeslag blijft gelden voor de afgesproken looptijd volgens de initiële afspraak, klopt dat?</p>	<p>We kennen geen toeslag voor het leveren van zorg in gebieden met een hoog risicoprofiel. Wellicht doelt u op de vergoeding voor niet beïnvloedbare factoren (NBF). De NBF is onderdeel van de beleidsregels van de NZa. We passen deze toe.</p>
<p>Het landelijk richttariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken. Tegelijkertijd schrijft u dat u van zorgaanbieders hoort dat het belangrijk is om duidelijkheid te hebben over de richttariefpercentages voor meerdere jaren en dat u met dit meerjarenbeleid deze duidelijkheid geeft. Dit is naar onze mening tegenstrijdig, omdat er onzekerheid blijft bestaan over het exacte tarief. Wat is uw reactie daarop?</p>	<p>Het landelijk richttariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken. Elk zorgkantoor ligt in het inkoopbeleid de tariefsystematiek toe. Deze tariefsystematiek verschilt per zorgkantoor. Zilveren Kruis heeft in hoofdstuk 2 de tariefpercentages voor zorgaanbieders toegelicht en geeft hiermee duidelijkheid over de tariefpercentages. De exacte tarieven zijn afhankelijk van de door de NZa vast te stellen max-tarieven. De NZa stelt deze jaarlijks vast.</p>
<p>V&amp;V zorgaanbieders krijgen te maken met een tariefskorting van 4,5% op de 100% NZA tarieven. Het nog te sluiten CAO-akkoord zal fors hoger uitvallen dan de OVA-stijging. Dit betekent een forse negatieve impact op de financiën van zorgaanbieders. Welke rol ziet het zorgkantoor, als strategische samenwerkingspartner, voor zichzelf weggelegd om deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden?</p>	<p>Er ontstaat een toenemende druk op de betaalbaarheid van zorg door de stijging in de zorgvraag en de zorgkosten. We horen van zorgaanbieders ook dat de impact van de stijgende loonkosten aanzienlijk is. Om goede zorg te blijven garanderen, moeten we op een andere manier nadenken over het verlenen van zorg, kwaliteit en doelmatigheid. De opbouw van kosten en uitgaven van zorgaanbieders is dermate verschillend dat wij denken dat er mogelijkheden zijn om de beschikbare middelen doelmatiger in te zetten. Via spiegelinformatie faciliteren wij zorgaanbieders met inzicht in hun kosten ten opzichte van andere</p>

	<p>zorgaanbieders. Deze informatie ondersteunt u bij de keuze op welke onderdelen u doelmatigheidsverbetering kunt realiseren.</p>
<p>Het landelijk richttariefpercentage is geen minimum- of maximumtarief. Wij zijn een reguliere (bestaande)V&amp;V aanbieder en opteren niet voor een vrijwillig lager tariefpercentage. Kunnen wij er dan vanuit gaan dat ons richttariefpercentage voor de komende drie jaar minimaal 95,5% is?</p>	<p>We geven duidelijkheid over het tariefpercentages voor de komende jaren. Voor reguliere zorgaanbieders die al een overeenkomst hebben geldt inderdaad het tariefpercentage van 95,5% voor 2024-2026. Er zijn enkele uitzonderingen hierover leest u meer in paragraaf 2.4.2, 2.4.3 en 2.4.4 van het inkoopbeleid V&amp;V. We kunnen u net als in andere jaren geen 100% zekerheid geven. Het kan zijn dat het inkoopbeleid aangevuld of aangepast wordt. U leest hierover meer in paragraaf 7.7 van het inkoopbeleid van V&amp;V.</p>
<p>Het zorgkantoor mag afwijken van het richtpercentage wat zijn de criteria waarom het Zilveren Kruis om in het beginsel aan het landelijk richtpercentage voor bestaande zorgaanbieders aan te houden met een mogelijkheid voor de opslag van essentiële voorzieningen.</p>	<p>In ons inkoopbeleid leest u toelichting op de gekozen tariefsystematiek.</p>
<p>Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de Nza uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Ben u het hiermee eens? Zo ja, hoe gaat u dat doen. Zo niet, waarom niet?</p>	<p>Nee, dit doen we niet. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkelingen en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. We corrigeren niet voor gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?</p>	<p>Zorgkantoren kunnen niet transparanter zijn dan zij nu zijn, omdat zij de betreffende informatie op moment van publicatie van het inkoopbeleid 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>U geeft aan dat u zorgaanbieders duidelijkheid geeft voor meerdere jaren over tariefpercentages en dat deze gelden voor de looptijd van het inkoopbeleid. Betreft dit</p>	<p>Ja, dit geldt zowel voor de tariefpercentages voor zorg als voor de NHC/NIC.</p>



<p>duidelijkheid over zowel het tariefpercentage als het tarief voor de NHC/NIC?</p>	
<p>Er wordt gesteld dat zorgkantoren mogen afwijken van het landelijke richttariefpercentage van 95,5%. Zorgkantoor Utrecht houdt vast aan dit basispercentage zonder verdere opslagen (m.u.v. essentiële voorzieningen). Welke argumenten hanteert het zorgkantoor dat bij een percentage van 95,5% nog steeds sprake is van een kostendekkend tarief?</p>	<p>In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de richttariefpercentages van 95,5%.</p>
<p>Er geldt een richttarief van 95,5%. Dit is lager dan voorgaande jaren terwijl meer wordt verwacht. Daarnaast hebben wij te maken met fors hogere kosten. Waarom kiest zorgkantoor hiervoor?</p>	<p>We spreken voor reguliere zorgaanbieders een tariefpercentage af van 95,5%. Voor reguliere zorgaanbieders betekent dit een beperkte verlaging (0,3%) van het tariefpercentage ten opzichte van 2023. Het tariefpercentage is gelijk aan het richttariefpercentage. U vindt een onderbouwing van het richttariefpercentage in bijlage 7 van het inkoopbeleid.</p> <p>De inkomsten zijn mede afhankelijk van de NZa tarieven. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>U geeft aan dat 0,2% van de contracteerruimte wordt gereserveerd voor onvoorziene omstandigheden. In het kader van transparantie kunt u inzichtelijk maken waar de gelden aan besteed worden tussen 95,5% (96%) en 99,8%?</p>	<p>Uw vraag doet vermoeden dat u ervan uit gaat dat we voldoende contracteerruimte ontvangen om voor alle klanten 100% van het NZa tarief te betalen. Dit is niet het geval. Zilveren Kruis besteedt jaarlijks de beschikbare contracteerruimte volledig.</p>
<p>De OVA, hoe wordt hier in de tarieven mee omgegaan voor 2024 e.v.? Wordt deze gezien de komende CAO nog naar boven bijgesteld?</p>	<p>We spreken met zorgaanbieders een percentage van het max NZa tarief af. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkelingen en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>

<p>Schuiven zorgkantoren de ontwikkelingen van tarieven niet te gemakkelijk naar het NZa? Niet voor niets is er een 100% NZa-tarief.</p>	<p>Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven</p> <p>Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. We onderbouwen het richttariefpercentage zorgvuldig. U leest hier meer over In bijlage 7 van het inkoopbeleid.</p>
<p>Worden de nieuwe cao afspraken in 2024 volledig vergoed via de OVA en daarmee verwerkt in de NZa-tarieven?</p>	<p>Voor vragen over de NZa-tarieven verwijzen wij u naar de NZa.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Alom wordt een cao-stijging van meer dan 10% verwacht voor de komende 18 maanden. De OVA zal niet toereikend zijn en in ieder geval op deze termijn niet dekkend. Is het zorgkantoor bereid om in ieder geval voor het jaar 2024 het basistarief te verhogen om dit verschil te dekken?</p>	<p>Nee, dit doen we niet. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. We corrigeren niet voor gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>Door de krapte op de arbeidsmarkt en nog steeds hoog ziekteverzuim moet steeds vaker een beroep worden gedaan op dure externe krachten. Zonder inperkende maatregelen zal dit alleen maar toenemen. Op deze manier lekt geld bestemt voor zorg onnodig weg naar bemiddelingskosten en btw. Is het zorgkantoor bereid om zich in groter verband (ZN, VWS, NZA, etc) hiervoor in te zetten?</p>	<p>Wij herkennen deze ontwikkeling. Wij gaan hierover graag met stakeholders in gesprek over mogelijke oplossingen.</p>
<p>De NZA-tarieven worden vastgesteld na de deadline voor stellen van vragen en indienen van bezwaren. De NZa tarieven icm het richttariefpercentage bepalen de kostendekkendheid. Welke mogelijkheden voor indienen van bezwaren of stellen van vragen zijn er na vaststelling van de NZA-tarieven?</p>	<p>Er is geen mogelijkheid voor het stellen van vragen aan het zorgkantoor of het maken van bezwaar na publicatie van de NZa beleidsregels met de tarieven.</p>
<p>In het zorginkoopbeleid staat dat zorgaanbieders met een rol bij de essentiële voorzieningen een extra vergoeding kunnen krijgen, bijvoorbeeld omdat ze een grotere rol pakken in de regio en vaak ook relatief zwaardere klanten van zorg voorzien. Wij</p>	<p>We passen dit tariefpercentage niet aan. We bieden de zorgaanbieders een iets hoger tariefpercentage dan reguliere zorgaanbieders. Daarnaast zijn er andere mogelijkheden, zoals de regeling voor Meerzorg, voor een passende</p>

<p>vragen ons af of de 0,5% tariefverhoging opweegt tegen de extra inzet en kosten. Wilt u een hoger tariefpercentage overwegen voor deze aanbieders met essentiële voorzieningen of onderbouwen dat de 0,5% tariefverhoging wel toereikend is om zwaardere klanten te voorzien van zorg? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>vergoeding voor klanten met relatief hoge zorgkosten.</p>
<p>U geeft aan dat zorgaanbieders voor essentiële voorzieningen uiterlijk 12 juni geïnformeerd worden. Kunt u aangeven of deze datum klopt en waarom beoordeling en mededeling plaatsvindt voordat er over deze aanpak en procedure vragen gesteld en beantwoord kunnen worden in de Nota van Inlichtingen?</p>	<p>De datum van 12 juni klopt. We hebben er bewust voor gekozen om de zorgaanbieders zo snel mogelijk te informeren. Voor de NvI kunnen vragen gesteld worden over dit thema. Mocht dit aanleiding zijn voor aanpassing van het inkoopbeleid op dit thema dan gaan we opnieuw beoordelen wie we hiervoor selecteren. Hierbij passen we dit alleen in het voordeel van de zorgaanbieder aan.</p>
<p>U geeft aan zorgaanbieders voor essentiële voorzieningen uiterlijk 12 juni te informeren. Wanneer worden deze aanbieders door Zilveren Kruis bekend gemaakt aan alle aanbieders?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u meer over hoe wij vaststellen met welke zorgaanbieders we afspraken maken over essentiële voorzieningen. Uw zorginkoper informeert de zorgaanbieders in de regio over welke zorgaanbieders geselecteerd zijn voor een rol bij het borgen van de essentiële voorzieningen.</p>
<p>Als organisatie zijn we al langer met u in gesprek over de specifieke doelgroep die wij bedienen. Wij hebben regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in het bieden van zorg aan deze groep deelnemers. 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&amp;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</p>	<p>Voor de keuze welke zorgaanbieders een rol hebben bij essentiële voorzieningen kijken wij onder meer of de zorgaanbieder is gespecialiseerd in meer complexe zorg en of zwaardere zorg voor specifieke doelgroepen. Wij noemen een aantal doelgroepen die daaronder vallen, maar dit is geen limitatieve opsomming. Wij hebben inmiddels de zorgaanbieders die wij een rol geven bij het borgen van de essentiële voorzieningen geïnformeerd. Voor de reguliere zorg hanteren wij de tariefpercentages zoals vermeld in het inkoopbeleid. Uitzondering is als er terecht door een zorgaanbieder een beroep wordt gedaan op de hardheidsclausule. Wij passen ons beleid ten aanzien van de gehanteerde tariefpercentages niet aan voor de klanten met interfererende co morbiditeit. Wij waarderen het dat zorgaanbieders zich richten op mensen met een complexe zorgvraag, maar hebben mede op verzoek van zorgaanbieders ervoor gekozen om niet met veel op- en afslagen te werken. Mocht u meer willen weten over de mogelijkheden om gebruik te maken van de prestaties die zijn vastgesteld door de NZa verwijzen wij u naar de beleidsregels van de NZa. Indien u na het lezen nog vragen heeft kunt u deze stellen aan uw inkoper of kwaliteitsadviseur.</p>

bewindvoering, het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de omgang met schuldenproblematiek, mede ook door het meestal ontbreken van een ondersteunend netwerk. In het inkoopbeleid is voor deze specifieke hoog complexe groep met een laag volume geen erkenning. Wij bieden WLZ zorg aan deze complexe doelgroep waarbij sprake is van interfererende morbiditeit en triple problematiek. Er is veelal sprake van een zorg mijdende cliënt met al dan niet een latente verslavingsachtergrond. Daarnaast is er sprake van een profiel vallend binnen de V&V, VG of GGZ of een combinatie van meerdere domeinen. Het is soms lastig om vanuit de bestaande kaders duidelijk te bepalen of er een specifieke opslag geldig is. Is het mogelijk om deze doelgroep te laten vallen onder LVHC? Zo niet, waarom niet? Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. Wat is de reden dat de locaties voor deze doelgroep niet als essentiële voorziening is aangemerkt? 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 tariefpercentage van 99,8% aan te verbinden voor de klanten met interfererende co morbiditeit. Kunt u dit realiseren? Zo niet kunt u aangeven waarom niet? regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in het bieden van zorg aan deze groep deelnemers. 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

<p>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. In het inkoopbeleid is voor deze specifieke hoog complexe groep met een laag volume geen erkenning. Wij bieden WLZ zorg aan deze complexe doelgroep waarbij sprake is van interfererende morbiditeit en triple problematiek. Er is veelal sprake van een zorgmijdende cliënt met al dan niet een latente verslavingsachtergrond. Daarnaast is er sprake van een profiel vallend binnen de V&amp;V, VG of GGZ of een combinatie van meerdere domeinen. Het is soms lastig om vanuit de bestaande kaders duidelijk te bepalen of er een specifieke opslag geldig is. Is het mogelijk om deze doelgroep te laten vallen onder LVHC? Zo niet, waarom niet? Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. Wat is de reden dat de locaties voor deze doelgroep niet als essentiële voorziening is aangemerkt? 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 tariefpercentage van 99,8% aan te verbinden voor de klanten met interfererende co morbiditeit. Kunt u dit realiseren? Zo niet kunt u aangeven waarom niet?</p>	
<p>Is er in de tariefpercentage rekening gehouden met regionale invloeden als groot stedelijke problematiek? Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Wij hebben geen aparte tarieven voor zorgaanbieders in grote steden. Wel volgen we de beleidsregels van de NZa die rekening houdt met niet-beïnvloedbare factoren.</p>
<p><i>Paragraaf 2.4.1</i></p>	
<p>Medio juni 2023 is de prestatie REC Korsakov bekend geworden. In hoeverre zal er op dit nieuwe tarief een korting worden doorgevoerd?</p>	<p>We passen voor de inkoop van de LVHC doelgroepen de reguliere tarief systematiek toe en daarmee geldt het tariefpercentage dat we met de betreffende zorgaanbieder afspreken.</p>
<p>In het zorginkoopbeleid staat dat zorgaanbieders met een rol bij de essentiële voorzieningen een extra vergoeding kunnen krijgen, bijvoorbeeld omdat ze een grotere rol pakken in de regio en vaak ook relatief</p>	<p>We bieden de zorgaanbieders een iets hoger tariefpercentage dan reguliere zorgaanbieders. Daarnaast zijn er andere mogelijkheden, zoals de regeling voor Meerzorg, voor een passende vergoeding voor klanten met relatief zwaardere</p>

<p>zwaardere klanten van zorg voorzien. Wij vragen ons af of de 0,5% tariefverhoging opweegt tegen de extra inzet en kosten. Op basis waarvan is Zilveren Kruis Zorgkantoor gekomen tot de hoogte van deze vergoeding? Welke onderbouwing kent dit?</p>	<p>zorgvraag. De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>In het zorginkoopbeleid staat dat zorgaanbieders met een rol bij de essentiële voorzieningen een extra vergoeding kunnen krijgen, bijvoorbeeld omdat ze een grotere rol pakken in de regio en vaak ook relatief zwaardere klanten van zorg voorzien. Is het criterium van "relatief zwaardere klanten" ook zonder essentiële functies een criterium voor 0,5 % tariefverhoging? Aan de hand waarvan wordt bepaald of er sprake is van relatief zwaardere klanten?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u welke elementen we meenemen bij de beoordeling. Een van de elementen is of de zorgaanbieder is gespecialiseerd in meer complexe zorg en/of zwaardere zorg voor specifieke doelgroepen. Als een zorgaanbieder op de andere elementen geen rol speelt dan selecteren we deze zorgaanbieder in beginsel niet voor het maken van afspraken over essentiële voorzieningen.</p> <p>De zorginkopers en kwaliteitsadviseurs bepalen op basis van de bij hun beschikbare informatie of er sprake is van klanten met een relatief zwaardere zorgvraag.</p>
<p>U geeft enkel een opslag voor het uitvoeren van de essentiële voorzieningen. Waarom biedt u geen opslagen voor het implementeren van ontwikkelpunten uit uw eigen inkoopbeleid? We bedoelen dan ontwikkelpunten zoals implementeren reablement, meer zorg in de thuissituatie dus VPT thuis en MPT, meer zorgtechnologie. Door toenemende vraag en capaciteitstekorten gaat het steeds harder knellen in de zorg, hierdoor is er voor medewerkers weinig tot geen tijd en ruimte(in het hoofd) om zich in te zetten voor deze ontwikkelingen en te realiseren doelstellingen, zeker niet als hun improductiviteit ook niet afgedekt wordt.</p>	<p>In ons inkoopbeleid leest u op welke manier we de inkoopdoelen willen realiseren. We kiezen bewust voor een eenvoudige tariefsystematiek. De afgelopen periode zijn we intensief in gesprek geweest met zorgaanbieders over de inzet van de beschikbare middelen voor de Wlz. Zorgaanbieders geven aan de administratieve lasten te willen beperken. Wij delen deze ambitie en kiezen er daarom voor om niet met allerlei open afslagen op basis van bijvoorbeeld plannen te werken.</p>
<p>Vraag &amp; Bezwaar: op pagina 17; 2.4.1. formuleert u: 'Daarnaast zien we dat er zorgaanbieders zijn die een grotere rol pakken in de regio ten aanzien van essentiële voorzieningen en ook vaak relatief zwaardere klanten van zorg voorzien. We willen hierover met deze zorgaanbieders afspraken maken. We vragen van deze zorgaanbieders iets extra's en willen daarom een extra vergoeding aanbieden in de vorm van een hoger tariefpercentage (0,5% boven het richttariefpercentage).' U noemt [1] een grotere rol m.b.t. essentiële voorzieningen en [2] relatief zwaardere klanten</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u welke elementen we meenemen bij de beoordeling of we afspraken maken met een zorgaanbieder over essentiële voorzieningen. Het klopt dat er sprake is van één tariefopslag van 0,5%. Dit is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren t.a.v. de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken</p>

<p>van zorg voorzien. De extra vergoeding van 0,5% is alleen gekoppeld aan de essentiële voorzieningen. Wat als je als organisatie beiden doet [1+2]? Dan maak je voor beiden meer kosten en krijg je voor slechts 1 een extra vergoeding? Klopt dat? Zo nee, wat is het dan wel? En zo ja, dan maken wij daar bezwaar tegen omdat dit naar onze mening niet rechtvaardig is voor organisaties die beiden[1+2] doen ten opzichte van organisaties die alleen essentiële voorzieningen bieden (en geen zwaardere cliënten van zorg voorzien) en beiden organisatie evenveel extra vergoeding krijgen.</p>	<p>hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Met de in gang gezette actie van bevroren aantal intramurale plaatsen en langer thuis wonen van cliënten met meestal lichtere zorgzwaarte wordt de gemiddelde zorgzwaarte in de verpleeghuizen zwaarder. De gemiddelde kosten per bewoner zullen navenant stijgen. Is het zorgkantoor bereid om bij het bepalen van het tariefpercentage hier rekening mee te houden en op zwaardere ZZP's een hoger tarief af te spreken?</p>	<p>Nee, we spreken een percentage van het max. NZa tarief af. De NZa stelt per zorgprofiel een max tarief vast, hierbij wordt rekening gehouden met de zorgzwaarte van het betreffende profiel.</p>
<p>Hoe beoordeelt het zorgkantoor welke Zorgaanbieders een rol bij essentiële voorzieningen hebben en is het zorgkantoor bereid de uitkomsten te delen en welke aanbieders hiervoor zijn geselecteerd?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u meer over hoe wij vaststellen met welke zorgaanbieders we afspraken maken over essentiële voorzieningen. Uw zorginkoper informeert de zorgaanbieders in de regio over welke zorgaanbieders geselecteerd zijn voor een rol bij het borgen van de essentiële voorzieningen.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen de tariefpercentages voor zorgprestaties. Deze staan niet in verhouding tot de financiële consequenties als gevolg van de aanpassingen van het macrokader door de overheid en de kostenstijgingen waar we als aanbieder mee te maken hebben. Wilt u de tariefpercentages verhogen, zodanig dat de effecten van voorgaande punten worden gecompenseerd?</p>	<p>Nee, we verhogen de tariefpercentages niet. Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>Zilveren Kruis beoordeelt welke zorgaanbieders hiervoor in aanmerking komen en informeert deze zorgaanbieders hierover uiterlijk 12 juni. We maken bezwaar tegen deze eenzijdige beoordeling. Het is onvoldoende duidelijk hoe deze werkwijze recht doet aan alle zorgaanbieders die bijdragen aan (een deel van de genoemde) essentiële voorzieningen. Op grond van welke objectieve criteria beoordeelt u welke zorgaanbieders in aanmerking komen? Welke mogelijkheid heeft een zorgaanbieder die</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u welke elementen we meenemen bij de beoordeling en op welke wijze we de beoordeling doen. Als u het niet eens bent met de uitkomst kunt u dit aan ons kenbaar maken, dit moet uiterlijk 20 dagen na de voorlopige terugkoppeling.</p>

<p>op grond van uw beoordeling niet in aanmerking komt, om tegen dat besluit op te komen?</p>	
<p>Erkent Zilveren Kruis dat door een stapeling van ad hoc kortingen van 0,3% op het maximum haalbare tarief, 1,2% op het macrokader, 8% op de NHC tezamen met een inflatie van boven de 10%, een loonkostenstijging van wellicht 15% (voorstel vakbonden) en gestegen bouwkosten aanbieders worden geconfronteerd met een abrupte stijging van kosten en daling van opbrengsten en daardoor in financieel zwaar weer belanden? Zo nee, hoe ziet Zilveren Kruis dit? Zo ja, waarom meent u dat dit van zorgaanbieders kan worden gevraagd?</p>	<p>We zien het als onze gezamenlijke verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen die er voor zorgen dat zowel de toegankelijkheid als de betaalbaarheid van Wlz zorg geborgd blijven. Het aantal klanten in de V&amp;V en hiermee de kosten voor de langdurige zorg stijgen de komende jaren. De verwachting is dat de beschikbare middelen de komende jaren niet evenredig meegroeien met de groei van het aantal klanten.</p> <p>We zien op dit moment dat er sprake is van kostenstijging bij de zorgaanbieders en dat de inkomsten niet in dezelfde lijn mee ontwikkelen. We realiseren dat dit impact voor u heeft. We verwachten dat zorgaanbieders op een doelmatige manier de zorg organiseren. Het is mogelijk dat zorgaanbieders in de knel komen. Voor zorgaanbieders is er de mogelijkheid om een beroep te doen op de hardheidsclausule, u leest hier meer over in paragraaf 2.8.</p>
<p>Is Zilveren Kruis bereid om de maximaal haalbare tarieven te herzien en naar boven bij te stellen, om zo mede te compenseren voor de abrupte inkomsterugval door het nieuwe beleid? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>We spreken een percentage van het max. NZa tarief af. Het gemiddelde tariefpercentage is vergelijkbaar met afgelopen jaren. Voor reguliere zorgaanbieders betekent dit inderdaad een beperkte verlaging (0,3%) van het tariefpercentage ten opzichte van 2022. We passen de tariefpercentages niet aan.</p> <p>De inkomsten zijn mede afhankelijk van de NZa tarieven. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. We corrigeren niet voor gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p> <p>Zorgkantoren hanteren de volgende tariefsystematiek. 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. 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 paragraaf 2.8 van het inkoopbeleid V&amp;V. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p>



<p>1. Hoe beoordeelt Zilveren Kruis de tegenstrijdigheid tussen het duurzamer, toegankelijker, passend, doch kwalitatief, maken/houden van de ouderenzorg met toenemend werkplezier en de kortingen op de budgetten voor zowel zorg als vastgoed en de bekende kloof tussen de salarissen in de zorg en in de markt (6%)? 2. Hoe denkt Zilveren Kruis de doelstellingen van het zorginkoopbeleid te kunnen behalen als het tegelijkertijd generieke kortingen doorvoert op tarieven? 3. Denkt Zilveren Kruis daadwerkelijk met het doorvoeren van generieke kortingen op tarieven de transformatie te versnellen en o ja, hoe onderbouwt Zilveren Kruis dat? 4. Ziet Zilveren Kruis ook het risico dat het opleggen van een generieke korting op tarieven de sector zal verlammen? 5. Hoe waarborgt Menzis dat met de generieke kortingen op de tarieven de sector zijn werk goed kan blijven doen? Of meent Menzis dat de verantwoordelijkheid daarvoor volledig bij de zorgaanbieders ligt? Welke bijdrage zal Menzis zelf leveren om de risico's te mitigeren?</p>	<p>We zien het als onze gezamenlijke verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen die er voor zorgen dat zowel de toegankelijkheid als de betaalbaarheid van Wlz zorg geborgd blijven. Het aantal klanten in de V&amp;V en hiermee de kosten voor de langdurige zorg stijgen de komende jaren. De verwachting is dat de beschikbare middelen de komende jaren niet evenredig meegroeien met de groei van het aantal klanten. We realiseren dat dit impact voor u heeft. Een efficiënte inzet van zorgpersoneel en beschikbare financiële middelen is van groot belang. Daarom moeten we hier nu op in spelen en ons hierop voorbereiden. Daarmee dragen wij bij aan een toekomstbestendig Wlz zorglandschap.</p> <p>De NZa bepaalt max. tarieven voor de Wlz. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de richttariefpercentages.</p> <p>We zien en horen dat de stijgende kosten bij zorgaanbieders impact heeft. Het gemiddelde tariefpercentage dat Zilveren Kruis afspreekt is vergelijkbaar met afgelopen jaren.</p> <p>Tot slot stelt u een aantal vragen over het beleid van Menzis. Deze beantwoorden we niet. Wij adviseren u deze vragen te stellen aan Menzis.</p>
<p>Kan de inzet van een Verpleegkundig Specialist binnen VPT (geclusterd en in de wijk) en MPT ook worden opgenomen als prestatie? Zij kan namelijk veel taken van de huisarts/ SO overnemen. Als de financiering van de VS goed geregeld is, bespaard dit tijd en kosten voor de inzet van de huisarts en SO.</p>	<p>Wij volgen de ontwikkelingen/wijzigingen in de NZa-beleidsregels rondom de inzet- en declaratiemogelijkheden van de VS (of PA (physician assistant)).</p> <p>In de toelichting op beleidsregel BR/REG-23121 prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2023 schrijft de NZa:  “Per 2020 zijn de prestaties H335 en H336 verruimd waardoor de verpleegkundig specialist (VS), in lijn met de Wet BIG, deze prestaties kan uitvoeren voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. Met de wijziging wordt de mogelijkheid geboden voor verpleegkundig specialisten (VS) om zelfstandig te declareren”.</p>
<p>Wij vinden het heel prettig dat wij als essentiële zorgaanbieder aanspraak maken op het hogere tariefpercentage. Bij deze willen wij daar graag gebruik van maken. Vraag is waar dit</p>	<p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten</p>

<p>percentage op gebaseerd is en wat hier voor verwacht wordt.</p>	<p>aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Op basis van het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) en de daarin aangehaalde beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, moet u zowel voor het richttariefpercentage als voor de opslagen aan kunnen geven wat de samenhang is. Kunt u aangeven hoe het tarief en de opslag voor organisaties met essentiële taken is opgebouwd?</p>	<p>In bijlage 7 vindt u de onderbouwing van het richttariefpercentage.</p> <p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Bij het vaststellen van de tarieven 2024 is rekening gehouden met een indexering nemen wij aan. Welk percentage is dit? Op basis van de huidige tarieven komen we hoogstwaarschijnlijk niet met een sluitende exploitatie voor 2024. Bij een langjarige afspraak zal dit naar vermoeden leiden tot een negatieve exploitatie. In hoeverre stelt u het macro economisch budget bij? Hoe kunnen zorgaanbieders zich beraden wanneer ze pas uiterlijk 12 juni informatie ontvangen of ze voor de 0,5% boven het richttarief in aanmerking kunnen komen?</p>	<p>We spreken met zorgaanbieders een percentage van het max NZa tarief af. Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het budgettair kader voor de Wlz wordt door VWS ook in lijn met deze ontwikkelingen aangepast.</p> <p>De zorgaanbieders zijn kort na publicatie van het beleid (12 juni 2023) geïnformeerd of we ze aanmerken als een zorgaanbieder met een rol bij essentiële voorzieningen. We begrijpen uw vraag niet waarin u zich af vraagt hoe zorgaanbieders zich kunnen beraden wanneer ze pas uiterlijk 12 juni informatie ontvangen. Wij adviseren u hierover contact op te nemen met uw inkoper.</p>
<p>Gezien de regionale verschillen en het feit dat zorgaanbieders in meer regio's van Zilveren Kruis werkzaam zijn; Geldt hierbij het hoogste tariefpercentage voor de gehele instelling bij het hebben van meerdere regio's?</p>	<p>We spreken met zorgaanbieders één tariefpercentage af. Dit tariefpercentage geldt voor alle regio's van Zilveren Kruis zorgkantoor. Een uitzondering hierop is de financiering van sectorvreemde zorg. U leest hierover meer in paragraaf 2.6 van het inkoopbeleid V&amp;V.</p>
<p>Wanneer zorgaanbieders voor 2024- 2026 in aanmerking komen voor het tariefpercentage plus 0,5% dan wil dat zeggen dat deze aanbieders in 2023 0,2% te kort gecontracteerd hebben. Wordt de 0,2% alsnog uitbetaald in de</p>	<p>Nee, voor 2023 geldt het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p>

<p>nacalculatie indien er geen sprake is geweest van uitnutting van deze gelden?</p>	
<p>Wordt er bij uw weten op voorhand rekening gehouden met de te verwachten CAO stijging en de huidige gestegen energie- en overige materiële kosten in het macro economisch budget? Is de huidige korting van 0,2% een reservering voor deze zaken?</p>	<p>Doordat het tariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het tarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p> <p>Het macrokader wordt aangepast in lijn met de aanpassingen de max tarieven.</p> <p>We reserveren 0,2% voor onvoorziene omstandigheden. Deze reservering is niet voor een compensatie zoals u benoemt in uw vraag.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen het tariefpercentage van 95,5%. Dit is een verlaging van het huidige tariefpercentage, die niet samengaat met de financiële consequenties als gevolg van de aanpassingen van het macro-kader door de overheid en de kostenstijgingen waar we als aanbieder mee te maken hebben</p>	<p>In bijlage 7 vindt u een onderbouwing van het richttariefpercentage.</p> <p>We spreken een percentage van het max. NZa tarief af. Het gemiddelde tariefpercentage is vergelijkbaar met afgelopen jaren. Voor reguliere zorgaanbieders betekent dit een beperkte verlaging (0,3%) van het tariefpercentage ten opzichte van 2022. We passen de tariefpercentages niet aan.</p> <p>De inkomsten zijn mede afhankelijk van de NZa tarieven. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. We corrigeren niet voor gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p>
<p>Wat zijn de selectiecriteria die u toepast om te bepalen welke zorgaanbieders essentiële voorzieningen zijn? Kan je gedurende het contract nog in aanmerking komen om aangemerkt te worden als essentiële voorziening en zo de opslag van 0,5% nog te verkrijgen ?</p>	<p>In paragraaf 4.2 leest u meer over de wijze waarop we vaststellen met welke zorgaanbieders we afspraken maken over essentiële voorzieningen. U leest hier ook welke elementen we bij de beoordeling meenemen. Zilveren Kruis heeft de geselecteerde zorgaanbieders 12 juni 2023 hier over geïnformeerd. Het is niet mogelijk om tussentijds alsnog aangemerkt te worden als zorgaanbieder met rol essentiële voorzieningen.</p>
<p>0,5% opslag voor zorgaanbieders die in de regio essentieel voorzieningen leveren. Juist voor de sectorvreemde doelgroepen zijn deze essentiële voorzieningen van belang. Geldt deze opslag ook voor de sectorvreemde</p>	<p>In paragraaf 2.6 leest u meer over de vergoeding voor sectorvreemde zorg. De opslag geldt alleen voor V&amp;V prestaties en niet voor sectorvreemde zorg. We passen ons inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p>

doelgroepen die wij bedienen (LG, GGZ, VG)? Als deze opslag niet geldt voor de sectorvreemde doelgroepen maken wij bezwaar.	
Zorgaanbieders met een rol in essentiële voorzieningen kan het richttariefpercentage met 0,5% verhoogd worden, wat zijn de beoordelingscriteria hiervan.	In paragraaf 4.2 leest u meer over de wijze waarop we vaststellen met welke zorgaanbieders we afspraken maken over essentiële voorzieningen. U leest hier ook welke elementen we bij de beoordeling meenemen.
Bij essentiële voorzieningen wordt het tarief met 0,5% verhoogd, mogen de prestaties die niet onder de essentiële voorzieningen vallen ook tegen 96% gedeclareerd worden?	Het tariefpercentage geldt voor alle prestaties voor zorg bij de betreffende zorgaanbieder. Dus ook voor de zorg die niet onder de essentiële voorzieningen vallen. Een uitzondering hierop is de financiering van sectorvreemde zorg. U leest hierover meer in paragraaf 2.6 van het inkoopbeleid V&V.
In het zorginkoopbeleid staat dat zorgaanbieders met een rol bij de essentiële voorzieningen een extra vergoeding kunnen krijgen. U noemt op wat volgens u valt onder het begrip "essentiële voorzieningen". Kunt u verduidelijken wat u precies bedoelt met het aanbieden van essentiële voorzieningen? Moeten deze allemaal geboden worden door de aanbieder met essentiële voorzieningen, of is het voldoende wanneer de aanbieder daarin een coördinerende rol in de regio op zich neemt?	In paragraaf 2.4.1 is toegelicht wat wij onder de essentiële voorzieningen verstaan, hoe we afspraken maken met zorgaanbieders en wat we verwachten van zorgaanbieders.  We verwachten van zorgaanbieders een trekkende en/of coördinerende rol. De zorgaanbieders maken gezamenlijk afspraken over wie welke rol vervult.  De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.
Geldt het richttariefpercentage ook voor de te declareren prestaties DEC Korsakov en DEC Huntington?	We passen voor de inkoop van de LVHC doelgroepen de reguliere tarief systematiek toe en daarmee geldt het tariefpercentage dat we met de betreffende zorgaanbieder afspreken.
Wat verwacht u van aanbieders die wel essentiële voorzieningen bieden maar niet door u als zodanig worden erkend. Hoe gaat u hier mee om?	Uitgangspunt voor ons is dat deze zorgaanbieders invulling blijven geven aan deze essentiële voorzieningen. Als u hier iets in wil wijzigen dan vragen u wij contact op te nemen met uw inkoper om de mogelijkheden te bespreken.
Dit lijkt eenrichtingsverkeer? Kun je als zorgaanbieder zelf ook aangeven dat je vindt dat je een grote rol hebt in essentiële voorzieningen?	Het klopt dat Zilveren Kruis beoordeelt met welke zorgaanbieders we afspraken maken over de rol essentiële voorzieningen. Zorgaanbieders zijn inmiddels geïnformeerd. Als u vindt dat u een grote rol heeft in de essentiële voorzieningen en geen bericht hebt ontvangen kunt u contact opnemen met uw zorginkoper. Uw zorginkoper kan een toelichting geven op de uitkomst van de beoordeling.
U kent tariefpercentage van 95,5% toe aan reguliere zorgaanbieders. Dat is 0,3% lager dan in 2023. Wij vinden deze korting op ons Wlz budget onverantwoord, naast de door VWS aangekondigde generale kortingen van 1,2% op de Nza tarieven in 2024, oplopend tot 3,0% in	We spreken voor reguliere zorgaanbieders een tariefpercentage af van 95,5%. Voor reguliere zorgaanbieders betekent dit een beperkte verlaging (0,3%) van het tariefpercentage ten opzichte van 2023. Het tariefpercentage is gelijk

<p>2026. Minder budget betekent zeker minder inzet van formele zorg. In welke mate wordt hiervoor de actuele wet- en regelgeving aangepast?</p>	<p>aan het richttariefpercentage. U vindt een onderbouwing van het richttariefpercentage in bijlage 7 van het inkoopbeleid.</p> <p>De inkomsten zijn mede afhankelijk van de NZa tarieven. Het is een verantwoordelijkheid van de NZa om kostenontwikkeling en eventueel andere zaken te verwerken in de tarieven. Als u van mening bent dat er onvoldoende gecorrigeerd wordt voor de kostenontwikkeling adviseren wij u dit bij de NZa aan te kaarten.</p> <p>Vragen over de actuele wet- en regelgeving kunt u stellen aan VWS en/of de NZa.</p>
<p>Zorgaanbieders met een rol in essentiële voorzieningen krijgen een opslag van 0,5%. Waarop is dit percentage gebaseerd? Hoeveel budget wordt er per regio totaal aan toeslag toegekend aan de organisaties met een rol bij essentiële voorzieningen? Heeft u een betrouwbaar beeld wat de werkelijke kosten zijn voor het organiseren van deze voorzieningen in iedere regio per jaar?</p>	<p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. We kennen geen budget toe per regio, de vergoeding verloopt via een opslag op het tariefpercentage. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Wij zijn geen essentiële aanbieder volgens u, maar maken dezelfde zo niet meer kosten dan essentiële aanbieders. Als voorbeeld, wij moeten de behandeling inkopen tegen een commercieel tarief. Het voelt onrechtvaardig dat essentiële aanbieders meer gecompenseerd worden de zogenaamde niet essentieel dezelfde kosten zo niet meer maken. Wat is de reden?</p>	<p>De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen.</p>
<p>Worden onder zorgaanbieders die een grotere rol in de regio pakken ten aanzien van essentiële voorzieningen ook de aanbieders verstaan die aantoonbaar zorgdragen voor goede lokale samenwerking met de gemeente (Wmo), aanbieders van welzijn, eerstelijnszorg, et cetera? Domein overschrijdend werkend is voor alle aanbieders een enorme inspanning. Schaal doet daarbij niets af aan de kosten van deze inspanning.</p>	<p>U leest in paragraaf 4.2 van het inkoopbeleid V&amp;V welke elementen we meenemen in de beoordeling om te bepalen met welke zorgaanbieders we afspraken over essentiële voorzieningen maken. Eén van de elementen is die we meenemen in de beoordeling is:</p> <p>De zorgaanbieder is proactief en neemt verantwoordelijkheid ten aanzien van het realiseren van de beweging gericht op het toekomstbestendig zorglandschap in de regio en over de verschillende domeinen heen.</p>
<p>Wanneer ontvangen zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor essentiële voorzieningen bericht?</p>	<p>Uiterlijk 12 juni 2023 zijn zorgaanbieders hierover geïnformeerd.</p>

<i>Paragraaf 2.4.2</i>	
We maken bezwaar tegen een lager tariefpercentage dan het richttariefpercentage en we verzoeken om minimaal het richttariefpercentage te hanteren.	Voor zorgaanbieders waarmee we voor 2023 een lager tariefpercentage hebben afgesproken dan het richttariefpercentage continueren we deze lijn. Voor deze zorgaanbieders spreken we het tariefpercentage dat geldt voor 2023 in beginsel ook af voor 2024 – 2026. We passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. Als u van mening bent dat dit tariefpercentage voor u niet passend is verzoeken we u contact op te nemen met uw zorginkoper.
Geldt dit ook voor aanbieders die in de periode 2020-2023 als nieuwe aanbieder (tegen lager tariefpercentage) zijn gecontracteerd en derhalve na afloop van deze periode geen nieuwe aanbieder meer zijn?	Ja, deze lijn geldt ook voor de door u genoemde groep zorgaanbieders.
U geeft aan dat voor zorgaanbieders waarmee in 2023 een lager tariefpercentage is afgesproken dit wordt gecontinueerd voor 2024-2026. Wat betekent dit voor zorgaanbieders die in 2023 een lager tariefpercentage hebben ontvangen omdat zij als nieuwe zorgaanbieder gecontracteerd zijn? U geeft in paragraaf 2.5 een aantal redenen om nieuwe aanbieders een lager tariefpercentage te geven. Op een gegeven moment is een nieuwe zorgaanbieder niet meer 'nieuw' en is er, anders dan een hoog positief resultaat, toch geen reden om voor deze aanbieders het lage tariefpercentage te continueren?	<p>Voor zorgaanbieders die in 2023 een lager tariefpercentage hebben ontvangen omdat ze als nieuwe zorgaanbieder gecontracteerd zijn betekent dit we het lagere tarief in beginsel ook afspreken voor 2024 – 2026.</p> <p>We zien dat (relatief) nieuwe zorgaanbieders vaak een minder actieve bijdrage leveren aan de regionale ontwikkeling. Ook leveren (relatief) nieuwe zorgaanbieders vaak niet de volledige breedte van zorg binnen een afgesproken prestatie en/of is de zorgzwaartemix binnen het ZZP lager dan gemiddeld.</p> <p>Een doelmatige inzet van de beschikbare middelen vinden we belangrijk. We zien dat aanbieders vaak de zorg kunnen leveren voor deze tariefpercentages.</p>
<i>Paragraaf 2.4.3</i>	
Er wordt verwezen naar het voorschrift zorgtoewijzing. Daaruit komt niet helder naar voren wat bedoeld wordt in deze paragraaf? Het is logisch dat met een lager tariefpercentage er relatief gezien meer uren ingezet kunnen worden. Kan met een praktijkvoorbeeld worden aangetoond hoe dit in het voordeel van de zorgaanbieder zou zijn?	U geeft in uw vraag inderdaad al aan wat de mogelijkheden zijn bij een lager tariefpercentage. Er kunnen relatief meer uren ingezet worden. Dit geeft wellicht mogelijkheden voor meer klanten om langer thuis te wonen. De zorgaanbieder kan hiermee een aantrekkelijk alternatief zijn voor bijvoorbeeld klant die nu zorg krijgen vanuit een PGB.
<i>Paragraaf 2.4.4</i>	
In het inkoopbeleid staat: “We vinden het belangrijk dat de schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden, zodat alle klanten kunnen rekenen op passende zorg. Daarom kunnen we ook op ons initiatief in gesprek gaan met zorgaanbieders die in	We verwachten van zorgaanbieders dat ze passende zorg bieden. Als u in niet in staat bent om passende zorg te bieden aan uw klanten moet u zeker contact opnemen met uw zorginkoper en maken wij afspraken hiervoor. Wij gaan niet met zorgaanbieders in gesprek over een hoger

<p>vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen. Daarbij zijn wij benieuwd naar een toelichting op het resultaat en kijken wij graag met de zorgaanbieder naar bestemmingen voor het resultaat en mogelijkheden om over te gaan tot lagere tariefpercentages.” Bent u ook benieuwd naar doelmatige zorgaanbieders die een neutraal resultaat hebben en er niet in slagen alle klanten passende zorg te bieden, zodat u met hen op basis van een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen kunt overgaan tot hogere tariefpercentages?</p>	<p>tariefpercentage die een neutraal en/of negatief resultaat hebben. We voorzien wel in een hardheidsclausule, meer informatie hierover leest u in paragraaf 2.8 van het inkoopbeleid V&amp;V.</p>
<p>Organisaties bouwen vermogen op om financiële tegenslagen te kunnen opvangen, financieringen aan te gaan, etc. Een zorgorganisatie streeft altijd naar een positief rendement? Wat is in uw ogen een hoog resultaat? Wordt daarbij ook gekeken naar resultaten van afgelopen jaren, totale weerstandsvermogen, etc.?</p>	<p>Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven kunnen we in gesprek gaan met zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen. We kunnen dus op voorhand niet exact aangeven wat een hoog resultaat is. Als we met u in gesprek gaan kunt u zelf ook een toelichting geven op het resultaat, dit in perspectief zetten t.o.v. van andere jaren en een toelichting geven op het weerstandsvermogen.</p>
<p>U geeft aan dat u in gesprek gaat met zorgaanbieders die een hoog positief resultaat hebben. Wat is volgens u de definitie van een hoog positief resultaat? En wordt er gekeken naar het concernresultaat of het Wlz-resultaat?</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.</p>
<p>Kunt u toelichten wat verstaat Zilveren Kruis onder een hoog positief resultaat en wanneer (in welk boekjaar dan wel over welke periode van boekjaren) dient dat hogere positieve resultaat te zijn behaald?</p>	<p>Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven kunnen we in gesprek gaan met zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen. We kunnen dus op voorhand niet exact aangeven wat een hoog resultaat is. We bekijken naar het resultaat op basis van de meest actuele jaarrekening en focussen daarbij in beginsel op de Wlz.</p>
<p>Welke norm hanteert het zorgkantoor voor een hoog positief resultaat en kunt u deze norm onderbouwen? In hoeverre worden efficiënt ingericht en bedrijfsmatig goed presterende organisaties benadeeld door deze norm?</p>	<p>Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven kunnen we in gesprek gaan met zorgaanbieders die in vergelijking met andere zorgaanbieders een hoog positief resultaat behalen. We kunnen dus op voorhand niet exact aangeven wat een hoog resultaat is.</p> <p>U blijft als zorgaanbieder profijt hebben van een efficiënt ingericht en bedrijfsmatig goed presterende organisatie. We vinden het belangrijk dat de schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden, zodat alle klanten kunnen rekenen op passende zorg. Zorggelden zijn maatschappelijk middelen. We hebben als zorgkantoor ook de taak om deze middelen doelmatig in te zetten. Daarom gaan we met zorgaanbieders in gesprek over het</p>

	<p>positieve resultaat en kijken wij graag met de zorgaanbieder naar bestemmingen voor het resultaat en mogelijkheden om over te gaan tot lagere tariefpercentages.</p>
<p>Waar is er op gebaseerd dat een zorgaanbieder de plicht heeft om bij een positief resultaat een toelichting hierop te geven. En op welk boekjaar heeft dit betrekking?</p>	<p>We vinden het belangrijk dat de schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden, zodat alle klanten kunnen rekenen op passende zorg. We bekijken het resultaat op basis van de meest actuele jaarrekening. Wij willen graag meer zicht op de reden van het positief resultaat en welke ideeën de betreffende zorgaanbieder heeft over de aanwending van de beschikbare middelen.</p>
<p>Klopt het dat aanbieders met een hoog positief resultaat een lager tariefpercentage krijgen? Vindt u dit geen perverse prikkel, waardoor de zorg minder doelmatig zal worden verleend? Wat definieert u als een hoog positief resultaat en een lager tariefpercentage?</p>	<p>In het inkoopbeleid is aangegeven dat wij benieuwd zijn naar een toelichting op het resultaat en kijken graag met de zorgaanbieder naar bestemmingen voor het resultaat en mogelijkheden om over te gaan tot lagere tariefpercentages. Afhankelijk van de situatie en toelichting wordt naar bevind van zaken gehandeld.</p> <p>We zien dit niet als een perverse prikkel. U blijft als zorgaanbieder profijt hebben van een efficiënt ingericht en bedrijfsmatig goed presterende organisatie.</p> <p>We gaan in gesprek 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.</p>
<p>In de situatie waarbij we vol inzetten op het volumevrije extramurale deel, zou dit kunnen leiden tot een hoog positief resultaat. Hoe verhoudt het volumevrije plafond zich tot een 'bestrafing' op een te hoog positief resultaat?</p>	<p>Dit verhoudt zich goed tot elkaar. We stimuleren Wlz zorg thuis. We vinden het ook belangrijk dat de schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden, zodat alle klanten kunnen rekenen op passende zorg. Zorggelden zijn maatschappelijk middelen. We hebben als zorgkantoor ook de taak om deze middelen doelmatig in te zetten. Als blijkt dat de opbrengsten veel hoger zijn dan uw kosten gaan we graag met u in gesprek of een lager tariefpercentage mogelijk is. Of wat een maatschappelijk verantwoorde bestemming is voor het positieve resultaat.</p>
<p>Waar is er op gebaseerd dat een zorgaanbieder de plicht heeft om bij een positief resultaat een toelichting hierop te geven.</p>	<p>Dit is onderdeel van het inkoopbeleid. Door in te schrijven stemt u in met het inkoopbeleid. Zorgkantoren worden geacht een rol te vervullen bij het thema doelmatige inzet van Wlz middelen. Dat is reden om onder meer het gesprek aan te gaan met zorgaanbieders met een hoog positief resultaat.</p>



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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Nu geldt nog dat een ZZP administratief kan worden omgezet naar een sector-eigen ZZP en dit met cliënt af te stemmen dat het aanbod kan afwijken van de ZZP. Het lijkt aantrekkelijk om te kiezen dit niet om te zetten. Stelt u daarbij extra eisen aan het declareren van sectorvreemde ZZP's?	Het is nog steeds mogelijk om in overleg met de klant de ZZP om te zetten naar een sector eigen ZZP. Uitgangspunt daarbij is dat dit ook past bij de zorgvraag van de klant. Bij een sectorvreemde ZZP garandeert de zorgaanbieder het volledige zorgaanbod, horend bij die ZZP te (kunnen) leveren. De zorginkoper beoordeelt dit aan de hand van een gesprek met de zorgaanbieder.
Wat betekent dit voor de huidige WLZ-cliënten in een psychisch/ggz profiel die nu bediend worden?	Indien uw organisatie is overeengekomen met de zorginkoper dat uw organisatie de sectorvreemde ZZP ook declareert, dan hanteert u voor de betreffende prestatie het tariefpercentage zoals omschreven in bijlage 8 van het inkoopbeleid. In uw voorbeeld is dit het tariefpercentage uit de sector GGZ.
Zorgaanbieders willen graag de verhuiscens van klanten met sectorvreemde ZZP honoreren maar merken weerstand bij openstellen van sectorvreemde profielen vooral wanneer de ervaring is dat deze omgekat worden naar VV4. Met de kennis van nu dat u deze profielen gaat korten willen wij u dringend verzoeken om sectorvreemde profielen open te stellen wanneer zorgaanbieder en juiste benadering/ behandeling en begeleiding kunnen garanderen.	In overleg met de zorginkoper wordt bepaald of de zorgaanbieder de sectorvreemde prestatie ook kan declareren. U kunt hierover dus het gesprek voeren met uw zorginkoper.
Waarom kiest het zorgkantoor voor het tariefpercentage van sectorvreemde ZZP's als wij als zorgaanbieder dezelfde voorwaarden om de zorg te kunnen leveren moeten hanteren? Ofwel, of wij nu zorg leveren aan een ZZP V&V of een ZZP LG, de zorg- en behandelvoorzieningen zijn hiervoor gelijk. Waarom dan een tariefpercentage hanteren van de sector GH voor de ZZP's LG die lager is dan de V&V sector?	Door deze werkwijze worden gelijke prestaties bij alle zorgaanbieders op dezelfde wijze vergoed. Voor sommige prestaties zal dit betekenen dat het te hanteren tariefpercentage lager is dan in de hoofdsector van de zorgaanbieder, voor andere prestaties zal dit juist hoger zijn.
Betekent dit dat wanneer wij een LG 6 opnemen we deze ook als LG6 kunnen factureren en de vertalingstabel verleden tijd is?	Nee. 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.
U geeft het volgende aan; 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. Wat betekent dit voor onze huidige cliënten met een sector vreemde indicatie, die via de landelijke vertaaltabel zijn omgezet? Wanneer wij een toewijzing ontvangen met een sector vreemde indicatie in 2024 en verder is dan de vertaaltabel dan nog steeds van toepassing? Komt in onze afspraken als VV aanbieder dan alle prestatiecodes van de WLZ te staan?	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. De vertaaltabel blijft dus van toepassing. Wanneer de zorgaanbieder en zorginkoper wel overeen komen dat de sectorvreemde prestatie kan worden gedeclareerd, zal de betreffende prestatie aan de zorgaanbieder worden toegekend. Dit geldt niet automatisch voor alle prestatiecodes.
Er zijn ook zorgaanbieders met een lager tarief. Welke vergoeding ontvangen zij voor sectorvreemde zorg?	Zorgaanbieders met een lager tariefpercentage (bijvoorbeeld een historisch lager tarief of nieuwe zorgaanbieders) kunnen voor sectorvreemde prestaties het eigen (lagere) tariefpercentage hanteren. Dit tariefpercentage is leidend voor alle zorg die zij leveren.

## 2.7 De vergoeding voor NHC/NIC bedraagt 100%

Vraag	Antwoord
In hoeverre zal er een herijking worden gedaan op de NHC en NIC?	De bekostigingssystematiek inclusief de tariefpercentages gelden voor de looptijd van ons inkoopbeleid (2024-2026). Dit geldt ook voor de vergoeding van de NHC / NIC.
U geeft aan dat de NHC/NIC 100% wordt vergoed. Geldt dit percentage gedurende de gehele looptijd inclusief eventuele verleningen?	Het percentage van 100% voor de NHC/NIC geldt voor de looptijd van het inkoopbeleid. Wanneer er sprake is van een verlenging, zal duidelijk worden aangegeven of dit ook dit percentage betreft.
Is Zilveren Kruis op de hoogte van het feit dat de NHC met 8% gekort wordt en dat 4% duurzaamheids'opslag' wordt toegekend? Zo ja, kan Zilveren Kruis uitleggen waarom volgens haar toch sprake is van een 'opslag'?	Het betreft hier specifiek de component binnen het NHC tarief, die is gereserveerd voor investeringen in duurzaam vastgoed. Deze component staat los van de andere componenten van het NHC tarief.
De vergoeding NHC bedraagt 100% maar er is ook sprake van een afslag van 8%. Hoe verhoudt dit zich tot elkaar? Gaat er van het huidige tarief 8% vanaf en is dat vervolgens het nieuwe 100% tarief geworden?	De 100% is een percentage van de NHC component in de tarieven, zoals door de NZa is bepaald. De NZa heeft de genoemde afslag verwerkt in de tarieven.
Uitgaande dat er sprake is van een daling van 8%: dit is niet voldoende voor zorgaanbieders op de langere termijn. Hoe gaat het zorgkantoor dit compenseren?	De NZa bepaalt de vergoeding voor de NHC component binnen het ZZP-tarief. Het zorgkantoor kan tot maximaal 100% vergoeden van dit tarief. Binnen dit inkoopbeleid is dat ook het uitgangspunt.
Kunt u nader aangeven hoe de NHC/NIC worden geïndexeerd? Dat u in uw inkoopbeleid aangeeft dat deze vergoeding 100% bedraagt	De NZa bepaalt de vergoeding voor de NHC component binnen het ZZP-tarief. Het zorgkantoor kan tot maximaal 100% vergoeden van dit tarief.

wil niet zeggen dat zorgaanbieders via de tarieven alsnog worden gekort. Besparingen op Wlz-kader (daling tarieven 1,2% in 2024 tot 3% in 2026) én de herijking NHC (daling tarieven ongeveer 1% vanaf 2024) plus de 0,2% van de contractruimte voor onvoorziene omstandigheden. De energiecrisis en CAO wijzingen die wellicht boven de OVA uitkomen daargelaten.	Binnen dit inkoopbeleid is dat ook het uitgangspunt.
Is de verduurzamingsopgave meegenomen in de NHC of dienen we de kosten voor verduurzaming zelf te betalen?	Binnen de NHC zijn middelen bestemd voor investeringen in duurzaam vastgoed.
De 100% vergoeding is dat voor de volledige looptijd van het inkoopbeleid?	De vergoeding voor NHC/NIC bedraagt 100% voor de gehele looptijd van het inkoopbeleid (2024 - 2026).
U Schrijft: Wij verwachten dat u de NHC inkomsten daadwerkelijk inzet voor de exploitatie, het onderhoud en de verduurzaming van het vastgoed. Bent u het eens dat er afgelopen jaren een integraal tarief was waarbij substitutie naar zorg was toegestaan? Verduurzaming is belangrijk , maar het kost tijd om de overgang te maken.	Ook in het inkoopbeleid 2021-2023 vond Zilveren Kruis het van belang dat organisaties NHC inkomsten inzetten voor de exploitatie, het onderhoud en de verduurzaming van het vastgoed. Daar waar er sprake is van substitutie is het van belang dat dit géén negatieve gevolgen heeft voor de staat van de vastgoedportefeuille.
Welke extra middelen heeft u boven op de NHC beschikbaar? En hoe kunnen we daar aanspraak op maken.	Er zijn géén extra middelen beschikbaar.
Zijn er vaste vereisten waaraan deze verantwoording in het jaarverslag moet voldoen?	Er zijn géén vaste vereisten van toepassing.
Als er voor (huur)panden de volledige 100% of meer van de NHC wordt ingezet op dit moment, draagt het Zorgkantoor dan extra bij aan deze kosten of moeten we daar zorggelden voor inzetten? Zeker met de korting op de NHC component gaat dit vaker gebeuren.	Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk meer dan 100% van het NHC tarief te vergoeden. Wij adviseren u om hierover het gesprek aan te gaan met de verhurende partij. Ook nodigen wij u uit om specifieke knelpunten te delen met het zorgkantoor.
"Binnen de NHC zijn middelen bestemd voor investeringen in duurzaam vastgoed. Wij verwachten dat u in het jaarverslag expliciet inzicht geeft in de inzet van deze middelen". Welk inzicht verwacht u precies in het jaarverslag?	Wij verwachten dat u in de toelichting in de jaarrekening bij de investeringen inzicht geeft in de investeringen in verduurzaming van het vastgoed. Dit is onderdeel van de reguliere toelichting op de balans en/of resultatenrekening. Indien u heeft besloten de betreffende middelen te reserveren, benoemt u dit ook in de jaarrekening.
U schrijft: "Binnen de NHC zijn middelen bestemd voor investeringen in duurzaam vastgoed. Wij verwachten dat u in het jaarverslag expliciet inzicht geeft in de inzet van deze middelen. Op deze manier kunnen we in beeld brengen of en op welke wijze deze extra middelen ingezet zijn." Het jaarverslag en de jaarrekening dienen te voldoen aan de wettelijke eisen (Regeling verslaggeving WTZi), niet meer en niet minder. Daarnaast leidt uw eis tot extra administratieve lasten, waarvoor juist het beleid	Het betreft hier ongewijzigd beleid ten opzichte van het Zorginkoopbeleid 2022-2023. Door aan te sluiten bij het jaarverslag, een bestaande verantwoordingscyclus, houden we de administratieve lasten beperkt.

geldt om deze te verminderen. Wij maken dan ook bezwaar tegen deze bepaling.

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

Vraag	Antwoord
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 2022 en 2023?	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.
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?	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.
In het inkoopbeleid staat dat bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen ook de zorgplicht wordt meegenomen. Hoe moeten wij dit interpreteren? Het zorgkantoor heeft vanuit zijn zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende en passend zorgaanbod voor zijn klanten te borgen (zo staat ook in paragraaf 5.2). Als de zorgplicht in het geding is, leidt dat dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt dat?	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

	<p>vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.</p>
<p>In de toelichting omtrent de hardheidsclausule wordt aangegeven dat " wij nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn". Kunt u meer uitleg geven over de term "organisatiestructuur"? Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol? Wanneer wordt op basis van de organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?</p>	<p>Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouwen genomen.</p>
<p>In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat "de afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Kunt u aangeven of dat de gehele duur is van het inkoopbeleid 2024-2026 of alleen voor het jaar 2024?</p>	<p>Alleen voor het betreffende inkoopjaar, in eerste instantie voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.</p>
<p>Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de 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?</p>	<p>De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over het beleid, niet om u te informeren over gemaakte afspraken voor de hardheidsclausule. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>Kunt u bevestigen dat onder meer zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties onvoorziene en onredelijk benadeelde gevolgen zijn die kunnen leiden tot een verhoging van het tarief op grond van de hardheidsclausule?</p>	<p>Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde</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>(doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	
<p>Kunt u de parameters die u hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin toelichten?</p>	<p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
<p>Klopt het dat - gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen - zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimum 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 deze zin alleen kan worden geduid als een invulling van de op de zorgkantoren rustende verplichting om in het kader van het vaststellen van een reëel tarief acht te slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Voorbeelden hiervan zijn zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties. Kunt u bevestigen dat er sprake is van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek als een zorgaanbieder geconfronteerd wordt met kostenverhogingen die niet verdisconteerd zijn in de geïndexeerde NZa-tarieven? Zo nee, waarom niet? En hoe moet deze voorwaarde dan gelezen worden? Kunt u concrete voorbeelden noemen van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek.</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.</p> <p>Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.</p> <p>Wij lezen r.o. 4.25 van de kort geding uitspraak zo dat de voorzieningenrechter heeft geoordeeld dat de hardheidsclausule in de gekozen tariefsystematiek van relevante betekenis is omdat daarmee een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg kan worden opgevangen.</p> <p>Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p> <p>Wij bevestigen wel dat in de uitspraak van 22 oktober 2019, ECLI:RBDHA:2019:11096 de genoemde voorbeelden letterlijk zijn aangemerkt als "organisatie-specifieke omstandigheden".</p> <p>Nee, wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van welke informatie beoordeelt u of dit het geval is? Is dit een eenzijdige beoordeling door het zorgkantoor of wordt dit in overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder vastgesteld?</p>	<p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Het zorgkantoor beoordeelt uiteindelijk de aanvraag en neemt de uitkomst van het gesprek mee.</p>
<p>In de hardheidsclausule is opgenomen dat bij de afweging ook de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn wordt</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</p>

<p>meegenomen. Wat bedoelt u hiermee?  Wanneer wordt op basis van de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?  Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?</p>	<p>een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.</p> <p>Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken.</p> <p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
<p>Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Hoe staat deze toets in verhouding tot de vraag of de aanbieder op doelmatige manier zorg levert?</p>	<p>Dit hangt inderdaad met elkaar samen.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat als de gehanteerde tariefssystematiek 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 tariefssystematiek.</p>	<p>Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefssystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.</p>



<p>Klopt het dat de uitzonderlijkheid betrekking heeft op de casuïstiek (die alle individuele aanbieders kan betreffen) en niet op het aantal aanbieders dat met een bepaalde situatie te maken heeft?</p>	
<p>Wat wordt in het kader van de hardheidsclausule bedoeld met: “De term onvoorzien wordt hier dus uitgelegd als onverwacht effect van de 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</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>zorgkantoor en zorgaanbieder centraal. Eenzijdige bepaling door het zorgkantoor op welke wijze het eigen vermogen en financiële reserves besteed moeten worden en welke operationele verbeteringen doorgevoerd moeten worden, is hierbij niet passend en zeer onwenselijk. Hoe kijkt u hier tegenaan?</p>	<p>vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van 'onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek'. In de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag is geoordeeld dat, althans voor de sector GGZ, dit een instrument is waarbij acht kan worden geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Is dit (ook) een correcte beschrijving van het toepassingsbereik van de hardheidsclausule voor de sector GZ?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>Op welke wijze moet worden onderbouwd dat een tarief heeft geleid tot het niet tijdig beschikbaar hebben van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?</p>	<p>Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper</p>
<p>Is het zorgkantoor van mening dat zorginstellingen hun (strategische) reserves moeten aanspreken voor bekostiging van de operationele bedrijfsvoering indien de voorgestelde tarieven ontoereikend zijn?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe ziet het proces eruit indien de hardheidsclausule is toegepast, akkoord bevonden en het betreffende inkoopjaar ten einde loopt?</p>	<p>Bij de herschikking en/of nacalculatie controleert het Zorgkantoor of de zorgaanbieder die afspraken heeft op grond van de hardheidsclausule daar nog steeds voor in aanmerking komt. Indien dan blijkt 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</p>

	het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule.
Binnen de hardheidsclausule stelt u dat er onder meer gekeken wordt naar het eigen vermogen. Indien er sprake is van eigen vermogen zal bij veel aanbieders dit (voor het grootste deel) zijn opgebouwd vanuit andere financieringsbronnen. Bent u het met ons eens dat dit vermogen niet meegewogen zou moeten worden omdat de WLZ dan gefinancierd zou worden vanuit andere financieringsstromen dan de WLZ. Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met 'uitzonderlijke gevallen' bij de omschrijving van de hardheidsclausule?	Afgelopen jaar was het aandeel zorgaanbieders dat een beroep heeft gedaan en in aanmerking kwam voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule zeer beperkt.
Indien het richttariefpercentage voor een zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft als onverwacht effect van de tariefsystematiek, dan kan de zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule waarbij deze moet aantonen dat op een doelmatige wijze zorg wordt verleend maar dat het tariefpercentage niet kostendekkend is. Veel zorgaanbieders worden nog geconfronteerd met aanhoudend hoog ziekteverzuim na de corona pandemie, waardoor de personeelskosten substantieel hoger liggen terwijl de compensatieregelingen zijn afgeschaft. Daardoor is het richttariefpercentage van 95,5% voor 2024-2026 mogelijk niet kostendekkend. Kan daarvoor een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule, ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
Wat is de termijn voor het beroep doen op de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 7.
Hoe wordt bepaald voor de HHC of een aanbieder doelmatig werkt? Welke criteria hanteert het zorgkantoor hiervoor?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
Waarom geldt de hardheidsclausule voor één jaar terwijl de afspraak meerjarig is?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende

	<p>inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.</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 geschrapt. 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</p>

	zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
Wat is de deadline om gebruik te kunnen maken van de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid hoofdstuk 7.
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 ogenschouw 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 de 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 7.
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	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

<p>zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoreikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?</p>	<p>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.</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</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>van financiële positie in het kader van de beoordeling van de hardheidsclausule?</p>	<p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij 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 clausule zijn opgenomen.</p> <p>We verwijzen u ook naar de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p>
<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</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</p>

<p>opdracht. Het tarief dient op grond van het proportionaliteitsbeginsel dus in redelijke verhouding te staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? (2)</p> <p>Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen? Gaat u de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Wij hebben bezwaar tegen deze rekenregel omdat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent u bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?</p>	<p>gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Indien u akkoord gaat dat de hardheidsclausule wordt toegepast, welk tarief spreekt u dan af met betreffende zorgaanbieder? Is dat percentage dan voor de gehele looptijd van de overeenkomst geldig?</p>	<p>Dit hangt af van de uitkomst van de beoordeling van de hardheidsclausule. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.</p>



<p>Hardheidsclausule - Onvoorzien is een onverwacht effect voor het Zorgkantoor. Dat roept de vraag op welke benadelende effecten het Zorgkantoor thans reeds wel voorziet. Kunt u deze benoemen?</p>	<p>Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
<p>Hardheidsclausule - Welk kader hanteert het zorgkantoor bij de beoordeling of sprake is van doelmatige zorg?</p>	<p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.</p>
<p>Bij toepassing van de hardheidsclausule wordt de financiële positie en organisatiestructuur meegenomen. Daarbij wordt gekeken naar het eigen vermogen van de organisatie waarbij de financiële reserves een onderdeel spelen. Aanbieder vindt dit disproportioneel, in strijd met het gelijkheidsbeginsel en in strijd met de redelijkheid en billijkheid. In de eerste plaats is dit onredelijk en niet billijk omdat aanbieders met een gezonde financiële positie en een financiële buffer voor wie de tarieven niet-gunstig zijn benadeeld worden t.o.v. aanbieders met een ongezonde financiële positie zonder financiële buffer. Zorgaanbieders kunnen verschillende inkomstenbronnen hebben. LZ is daar er slechts één van. Als het tarief voor dit onderdeel te laag en de zorgaanbieder op dit onderdeel aantoonbaar verlies lijdt en doelmatige zorg verleend, dan moet compensatie mogelijk zijn. Het is onbillijk om de zorgaanbieder eerst haar eigen vermogen "op te laten eten" voordat zij kan aankloppen. Verzoek is daarom om de financiële positie en de financiële reserves bij een beroep op de hardheidsclausule buiten beschouwing te laten maar te kijken naar de vraag of doelmatige zorg wordt verleend en of dit verlieslijdend is.</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Wij zijn ervan overtuigd dat het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule geen juiste parameter is voor het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder. Graag jullie</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</p>

<p>reactie om dit niet mee te nemen in de hardheidsclausule.</p>	<p>kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. .</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen 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</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</p>

<p>positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Wat verstaat u onder financiële positie? Wat zijn de onderdelen van de financiële positie, er staat namelijk onder meer het eigen vermogen, maar wat is het nog meer? Wat is de norm voor het eigen vermogen, zodanig dat de hardheidsclausule wordt toegepast?</p>	<p>meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van 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 bepaalt? 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</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>inkoopjaar. Er wordt een contract voor 3 jaar afgesloten. Waarom gelden de afspraken over de hardheidsclausule dan maar voor 1 jaar?</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 op grond van de actuele situatie beoordeeld.</p>
<p>Op pagina 7 onder de hardheidsclausule wordt aangegeven dat de financiële reserves betrokken worden bij de beoordeling. Welke financiële reserves worden bedoeld en op welke manier worden deze meegerekend bij de 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>Wordt er in de toetsing van de hardheidsclausule rekening gehouden met alleen het zorgexploitatie-deel? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.</p>
<p>Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de 'financiële positie'. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?</p>	<p>Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>Bij een beroep op de hardheidsclausule zal bij de financiële positie onder meer gekeken</p>	<p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale</p>

<p>worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wat is volgens u de vereiste omvang van het eigen vermogen? Neemt u ook de effecten van de toepassing van de tariefsystematiek op de liquide middelen in ogenschouw?</p>	<p>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. 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</p>

	zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.
De rekenregel waarbij een aanvraag alleen wordt gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken, impliceert dat een verlies tot aan de grens van deze regel verenigbaar is met reële tarieven. Wij hebben de rekenregel 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.	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. 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.
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?	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.
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?	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.
Voor de hardheidsclausule veronderstellen wij dat zorgexploitatie en vastgoedresultaat afzonderlijk berekend en getoetst worden. Klopt deze aanname?	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.
Onder het kopje hardheidsclausule beschrijft u dat indien een aanbieder onredelijk benadeeld	We kijken niet afzonderlijk naar de impact van verschillende tarieven en/of afspraken. Er wordt

<p>wordt door de tarief systematiek zij hiervoor in aanmerking kan komen. Geldt dit ook voor niet passende maatwerkafspraken meerzorg beschikkingen die afgegeven zijn voor 2023 en doorlopen in 2023 en 2024? Indien niet kunt u dit nader toelichten?</p>	<p>gekeken naar de totale impact hiervan op uw organisatie.</p>
<p>In de tekst is opgenomen: Onder onvoorzien verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk) richttariefpercentage en regionale 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 7. 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</p>	<p>Wij verwachten dat u uw begroting 2024 samen met een aangepaste prognose 2023 en de</p>

<p>juist en volledig invult, zodat wij een goed beeld hebben van uw (toekomstige) financiële situatie. Wat wordt verstaan onder de (toekomstige) financiële situatie? Welke normen hanteert u bij de bepaling van de (toekomstige) financiële situatie? Welke organisaties gebruikt u als benchmark bij het bepalen van deze norm? Hoe heeft u deze norm bepaald? En waar is deze norm gepubliceerd? En hoe is deze binnen de regio Midden-Brabant bepaald, waar dit inkoopkader betrekking op heeft?</p>	<p>liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen bij uw aanvraag aanlevert. Wij gaan (onder andere) na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>Omdat tarieven en loonontwikkeling nog een onbekende factor zijn, is de publicatie van de hardheidsclausule en het indienen ervan bij de inschrijving onmogelijk. Zorgaanbieder vindt het bezwaarlijk dat dit ook niet op een later tijdstip kan. Bent u bereid de hardheidsclausule beschikbaar te houden totdat alle financiële parameters definitief zijn? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p>
<p>Bij de hardheidsclausule betreft u ook het vermogen van de zorgaanbieder. Het opgebouwde vermogen is echter een noodzakelijke voorwaarde voor financiers. Bent u bereid om af te zien van deze voorwaarde?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p> <p>We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p>
<p>Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er op een doelmatige wijze zorg wordt geleverd als hij in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven aan welke norm u die doelmatigheid gaat toetsen en zou u concreet in kunnen gaan op het beoordelingskader dat u daarbij denkt te gaan hanteren?</p>	<p>Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we</p>



	hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
In de bijlage wordt niet ingegaan welke procedure zal worden gevolgd als de hardheidsclausule wordt ingeroepen. Naar onze mening zou hier altijd overleg met de zorginstelling aan vooraf moeten gaan. Bent u bereid om in de procedure voor de aanvraag van de hardheidsclausule op te nemen dat als het zorgkantoor meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves dan wel het 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?	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 klanten 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.
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.	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. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefssystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.
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	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.  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>schaalvergroting? - Hoe beoordeelt u op er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn?</p>	<p>Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Doelmatigheid speelt tevens een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet 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. Als er bijzonderheden zijn waarmee we rekening moeten houden kunt u dit toelichten bij uw aanvraag.</p> <p>Wij beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn. Het is aan de zorgaanbieder hoe deze te realiseren. Schaalvergroting kan een manier zijn om doelmatiger te werken.</p>
<p>M.b.t. de hardheidsclausule stelt u het volgende: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Voor het doen van investeringen in noodzakelijke vervangende nieuwbouw bouwt onze organisatie momenteel financiële reserves op. Het in beschouwing nemen van deze reserves zou leiden tot een 'unequal level playing field'. Om een beroep op de hardheidsclausule goed te kunnen beoordelen en wel te voorzien in een equal level playing field zou gekeken moeten worden naar de meerjarencijfers over een langere periode waarin de investering in nieuwbouw is opgenomen. - Hoe beoordeelt u deze zienswijze?</p>	<p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

<p>Het hebben van een bepaald eigen vermogen heeft niets te maken met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder (zie het vonnis 2021 waarin is geoordeeld dat de totale tariefssystematiek moet leiden tot het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief) Waarom wordt het eigen vermogen meegenomen bij de bepaling van de hardheidsclausule?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze klanten 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</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.</p>

<p>tarieven te realiseren? En welke criteria hanteert u hiervoor?</p>	<p>Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze klanten 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 klanten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p>

	<p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd : zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe wordt de financiële positie van een organisatie beoordeeld?</p>	<p>Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat de hardheidsclausule aangevraagd moet worden uiterlijk 21 september dat is voor is de voorlopige gunning (20 oktober) is uitgesproken en wellicht voordat de tarieven 2024 door NZa zijn gepubliceerd. Als de financiële situatie van een zorgaanbieder verandert (bv. CAO stijging) of als de impact van de tariefverlaging groter is dan verwacht, kan een aanbieder dan alsnog een beroep doen op de hardheidsclausule?</p>	<p>De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.</p>
<p>Wat is de onderbouwing van het zorgkantoor over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule?</p>	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze klanten 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,</p>

	<p>dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Is het zorgkantoor het met ons eens dat het hebben van eigen vermogen (dat zit in stenen en andere vaste activa en dus niet op korte termijn liquide kan worden gemaakt) niets te maken zou hebben of zou moeten hebben met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder?</p>	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.</p> <p>De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.</p>
<p>Is het zorgkantoor voornemens om de rekenregel van de hardheidsclausule aan te passen (n.a.v. onze voorgaande vragen over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule en onze visie hierop)?</p>	<p>Nee, wij handhaven ons beleid.</p>
<p>Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de 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 klanten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
<p>Hoe kan de hardheidsclausule worden ingezet voor aanbieders die binnen dezelfde instelling ook intensieve ZVW zorg bieden en locaties heeft waarbij gelijktijdig beide klantpopulaties verblijven?</p>	<p>Als de gehanteerde tariefsystematiek voor de Wlz-zorg een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Dit geldt dus niet voor Zvw-zorg. In het aanvraagformulier moeten de gegevens (Zvw/Wlz) separaat aangeleverd worden.</p>

<p>Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule. Dit omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot vaststelling van een reëel tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen.</p>	<p>Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. 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 klanten 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. 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</p>

	<p>zorgaanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule.</p>
<p>In de hardheidsclausule staat dat een onvoorzien effect van het inkoopbeleid staat uitgelegd als zijnde onredelijk en onverwacht. Gezien de stijgende kosten in combinatie met de dalende richttariefpercentages ligt het wel zeker in de lijn der verwachting dat de 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>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 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 klanten 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>



### 3 Ontwikkeling in de regio

#### 3.1 We zien dat de oplossing steeds vaker in de regio ligt

Vraag	Antwoord
Hoe is er rekening gehouden met de regionale problematiek van vergrijzing?	Zilveren Kruis heeft per regio een regio analyse, en we sluiten aan bij bestaande plannen en initiatieven (transitieplannen en/ of regioplannen). Per regio zetten we ook in op de regionale routekaart als methode om de woonzorgopgave te realiseren.
Wij zijn een aanbieder in het gebied van zes zorgkantoorregio's. Wij zien dat ieder zorgkantoor eigen beleid voert en eigen oplossingen zoekt, voor dezelfde problematiek. Dat geeft een enorme administratieve last. U verwacht van aanbieders dat zij (nog meer) gaan samenwerken. Hoe ziet u de samenwerking tussen de diverse zorgkantoren? Hoe kunnen wij samen de problematiek van de diverse beleidsinvullingen beslechten?	Het klopt dat zorgkantoren verschillend beleid hanteren, hiermee kunnen we inspelen op regionale elementen. De zorgkantoren werken intensief samen. Als uw vraag is of we een uniform beleid willen hanteren, dat doen we niet. We herkennen wel dat dit lastig is voor zorgaanbieders die in meerdere regio's zorg leveren. Als u in de praktijk knelpunten ervaart bij de uitvoering van het beleid, kunt u dit aangeven bij uw zorginkoper. Deze handelt naar bevind van zaken.

#### 3.2 Per regio is inzichtelijk wat de zorgvraag ontwikkeling is en zijn er actieplannen voor passende zorg

Vraag	Antwoord
Wat is doorslaggevend voor het afspraken maken in de regio wie welke zorg het beste kan leveren? Wie bepaalt dat? En wat zijn de criteria?	In de regio stemmen we met elkaar af hoe en met welke zorgaanbieder(s) de zorgvraag zo efficiënt en doelmatig kan worden geboden. Waar mogelijk zoeken wij aansluiting bij bestaande ontwikkelingen zoals het IZA, WOZO, GALA etc.
Kunt u nader aangeven hoe u in verschillende regio's een meer sturende rol en regie gaat nemen voor het maken van afspraken? In onze regio's zijn er namelijk grote demografische/ sociaal economische verschillen, hoe gaat u als zorgkantoor uw afspraken op afstemmen en verantwoorden?	De betreffende zorginkoper en kwaliteitsadviseur kennen de regio's goed. Zij maken gebruik van de beschikbare data, de regioanalyse, beelden en routekaart. Zij stellen samen met de regio prioriteiten vast en maken (resultaat) afspraken. Als zorgkantoor pakken we in de regio's een meer sturende rol en nemen we regie voor het maken van de afspraken. We zoeken gericht partners om hiermee aan de slag te gaan en afspraken te maken.
De intramurale zorgaanbieders krijgen relatief gezien een steeds zwaardere doelgroep. Waarom krijgen de intramurale zorgaanbieders dan geen toeslag voor de steeds complexe zorg bij klanten?	De NZa tarieven zijn voor de zwaardere ZZP's hoger. Hiermee krijgt de zorgaanbieders voor deze groep klanten een hogere vergoeding.

### 3.3 Transitie middelen beschikbaar voor ontwikkeling in de regio

Vraag	Antwoord
De transitie middelen die gebruikt worden voor de financiering van Ontwikkeling in de regio (hoofdstuk 3) zijn geen onderdeel van de contracteerruimte. Klopt dat?	De transitie middelen zijn onderdeel van de contracteerruimte. Dit zijn specifiek geormerkte middelen en mogen alleen voor dit doel ingezet worden.
Experimentele innovaties worden alleen bekostigd uit regionale middelen voor koplopers. Betekent dat de innovatieopgave voor reguliere zorgaanbieders uit de reguliere zorgtarieven betaalt moet worden?	We financieren de validatie (kwantitatief en kwalitatief onderzoek) van experimentele innovaties via de transitie middelen. Implementatie van succesvolle initiatieven zien wij als vanzelfsprekend en dus als onderdeel van reguliere zorg.
Er zijn in onze regio al diverse initiatieven gestart vanuit de regionale middelen. Deze lopen door in 2024. Moeten deze lopende initiatieven weer opnieuw worden beoordeeld door het zorgkantoor?	Regionale initiatieven worden jaarlijks samen met het zorgkantoor geëvalueerd. Dan wordt ook door het zorgkantoor beoordeeld of en hoe deze verder lopen in het volgende jaar en of hier opnieuw middelen voor beschikbaar gesteld worden.
U geeft aan in het inkoopbeleid dat de transitie middelen beschikbaar worden gesteld om de gezamenlijke afgesproken resultaten in de regio te realiseren. Dit bestaat uit een regionaal stimuleringsbudget en een budget voor scheiden wonen en zorg. Het is onduidelijk hoe het proces rondom de aanvraag van deze transitie middelen is. Wilt u dit proces toelichten? Zo kunnen zorgaanbieders zich hierop voorbereiden.	<p>We gaan in de regio met zorgaanbieders in gesprek over de regionale ontwikkeling en maken afspraken over de inzet van het regionale stimuleringsbudget. We werken dus niet met een aanvraagprocedure, maar maken in de regio met zorgaanbieders afspraken over de inzet van deze middelen.</p> <p>Op het budget scheiden wonen zorg voert Zilveren Kruis de regie en benadert partijen voor de uitvoering.</p>
Wat is de procedure met bijbehorende tijdslijn voor het indienen van regionale projecten bij het zorgkantoor?	<p>We gaan in de regio met zorgaanbieders in gesprek over de regionale ontwikkeling en maken afspraken over de inzet van het regionale stimuleringsbudget. We werken dus niet met een aanvraagprocedure, maar maken in de regio met zorgaanbieders afspraken over de inzet van deze middelen.</p> <p>Op het budget scheiden wonen zorg voert Zilveren Kruis de regie en benadert partijen voor de uitvoering.</p>
Wie bepaalt de verdeling van financiën t.a.v. stimulatie van innovaties door koplopers? Wie oormerkt zorgaanbieders als koploper?	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

	<p>voor validatie van experimenten en een podium om ervaringen te delen (zowel briljante mislukkingen als succesverhalen).</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 hoever 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 ernaar 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 zorgaanbieders kunnen worden geïmplementeerd.</p>
<p>Innovaties worden alleen bekostigd worden uit regionale middelen voor koplopers. Betekent dat de innovatieopgave van 3 uit de reguliere middelen bekostigd moet worden? Welke middelen kunnen hiervoor nog worden aangewend?</p>	<p>In paragraaf 3.3.1 leest u dat we het regionale stimuleringsbudget inzetten om in de regio afspraken te maken over de implementatie (projectleiderskosten en training) van succesvolle initiatieven en innovaties. Koplopers kunnen aanvullend financiering aanvragen voor validatie van innovaties (kwalitatief en kwantitatief onderzoek).</p>
<p><i>Subparagraaf 3.3.1</i></p>	
<p>Hoe kom je in aanmerking voor de financiering t.a.v. de borging van de essentiële voorzieningen?</p>	<p>De verantwoordelijke zorginkoper en kwaliteitsadviseur hebben per regio vastgesteld met welke zorgaanbieders Zilveren Kruis afspraken maakt over de essentiële voorzieningen. De geselecteerde zorgaanbieders zijn hierover inmiddels geïnformeerd.</p>
<p>Wordt met het 'overige deel' van transitiebudget bedoeld als zijnde wat nu bekend staat als regiomiddelen?</p>	<p>Het huidige regionale budget voor regionale ontwikkeling bestaat uit: regionaal ontwikkel- en kwaliteitsbudget (vanuit de contracteerruimte) en regionaal stimuleringsbudget (wat transitiebudgetten zijn).</p> <p>Vanaf 2024 bestaat het regionale ontwikkelbudget alleen uit het regionaal stimuleringsbudget (transitiebudgetten). Een deel van dit budget is gereserveerd voor afspraken over de regio's heen, het overige deel wordt verdeeld over de regio's voor de regionale ontwikkeling.</p>

Kunt u globaal aangeven wat dat betekent voor de verdeling van budgetten per regio?	We publiceren de verdeling niet in het openbaar. De zorginkoper en kwaliteitsadviseur zullen dit per regio op de regionale tafel bespreken.
Gezien beschikbaarheid van 2023 lijkt het dat er minder budget overblijft voor samenwerken in de regio, klopt dat?	Er is geen budget meer gereserveerd vanuit de contracteerruimte voor 2024.
Het regionale stimuleringsbudget wordt ingezet voor het stimuleren van innovaties. Welke specifieke eisen stelt het zorgkantoor aan deze innovaties om voor deze via het regionale stimuleringsbudget bekostigd te kunnen krijgen?	Via de reguliere weg kunt u in uw regio afspraken maken met andere zorgaanbieders om aan de slag te gaan met de implementatie van succesvolle initiatieven. Dit betekent dat wij alleen training van zorgverleners en projectleiderskosten financieren voor succesvolle initiatieven uit de lijst die wij beschikbaar stellen. Indien u hier gebruik van wilt maken kunt u hiervoor in overleg met uw zorginkoper.
Hier worden coördinatiefuncties nog apart genoemd, is daar extra budget voor beschikbaar of moeten dit worden betaald uit de 0,5% voor essentiële aanbieders?	Vanuit de transitiebudgetten zijn inderdaad ook middelen gereserveerd. In het inkoopbeleid is hierover het volgende opgenomen. Een deel van de middelen (€ 3,5 mln.) reserveren we voor afspraken over de regio's heen. Deze worden ingezet voor het stimuleren van innovaties van de koplopers [zie paragraaf 1.5] en voor afspraken over essentiële voorzieningen, zoals voor coördinatiefuncties.
Hoe kunnen zorgaanbieders aanspraak maken op deze gelden en wat moet de zorgaanbieder hiervoor doen?	In de regio bespreken zorgaanbieders met elkaar en in samenspraak met Zilveren Kruis voor welke projecten de middelen ingezet worden.
<i>Subparagraaf 3.3.2</i>	
Op welke wijze kunnen wij inschrijven om in aanmerking te komen voor een budget "Scheiden van Wonen en Zorg"?	Als zorgkantoor pakken we in de regio's een meer sturende rol en nemen we regie voor het maken van de afspraken. We zoeken gericht partners om hiermee aan de slag te gaan en afspraken te maken.
Hoe kunnen zorgaanbieders aanspraak maken op deze gelden en wat moet de zorgaanbieder hiervoor doen?	Als zorgkantoor pakken we in de regio's een meer sturende rol en nemen we regie voor het maken van de afspraken. We zoeken gericht partners om hiermee aan de slag te gaan en afspraken te maken.
Hoe wordt het beschikbare budget aan transitiebudgetten toegekend aan zorgaanbieders? Gaat u hierbij (opnieuw) gebruik maken van de kassiersfunctie voor regionale projecten?	Als zorgkantoor pakken we in de regio's een meer sturende rol en nemen we regie voor het maken van de afspraken. We zoeken gericht partners om hiermee aan de slag te gaan en afspraken te maken. Financiering kan plaatsen vinden via een kassier (een van de betrokken zorgaanbieders).
<i>Subparagraaf 3.3.3</i>	
Kunt u nader verduidelijken of de financiering van de transitiebudgetten van de kassier wordt verantwoord onder de gerealiseerde productie of apart realisatie overige onderdelen in het NZa-portaal? Dit in verband met de productieafspraken, kans op overproductie en	Dit hangt af van de beleidsregels van de NZa. Onze verwachting is dat in het nacalculatieformulier hier geen aparte regel voor komt in het NZa portaal. Dit loopt dan mee in de reguliere verantwoording.

<p>niet gefinancierde zorg. Wij verwachten dat hierdoor zorgaanbieders niet staan de springen om de kassiersfunctie op zich te nemen. Graag uw reactie</p>	
<p>In uw inkoopbeleid staat dat 'de financiële afspraken kunnen niet boven 100% van het NZa tarief uitkomen: In het geval dat de regio de voorkeur heeft dat transitiemiddelen voor één regio bij een zorgaanbieder met lage omzet terechtkomen wordt dat tarief begrensd tot 100% en zal er een tweede kassier nodig zijn'. Deze middelen worden toch verdeeld tussen de zorgaanbieders die met het zorgkantoor de afspraken en activiteiten afstemmen? Hoe verhoudt het 100% NZa tarief zich tot kassiersfunctie transitiemiddelen? Graag uw reactie.</p>	<p>We kunnen geen hoger tarief vergoeden dan 100% van het max. NZa tarief. Om deze reden kan het nodig zijn om met meerdere kassiers een afspraak te maken.</p>
<p>De afwikkeling vindt plaats per jaar, maar kan het wel zo zijn dat er afspraken worden gemaakt voor meerdere jaren? Zodat de zorgaanbieder voor meerdere jaren weet waar zij op kan rekenen?</p>	<p>De zorginkoper en kwaliteitsadviseur maken afhankelijk van het project en het betreffende transitiebudget afspraken die betrekking kunnen hebben over meerdere jaren.</p>
<p><i>Subparagraaf 3.3.4</i></p>	
<p>Kunt u nader verduidelijken hoe u de verantwoordingslast beperkt en wat de criteria voor het terugvorderen van de beschikbaar gestelde middelen zijn én hoe u toetst of de activiteiten gericht op de te behalen resultaten naar beste kunnen zijn uitgevoerd? Graag uw reactie.</p>	<p>We maken met zorgaanbieders afspraken over hoe we monitoren en er verantwoord wordt. Daarbij proberen we de administratieve lasten te beperken.</p> <p>Indien de afspraken niet of maar deels zijn uitgevoerd, gaan wij hierover in gesprek met partijen waarbij in elk geval de optie van terugvordering van (een deel van) de beschikbaar gestelde middelen door het Zorgkantoor bestaat. We accepteren dat initiatieven kunnen mislukken. We vorderen daarom niet terug als de afgesproken resultaten niet worden bereikt, maar de activiteiten gericht op de te behalen resultaten wel naar beste kunnen zijn uitgevoerd.</p>

## 4 Borging van essentiële voorzieningen in de regio

### 4.1 Per regio maken we inhoudelijke afspraken over essentiële voorzieningen

Vraag	Antwoord
<p>Vraag &amp; Bezwaar: Essentiële voorzieningen zijn: Coördinatiefunctie, Voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg en verblijf, Avond-, nacht- en weekendzorg en Behandeling. Als je als zorgaanbieder geselecteerd wordt met een rol in essentiële voorzieningen, betekent dit automatisch dat je dan voor alle 4 de genoemde voorzieningen een trekkersrol dient te vervullen?</p> <p>Zo ja; hoe verhoudt deze rol zich dan tot de verantwoordelijkheid van regiopartners?</p> <p>Zo nee, ontvangt een zorgaanbieder die niet voor alle 4 de essentiële voorzieningen een rol toebedeeld krijgt evenveel vergoeding (0,5%) als een zorgaanbieder die wel voor alle 4 de essentiële voorzieningen een rol toebedeeld krijgt? Zo ja dan maken wij daar tegen bezwaar.</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen.</p> <p>Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio. Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio. De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Vraag: per essentiële voorziening worden een aantal voorwaarden gesteld waar je als zorgaanbieder met een rol voor deze voorzieningen aan moet voldoen. Als geselecteerde zorgaanbieder moet je akkoord gaan met deze voorwaarden. Wat betekent dit akkoord voor voorzieningen die een regionale functie hebben en waarbij je als geselecteerde zorgaanbieder afhankelijk bent van partners in de regio om een dergelijke voorziening te ontwikkelen en uit te kunnen voeren?</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen.</p> <p>Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen. Wij verwachten van de zorgaanbieders in de regio dat ze meewerken aan de gemaakte afspraken in de regio.</p>
<p>Vraag: Wat vraagt Zilveren Kruis van de geselecteerde zorgaanbieder met rol voor essentiële voorzieningen m.b.t. aantoonbaarheid en verantwoording (in het kader van terugdringen administratieve lasten).</p>	<p>Zilveren Kruis maakt met de zorgaanbieders vooraf afspraken over de aantoonbaarheid en verantwoording. Hierbij sluiten we aan bij de regionale afspraken en houden we rekening met het niet onnodig vragen van administratieve handelingen.</p>
<p>Vraag: Op 12 juni 2023 hebben wij van Zilveren Kruis Zorgkantoor een brief ontvangen waarin vermeld staat dat wij geselecteerd zijn als zorgaanbieder met rol essentiële voorzieningen. In de brief zijn de overwegingen die geleid hebben tot deze selectie niet aangegeven. Kunt u deze overwegingen alsnog met ons delen?</p>	<p>Voor een toelichting op deze beoordeling kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>

<p>Vraag: In de brief van 12 juni 2023 van Zilveren Kruis Zorgkantoor is niet aangegeven voor welke essentiële voorzieningen wij zijn geselecteerd. Alle vier de voorzieningen of minder? Kunt u alsnog aan ons duidelijk maken voor welke essentiële voorzieningen wij geselecteerd zijn?</p>	<p>Voor een toelichting op de beoordeling kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Bezwaar: In de brief van Zilveren Kruis met kenmerk wordt aangegeven dat we bij de inschrijving voor de Wlz-overeenkomst 2024 en verder (tussen 1 en 28 juli 2023) aan moeten geven of wij akkoord gaan met de voorwaarden gekoppeld aan de essentiële voorzieningen genoemd in hoofdstuk 4. In dezelfde brief staat dat er in september een gesprek georganiseerd wordt door Zilveren Kruis met de geselecteerde zorgaanbieders in de regio om afspraken te maken over het borgen van de essentiële voorzieningen. Bent u het met ons eens dat in juli akkoord vragen en in september verdere afspraken maken in tijdsvolgorde niet passend is? Zo ja, bent u bereid hierop een aanpassing te doen. Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar.</p>	<p>Wij vragen u inderdaad om akkoord te gaan met de voorwaarden. Over de uiteindelijke invulling van de rol maken we in september afspraken. Deze komen in overleg tot stand en wij hanteren daarbij de beginselen van redelijkheid en billijkheid. Wij passen het beleid op dit onderdeel niet aan.</p>
<p>Zorgaanbieders die een rol spelen in essentiële voorzieningen krijgen 0,5% tariefsverhoging.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moeten zij uit dat halve procent alle genoemde voorzieningen structureel bekostigen? (coördinatie, spoedzorg, anw- zorg, regionale behandeling) of worden de onderdelen verdeeld?</li> <li>- Wat wordt verstaan onder de regio daar waar we spreken over essentiële voorzieningen?</li> </ul>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen.</p> <p>Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio.</p> <p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p> <p>Als we spreken over een regio kan dit gaan om een zorgkantoorregio, maar kan ook gaan om een deel van een regio. We sluiten hierbij aan op de huidige werkwijze binnen de verschillende regio's.</p>
<p>Het is voor een zorgorganisatie niet realistisch om 4 essentiële voorzieningen in haar eentje te trekken/ borgen met 0,5 % extra budget. Hoe kijkt het zorgkantoor daarnaar?</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen. Eén zorgaanbieder met een rol essentiële voorzieningen hoeft dus niet in haar eentje alle essentiële voorzieningen te</p>

	<p>trekken/ borgen. Het is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de essentiële voorzieningen gezamenlijk te borgen. Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio.</p> <p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Ten aanzien van de coördinatiefunctie: hoe verhoudt deze zich tot de landelijke eis (minister Kuipers) dat er per ROAZ- regio een ACC moet komen?</p>	<p>In elke regio maken we afspraken over de centrale coördinatie en 24/7 triage. We doen dit in samenhang met de zorg vanuit andere domeinen en sluiten aan op de afspraken die gemaakt worden vanuit de Zorgverzekeringswet. We sluiten aan op de landelijke ontwikkelingen/afspraken rondom de inrichting en bekostiging van zorgcoördinatiecentra.</p>
<p>Wij leveren een deel van deze essentiële voorzieningen. Wanneer maken we een afspraak over een hoger tarief?</p>	<p>Op 12 juni 2023 zijn alle zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een rol in het leveren van essentiële voorzieningen in de regio geïnformeerd. Indien u geen berichtgeving heeft ontvangen, dan komt u niet in aanmerking voor een afspraak over een hoger tarief. We verwijzen u voor meer toelichting op de beoordelingscriteria naar paragraaf 4.2 van ons inkoopbeleid. Voor vragen hierover kunt u contact opnemen met u zorginkoper.</p>
<p>Voor de essentiële voorzieningen wil het zorgkantoor gericht met een aantal zorgaanbieders afspraken maken wat zijn de beoordelingscriteria van het zorgkantoor hierbij?</p>	<p>Om te bepalen met welke zorgaanbieders afspraken gemaakt worden, wordt een beoordeling gedaan op basis van een aantal vaste elementen, zoals transparant uitgewerkt in het inkoopbeleid. Zilveren Kruis baseert de uiteindelijke keuze op een afweging van het totaalplaatje van de genoemde elementen die worden meegenomen in de beoordeling. U vindt deze terug in de volgende paragrafen van het zorginkoopbeleid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paragraaf 4.1 de Coördinatiefunctie</li> <li>• Paragraaf 4.2: Voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg en verblijf</li> <li>• Paragraaf 4.3: Avond-, nacht- en weekendzorg</li> <li>• Paragraaf 4.4: Behandeling</li> </ul> <p>De verantwoordelijke inkopers en kwaliteitsadviseurs kennen de regio, de zorgaanbieders, de inrichting van het regionale</p>



	<p>zorglandschap en maken gebruik van de bij ons bekende gegevens bij de beoordeling.</p>
<p>Welke berekening is toegepast bij het bepalen van het tarief van 0,5% boven het richttariefpercentage bij essentiële voorzieningen?</p>	<p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Zal het zorgkantoor ondersteunen bij geschillen tussen de essentiële zorgaanbieder en andere aanbieders?</p>	<p>Als er een geschil is tussen de essentiële zorgaanbieders en andere aanbieders is het zorgkantoor bereid om met hen in gesprek te gaan.</p>
<p>Hoe wordt de regio vastgesteld voor de essentiële aanbieder? Kan dit zorgkantoor regio overstijgend zijn of juist een sub deel van een zorgkantoor regio?</p>	<p>Als we spreken over een regio kan dit gaan om een zorgkantoorregio, maar kan ook gaan om een deel van een regio. We sluiten hierbij aan op de huidige werkwijze binnen de verschillende regio's. De betreffende zorginkoper bekijkt voor haar/zijn zorgkantoorregio of het nodig is om bij 1 of meer partijen afspraken te maken over de inzet van essentiële voorzieningen.</p>
<p>Essentiële voorzieningen zijn: Coördinatiefunctie, Voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg en verblijf, Avond-, nacht- en weekendzorg en Behandeling. Als je als zorgaanbieder geselecteerd wordt met een rol in essentiële voorzieningen, betekent dit automatisch dat je dan voor alle 4 de genoemde voorzieningen een trekkersrol dient te vervullen? Zo ja; hoe verhoudt deze rol zich dan tot een regiopartners? Zo nee; ontvangt een zorgaanbieder die niet voor alle 4 de essentiële voorzieningen een rol toebedeeld krijgt evenveel vergoeding (0,5%) als een zorgaanbieder die wel voor alle 4 de essentiële voorzieningen een rol toebedeeld krijgt? Hoe werkt dit?</p>	<p>Vanaf 2024 gaan we met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen. Eén zorgaanbieder met een rol essentiële voorzieningen hoeft dus niet alleen alle essentiële voorzieningen te trekken/ borgen. Het is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de essentiële voorzieningen te borgen. Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio.</p> <p>De opslag is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Dit is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Valt de zorg met betrekking tot de DEC Korsakov en DEC Huntington onder de essentiële voorzieningen</p>	<p>We maken gerichte afspraken voor laag volume hoog complexe (LVHC) zorg. In bijlage 4 (aanvullende inkoopvoorwaarden) leest u meer over de afspraken die we maken voor deze zorg.</p>

<p>Wij missen bij de essentiële voorzieningen de typering van hoog complexe 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 doelgroep toe te voegen als een essentiële schakel in het zorglandschap.</p>	<p>De genoemde voorbeelden zijn geen limitatieve opsomming van complexe doelgroepen. We voegen deze doelgroep om deze reden niet toe aan het inkoopdocument. We hebben de in onze ogen belangrijkste essentiële voorzieningen beschreven.</p>
<p>Wij zijn aangemerkt als aanbieder van essentiële voorzieningen. Kan het zorgkantoor aangeven voor welk van de vier categorieën, zodat we bij de inschrijving de voorwaarden kunnen hebben gescreend die op de betreffende categorie van toepassing zijn.</p>	<p>Eén zorgaanbieder met een rol essentiële voorzieningen is niet specifiek geselecteerd om één of enkele van de essentiële voorzieningen te trekken/ borgen. Het is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de essentiële voorzieningen te borgen. Hoe dit het beste geborgd kan worden hangt af van de situatie en omstandigheden in de regio. Vanaf 2024 gaan we met de betreffende zorgaanbieders per regio gericht in gesprek en maken we afspraken over het borgen van de essentiële voorzieningen.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.1.1</i></p>	
<p>Het zorgkantoor gaat vanaf 2024 met een beperkt aantal zorgaanbieders afspraken maken over essentiële voorzieningen, waaronder de centrale coördinatiefunctie en 24/7 triage. Op dit moment geldt daarvoor nog geen bekostiging vanuit de Wlz. Hoe worden deze voorzieningen bekostigd vanaf 2024? Wanneer is er meer bekend over de landelijke ontwikkelingen rondom de bekostiging van zorgcoördinatiecentra of komt er tijdelijke bekostiging indien de landelijke bekostiging nog niet gereed is op 1 januari 2024?</p>	<p>In elke regio maken we afspraken over de centrale coördinatie en 24/7 triage. We doen dit in samenhang met de zorg vanuit andere domeinen en sluiten aan op de afspraken die gemaakt worden vanuit de Zorgverzekeringswet. We sluiten aan op de landelijke ontwikkelingen/afspraken rondom de inrichting en bekostiging van zorgcoördinatiecentra.</p>
<p>In elke regio maken we afspraken over de centrale coördinatie en 24/7 triage. Wanneer wil ZK de 24/7 coördinatie gerealiseerd hebben? Gaat ZK ook actief bemiddelen bij knelpunten?</p>	<p>We sluiten aan op de afspraken die gemaakt worden vanuit de Zorgverzekeringswet en vanuit de landelijke ontwikkelingen/afspraken rondom de inrichting en bekostiging van zorgcoördinatiecentra. Indien er knelpunten ontstaan in het realiseren van de centrale coördinatie en de 24/7 gaan we met de betrokken partijen in de regio daarover in gesprek.</p>
<p>In onze regio zijn er afspraken met de preferente zorgverzekeraar over deze coördinatiefunctie, samenwerking en is deze geborgd. Kunt u centrale coördinatie verduidelijken?</p>	<p>We maken de afspraken in samenhang met de zorg vanuit andere domeinen en sluiten aan op de afspraken die gemaakt worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Met centrale coördinatie en 24/7 triage bedoelen wij de organisatie van het coördinatiecentrum in de regio.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.1.2</i></p>	
<p>In het inkoopdocument staat dat u met maximaal één partij per regio afspraken gaat</p>	<p>Als we spreken over een regio kan dit gaan om een zorgkantoorregio, maar kan ook gaan om een</p>

<p>maken over IBS-zorg. Wat betekent hier het woord regio? Gaat u per zorgkantorregio met maximaal één partij afspraken maken voor IBS-zorg? Zo ja, betekent dit dat in zorgkantorregio's waar nu meer dan één partij IBS-zorg bieden zij afspraken moeten maken welke aanbieder dat in 2024 kan blijven doen?</p>	<p>deel van een regio. We sluiten hierbij aan op de huidige werkwijze binnen de verschillende regio's. De betreffende zorginkoper bekijkt voor haar/zijn zorgkantorregio of het nodig is om bij 1 of meer partijen afspraken te maken over de IBS-zorg. De betreffende zorginkoper stemt de benodigde capaciteit af met de regio en de betreffende zorgaanbieders. We maken in beginsel alleen afspraken over IBS-zorg met zorgaanbieders die in 2023 ook een afspraak hebben voor het leveren van deze zorg.</p>
<p>Moeten er specifieke bedden aangemerkt worden als observatiebedden? M.a.w. moeten er aparte contractafspraken gemaakt worden voor het hebben van observatiebedden?</p>	<p>Met betrekking tot voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg denken wij in ieder geval aan crisiszorg, zorg voor mensen met een inbewaringstelling (IBS) gebaseerd op de Wet Zorg en Dwang en logeertzorg. We gaan de komende periode met zorgaanbieders in overleg over de te maken afspraken.</p>
<p>Ligt hier een kans voor VPT locaties? Aan welke eisen moet dan worden voldaan?</p>	<p>Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio. Om te bepalen met welke zorgaanbieders we afspraken willen maken voeren we een beoordeling uit op basis van een aantal vaste elementen, zoals toegelicht in paragraaf 4.2 van het inkoopbeleid. We maken hierbij geen onderscheid in type zorgaanbieders.</p>
<p>Er staat voorzieningen voor kortdurend verblijf gericht op bijvoorbeeld observatie, diagnostiek en/of het opstellen van een behandelplan. Welke financiering is dit binnen Wlz, anders dan logeren en/of crisiszorg?</p>	<p>Binnen de Wlz kennen we voorzieningen voor spoedzorg, acute zorg en kortdurende zorg en verblijf. Denk hierbij aan crisiszorg, zorg voor mensen met een inbewaringstelling (IBS) gebaseerd op de Wet Zorg en Dwang en logeertzorg. Onze voorkeur gaat hierbij uit naar voorzieningen die voor meerdere doelgroepen zijn ingericht en/of meerdere functies vervullen. Hierbij kijken we ook breder dan alleen de Wlz en dus ook over de domeinen heen. Hiermee voorkomen we versnippering, borgen we optimale inzet van mensen en middelen en benutten we beschikbare capaciteit optimaal. Dit betreft dus niet altijd voorzieningen met een financiering vanuit de Wlz, maar juist over de domeinen heen.</p>
<p>Crisiszorg en IBS; Zorgaanbieders ontvangen een vergoeding voor de onbenutte crisisdagen tenzij de bezettingsgraad hoger of lager is dan 70%. Indien u de garantie wilt hebben dat hiervoor ruimte vrijgehouden wordt, dan houdt dit in dat u hierover separate afspraken moet maken. Indien deze afspraken niet gemaakt kunnen worden, houdt dit ook in dat wij hiervoor geen kamer vrij kunnen houden.</p>	<p>Voor het bepalen van de benodigd aantal bedden kijken we naar de bezettingsgraad van de ingekochte plaatsen. Het aantal crisisplaatsen wordt naar boven of naar beneden bijgesteld als de realisatie boven of onder de 70% komt. Los van de beoordeling van het aantal benodigde crisisplekken ontvangen de betreffende zorgaanbieders een vergoeding voor de onbenutte crisisdagen, omdat zij daarvoor beschikbaarheid van zorg garanderen.</p>

<p>In het inkoopbeleid staat; "Voor het bepalen van de verwachte vraag kijken we naar de bezettingsgraad van het afgelopen jaar. We maken hiervoor gebruik van de declaraties. Hierbij geldt het uitgangspunt dat het aantal crisisplaatsen gelijk blijft, tenzij de bezettingsgraad het afgelopen jaar significant hoger of lager was dan 70%. Zorgaanbieders ontvangen een vergoeding voor die onbenutte crisisdagen, omdat zij daarvoor beschikbaarheid van zorg garanderen." Wordt bij het bepalen of bezettingsgraad hoger of lager is dan 70% de crisiszorg en de IBS-zorg bij elkaar opgeteld of worden deze afzonderlijk beoordeeld? Kunt u kwantificeren wat significant hoger of lager is.</p>	<p>Er wordt afzonderlijk voor zowel de crisiszorg als voor de IBS zorg afzonderlijk bepaald of de bezettingsgraad hoger of lager is dan 70%. Onze inkopers beoordelen de afwijkingen en gaan vragen waar nodig een toelichting aan de zorgaanbieder. Afhankelijk van de toelichting wordt de afspraak al dan niet aangepast.</p>
<p>Voor het bepalen van de verwachte vraag kijken we naar de bezettingsgraad van het afgelopen jaar. Hierbij geldt het uitgangspunt dat het aantal crisisplaatsen gelijk blijft, tenzij de bezettingsgraad het afgelopen jaar significant hoger of lager was dan 70%. Zorgaanbieders ontvangen een vergoeding voor die onbenutte crisisdagen, omdat zij daarvoor beschikbaarheid van zorg garanderen. Als in jaar x de afspraak wordt naar beneden wordt bijstelt maar we zien in jaar Y een toename voor crisis hoe gaat het zorgkantoor hiermee om?</p>	<p>We bekijken in ieder geval jaarlijks naar de gerealiseerde bezetting. Indien in een volgend jaar sprake is van een toename voor crisis dan is er ruimte om deze bij te stellen. De betreffende zorginkoper bekijkt wat er in de regio nodig is om te kunnen voldoen aan de verwachte vraag.</p>
<p>Wordt hierin een regionale verdeling gemaakt? Staat er een vergoeding (á de crisis bed regeling) tegenover het beschikbaar stellen en houden van logeerplekken?</p>	<p>Als we spreken over een regio kan dit gaan om een zorgkantoorregio, maar kan ook gaan om een deel van een regio. We sluiten hierbij aan op de huidige werkwijze binnen de verschillende regio's. De betreffende zorginkoper bekijkt voor haar/zijn zorgkantoorregio of het nodig is om bij 1 of meer partijen afspraken te maken over de essentiële voorzieningen. Er is geen aanvullende vergoeding zoals die voor de crisis bed regeling beschikbaar voor de inzet van logeerplekken.</p>
<p>Voor IBS-bedden wil het zorgkantoor slechts één partij per regio contracteren. Kan deze partij ook een samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders zijn? Zo ja, geldt voor het bezettingspercentage dan ook de optelling van de bezetting bij deze diverse aanbieders?</p>	<p>Als we spreken over een regio kan dit gaan om een zorgkantoorregio, maar kan ook gaan om een deel van een regio. We sluiten hierbij aan op de huidige werkwijze binnen de verschillende regio's. IBS-zorg spreken we met maximaal één partij per regio af. Het kan hierbij om een samenwerking gaan van meerdere zorgaanbieders. Het klopt dat het dan bij een samenwerking van meerdere zorgaanbieders om de optelling van de bezetting gaat.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.1.3</i></p>	
<p>Redelijke tarieven in rekening brengen bij zorgaanbieders die meedoen'&gt; in hoeverre is daar nu sprake van en hoe ziet het zorgkantoor hierop toe?</p>	<p>Uitgangspunt bij onderlinge dienstverlening is dat redelijke tarieven in rekening worden gebracht. Daar verstaan wij onder dat de zorgaanbieder die de dienst verleent op basis van de ingeschatte</p>

	<p>kosten komt tot een tarief. Deze tarieven zijn bij ons niet bekend en wij zien er dan ook niet op toe. Als u van mening bent dat het tarief te hoog is of wilt begrijpen hoe het tarief is opgebouwd raden wij u aan om met de betreffende zorgaanbieder in gesprek te gaan. Als wij signalen ontvangen dat er geen overeenstemming is over de tarieven en dit ten koste gaat van de zorg aan Wlz klanten dan gaan wij daarover in gesprek met betrokken zorgaanbieders.</p>
<p>In de regio zijn wij de kartrekker rondom de Zvw avond-, nacht- en weekendzorg en was het mogelijk voor andere zorgaanbieders om niet aan te sluiten bij dit initiatief. Gaat u met de preferente zorgverzekeraar hierin gezamenlijk optrekken?</p>	<p>Onze voorkeur gaat uit naar de organisatie van de essentiële voorzieningen over de domeinen heen en daarmee voor meerdere doelgroepen zijn ingericht en/of meerdere functies vervullen. Hierbij kijken we ook breder dan alleen de Wlz en dus ook over de domeinen heen. Indien dit mogelijk is trekken wij hier gezamenlijk op met zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Hiermee voorkomen we versnippering, borgen we optimale inzet van mensen en middelen en benutten we beschikbare capaciteit optimaal.</p>
<p>U verwacht dat er redelijke tarieven in rekening gebracht worden als er sprake is van onderlinge dienstverlening in de onplanbare ANW-zorg. Wat verstaat u onder 'redelijke tarieven'. Is dat bijvoorbeeld maximaal 1,5 keer het WLZ-tarief voor de extramurale prestatie wijkverpleging? Of hanteert u een andere norm om te bepalen wat redelijk is?</p>	<p>Dat hangt af van de specifieke omstandigheden. Uitgangspunt is dat de tarieven die in rekening worden gebracht in ieder geval kostendekkend zijn. Een onevenredig hoge risico/winst opslag is in onze ogen niet redelijk.</p>
<p>Er wordt verwacht dat essentiële zorgaanbieders redelijke tarieven in rekening brengen. Wat wordt verstaan onder redelijke tarieven? Wij willen graag een bandbreedte vanuit zorgkantoor waar binnen deze tarieven moeten vallen of een aanname zoals 'de kostprijs van de geleverde zorg', immers de essentiële partijen worden reeds gecompenseerd voor het feit dat ze het aanbod moeten leveren. In hoeverre is tegen 'kostprijs' leveren een aanname voor 'redelijk tarief'?</p>	<p>Dat hangt af van de specifieke omstandigheden. Uitgangspunt is dat de tarieven die in rekening worden gebracht in ieder geval kostendekkend zijn. Een onevenredig hoge risico/winst opslag is in onze ogen niet redelijk.</p>
<p>Hoe verhoudt zich dit tot de ANW-zorg vanuit de Zvw? In onze regio is reeds een goede samenwerking, maar vooral gericht op onplanbare nachtzorg. In deze paragraaf wordt ook gerept over planbare nachtzorg; dat zou een verandering van visie zijn op de huidige nachtzorg. Wordt er een (on)planbare nachtzorg over de domeinen heen verwacht? En dan alleen voor extramurale klanten of ook voor intramurale klanten? Op welke wijze komt de financiering voor deze dienst tot stand?</p>	<p>De organisatie van de essentiële voorzieningen doen we in samenhang met de zorg vanuit de andere domeinen en we sluiten hierbij aan op de afspraken die in de regio gemaakt worden. De betreffende zorginkoper informeert de regio over de invulling van de essentiële voorzieningen in de regio. Er wordt (on)planbare nachtzorg in ieder geval verwacht voor de extramurale zorg, maar indien wenselijk in de regio kan dit ook voor intramuraal zijn.</p>
<p>Wij zijn door het zorgkantoor niet geselecteerd voor de essentiële voorzieningen. Toch leveren</p>	<p>Dit hangt af van de afspraken die in de regio gemaakt worden.</p>

<p>wij Avond-, Nacht en weekend zorg op een locatie waar Intramuraal, VPT, ZVW en WMO door elkaar heen zitten (geen wijkzorg). Kunt u aangeven of wij de nachtzorg voor onze cliënten nu (verplicht) moeten afnemen bij de geselecteerde zorgaanbieders? Ook al leidt dit tot een verhoging van de kosten?</p>	<p>Al een aantal jaren zijn zorgaanbieders aan de slag om met elkaar (on)planbare zorg in de avond, nacht en weekend (ANW zorg) op een efficiënte en kwalitatief verantwoorde manier te organiseren. Uitgangspunt is dat wat goed werkt gecontinueerd wordt, zolang het leidt tot efficiënte en kwalitatief verantwoorde (on)planbare ANW-zorg. Voor een doelmatige inzet van zorgpersoneel is samenwerking over de domeinen heen van groot belang. Daar waar het onvoldoende is georganiseerd vragen we zorgaanbieders de ANW-zorg te verbeteren.</p> <p>Gelet op doelmatige inzet van middelen is het belangrijk dat gecontracteerde zorgaanbieders gebruik maken van deze voorzieningen. Met deze zorgaanbieders spreken we de betreffende prestaties voor bijvoorbeeld de (onplanbare) ANW zorg niet (meer) af.</p>
<p>Kan ik meer info ontvangen over nachtzorg en de financiering?</p>	<p>Deze vraag is via de chat gesteld. In het inkoopbeleid, paragraaf 4.1.3. leest u meer over de Avond-, nacht- en weekendzorg.</p>
<p><i>Subparagraaf 4.1.4</i></p>	
<p>Kunt u nader verklaren op welke manier u zorgaanbieders gaat stimuleren tot samenwerking om vanuit netwerkgerichte aanpak de schaarse capaciteit van professionals optimaal mogelijk in te zetten?</p>	<p>De betreffende zorginkoper bespreekt dit zowel in de regio als met de individuele zorgaanbieders uit de regio. De efficiënte inzet van behandeling is daar waar van belang onderdeel van het actieplan in de regio. We maken actieplannen per regio en op basis hiervan gerichte afspraken met zorgaanbieders. U leest in hoofdstuk 3 meer over de regionale ontwikkeling.</p>
<p>Uitgangspunt voor de regiovisie is dat oudere inwoners zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. In hoeverre staat zorgkantoor achter de visie dat ouderen met 'behandeling' op hun eigen vertrouwde locatie (thuis of intramuraal in hun eigen dorp/stad) blijven wonen en dat op deze wijze gezamenlijke behandeling nog steeds efficiënt kan worden georganiseerd?</p>	<p>Wij stimuleren dat onze klanten zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven en eigen regie kunnen behouden, het liefst in de eigen woonomgeving. Hiermee ontstaat een verschuiving van zorg naar gewoon leven. Vanwege de schaarste op onder andere beschikbaar personeel, maar ook op het beschikbare budget verwachten wij van onze zorgaanbieders dat zij efficiënt omgaan met de inzet van behandeling. Om in de toekomst behandeling voldoende beschikbaar te houden voor eenieder die het nodig heeft verwachten wij van de zorgaanbieders dat per individuele klant beoordeeld wordt wat er nodig is aan zorg en of hierbij behandeling wel of niet noodzakelijk is. De inzet van behandeling kan ook in tijdelijke vorm ingezet worden bijvoorbeeld door inzet van tijdelijke behandeling of in groepsverband. In de regio kunnen afspraken gemaakt worden over de inzet van (gezamenlijke) behandeling.</p>

Blijft de functie Behandeling gedurende de looptijd van de overeenkomst in de Wlz bestaan, of is wordt deze overgeheveld naar de Zvw?	Besluitvorming over de overheveling van de functie Behandeling naar de Zvw vindt op landelijk niveau plaats. Indien wijzigingen plaats vinden op landelijk niveau sluit Zilveren Kruis hierbij aan.
---	---

#### 4.2 Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders we afspraken over essentiële voorzieningen maken

Vraag	Antwoord
Als een organisatie een REC/DEC erkenning heeft of deze zal ontvangen gedurende de komende contractperiode. In hoeverre wordt dit REC/DEC gezien als essentiële voorziening en welke extra opslag kan dan worden ontvangen?	Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio. Om te bepalen met welke zorgaanbieders we afspraken willen maken voeren we een beoordeling uit op basis van een aantal vaste elementen, zoals toegelicht in paragraaf 4.2 van het inkoopbeleid. 1 van de criteria is inderdaad het leveren van meer complexe zorg en of zwaardere zorg voor specifieke doelgroepen. De weging van de beoordelingscriteria kunnen per regio verschillen. De geselecteerde zorgaanbieders voor het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio zijn inmiddels 12 juni 2023 hierover geïnformeerd.
Kan een zorgorganisatie worden aangemerkt als essentiële voorzieningen als zij afdelingen biedt voor gerontopsychiatrie, niet-aangeboren hersenletsel, dementie en zeer ernstig probleemgedrag, zónder dat voor deze afdelingen een REC/ DEC-status hebben?	Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio. Om te bepalen met welke zorgaanbieders we afspraken willen maken voeren we een beoordeling uit op basis van een aantal vaste elementen, zoals toegelicht in paragraaf 4.2 van het inkoopbeleid. 1 van de criteria is inderdaad het leveren van meer complexe zorg en of zwaardere zorg voor specifieke doelgroepen. De weging van de beoordelingscriteria kunnen per regio verschillen. De geselecteerde zorgaanbieders voor het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio zijn inmiddels 12 juni 2023 hierover geïnformeerd.
In het rijtje elementen onderaan p26 ontbreekt Huntington. Kunt u bevestigen dat deze hierin wordt opgenomen en kunt u tevens bevestigen dat het zorgkantoor zilveren kruis de zorg en behandeling etc. voor de doelgroep laag volume hoog complex Huntington zoals geleverd door een REC of DEC inkoopt in 2024 en verder, cf de beleidsregel gespecialiseerde zorg in de Wlz van de NZa?	De genoemde voorbeelden zijn geen limitatieve opsomming van complexe doelgroepen. We maken met betreffende partijen afspraken op basis van de beleidsregels van de NZa over deze gespecialiseerde zorg.
We maken bezwaar tegen deze eenzijdige en niet-transparante beoordeling en selectie. Het is onvoldoende duidelijk hoe deze werkwijze recht doet aan alle zorgaanbieders die bijdragen aan (een deel van de genoemde) essentiële	Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken gemaakt worden over het leveren van essentiële voorzieningen. Om te bepalen met welke zorgaanbieders afspraken gemaakt worden, wordt een beoordeling gedaan op basis van een aantal vaste elementen, zoals transparant

<p>voorzieningen en maakt verschil waar zorgaanbieders zelf geen invloed op hebben.</p>	<p>uitgewerkt in het inkoopbeleid. Zilveren Kruis baseert de uiteindelijke keuze op een afweging van het totaalplaatje van de genoemde elementen die worden meegenomen in de beoordeling. De verantwoordelijke inkopers en kwaliteitsadviseurs kennen de regio, de zorgaanbieders, de inrichting van het regionale zorglandschap en maken gebruik van de bij ons bekende gegevens bij de beoordeling. In het kader van de urgentie en schaarste kiest Zilveren Kruis ervoor meer regie te pakken op de organisatie van de essentiële voorzieningen in de regio's. Wij streven er naar om op deze manier de essentiële voorzieningen efficiënter te organiseren en daarmee te borgen dat de zorg voor klanten beschikbaar blijft, maar ook dat we het beschikbare zorgpersoneel en de kennis en expertise optimaal benutten.</p>
<p>Zorgkantoren moeten bij de uitvoering van de inkoopprocedures de aanbestedingsbeginselen in volle omvang in acht nemen (vgl. het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527). Die beginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, brengen met zich mee dat de zorgkantoren op een transparante, niet-discriminatoire en proportionele wijze moeten handelen. Kunt u aangeven welke organisatie voor onze regio's de essentiële taken uitvoeren?</p>	<p>De betreffende zorginkoper informeert de zorgaanbieders in de regio met welke zorgaanbieders wij afspraken maken over een rol bij het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio.</p>
<p>In hoeverre kunnen zorgaanbieders zichzelf opgeven voor de afspraak essentiële voorziening?</p>	<p>Dit is niet mogelijk. Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over het leveren van de essentiële voorzieningen in de regio. Om te bepalen met welke zorgaanbieders we afspraken willen maken voeren we een beoordeling uit op basis van een aantal vaste elementen, zoals toegelicht in paragraaf 4.2 van het inkoopbeleid.</p>
<p>Wij zijn een aanbieder met essentiële voorzieningen op de grens van meerdere zorgkantoorregio's. Wij maken veel kosten om het systeem in stand te houden. Wij voldoen als organisatie aan genoemde elementen, maar in de ene zorgkantoorregio sterker dan in de andere regio. Hoe gaat Zilveren Kruis om met deze essentiële aanbieders irt de 0,5% opslag?</p>	<p>Helaas kan hier geen rekening mee gehouden worden. De beoordeling betreft de inzet van de essentiële voorzieningen in de zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis. Het Zilveren Kruis inkoopbeleid Wlz heeft immers betrekking op de zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis.</p>
<p>Bij beoordeling over essentiële voorzieningen neemt u het volgende element mee: zorgaanbieder is gespecialiseerd in meer complexe zorg of zwaardere zorg voor specifieke doelgroepen. Ons inziens mist bij de specifieke doelgroepen de doelgroep dementie op jonge leeftijd. Waarom heeft u deze niet</p>	<p>De genoemde voorbeelden zijn geen limitatieve opsomming van complexe doelgroepen. Het betreft in ieder geval de 10 doelgroepen laag volume complexe zorg. Zilveren Kruis sluit voor de inkoop van laag volume complexe zorg aan bij de landelijk gemaakte afspraken hierover.</p>



<p>meegenomen en kan deze nog worden toegevoegd?</p>	
<p>"We maken afspraken met een beperkt aantal zorgaanbieders per regio". Hoe bewaakt u dat de door u toegekende extra middelen (0,50% toeslag) geheel besteed worden binnen de regio indien deze zorgaanbieder in meerdere regio's actief is? Stemmen jullie de gemaakte selectie af met andere zorgkantoren indien de betreffende zorgaanbieder in meerdere regio's actief is?</p>	<p>Zilveren Kruis maakt afspraken over de inzet van essentiële voorzieningen in haar zorgkantoorregio's. De middelen zijn dus niet bestemd voor inzet in andere zorgkantoorregio's dan die van Zilveren Kruis. Er vindt hier in principe geen standaard afstemming over plaats met andere zorgkantoren. In het kader van het efficiënt inrichten kan het nodig zijn om hier wel afstemming over te zoeken met andere zorgkantoren.</p>
<p>Op basis van het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) en de daarin aangehaalde beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, moet u zowel voor het richttariefpercentage als voor de opslagen aan kunnen geven wat de samenhang is. Kunt u aangeven wat de samenhang is tussen de elementen/taken zoals genoemd in h 4.1 en 4.2 en de bijbehorende opslag?</p>	<p>De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen.</p>
<p>Wij zijn een aanbieder met alle essentiële voorzieningen. Wij voldoen als organisatie aan genoemde elementen, maar zijn niet gebeld door Zilveren Kruis. Hoe komen we toch in aanmerking voor de opslag van 0,5%?</p>	<p>Wij hebben zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een afspraak schriftelijk geïnformeerd. Als u geen bericht heeft ontvangen komt u niet in aanmerking voor de opslag van 0,5%.</p>
<p>Zorgkantoren moeten bij de uitvoering van de inkoopprocedures de aanbestedingsbeginselen in volle omvang in acht nemen (vgl. het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527). Die beginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, brengen met zich mee dat de zorgkantoren op een transparante, niet-discriminatoire en proportionele wijze moeten handelen. Kunt u aangeven aan welke elementen de organisaties voldoen die essentiële taken uitvoeren?</p>	<p>In het inkoopdocument kunt u lezen over welke elementen wij afspraken willen maken, daarmee zijn wij transparant. Wij maken afspraken met aanbieders die nu al een rol vervullen ten aanzien van de essentiële voorzieningen. We maken deze afspraken niet met aanbieders die geen rol vervullen en dus niet gelijk zijn. Wij zijn van mening dat wij met het beleid voldoen aan de aanbestedingsbeginselen.</p> <p>Zilveren Kruis stelt vast met welke zorgaanbieders afspraken gemaakt worden over het leveren van essentiële voorzieningen. Om te bepalen met welke zorgaanbieders afspraken gemaakt worden, wordt een beoordeling gedaan op basis van een aantal vaste elementen, zoals transparant uitgewerkt in het inkoopbeleid. Zilveren Kruis baseert de uiteindelijke keuze op een afweging van het totaalplaatje van de genoemde elementen die worden meegenomen in de beoordeling. De verantwoordelijke inkopers en kwaliteitsadviseurs kennen de regio, de zorgaanbieders, de inrichting van het regionale zorglandschap en maken gebruik van de bij ons bekende gegevens bij de beoordeling. In het kader van de urgentie en schaarste kiest Zilveren Kruis ervoor meer regie te</p>

	<p>pakken op de organisatie van de essentiële voorzieningen in de regio's. Wij streven er naar om op deze manier de essentiële voorzieningen efficiënter te organiseren en daarmee te borgen dat de zorg voor klanten beschikbaar blijft, maar ook dat we het beschikbare zorgpersoneel en de kennis en expertise optimaal benutten. We passen het inkoopbeleid op dit onderdeel niet aan.</p>
<p>Zorgkantoren moeten bij de uitvoering van de inkoopprocedures de aanbestedingsbeginselen in volle omvang in acht nemen (vgl. het vonnis van de voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527). Die beginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, brengen met zich mee dat de zorgkantoren op een transparante, niet-discriminatoire en proportionele wijze moeten handelen. Kunt u aangeven op welke manier de organisaties die essentiële taken uitvoeren wel of niet gecompenseerd worden?</p>	<p>De door ons geselecteerde zorgaanbieders krijgen een opslag op het tariefpercentage van 0,5% voor hun rol bij de essentiële voorzieningen. Dit is een stimulans om essentiële voorzieningen te borgen. De 0,5% is een tegemoetkoming in de kosten van de extra inspanningen die zorgaanbieders leveren ten aanzien van de essentiële voorzieningen. Deze zorgaanbieders vervullen deze rol nu ook al vaak en er staat op dit moment geen extra vergoeding tegenover via het tarief. De komende periode gaan we met de betreffende zorgaanbieders in gesprek en maken hierover afspraken die redelijk en billijk zijn voor alle betrokken partijen.</p>
<p>Welke criteria hanteert ZK t.a.v. de essentiële voorzieningen?</p>	<p>Hoe wij dit bepalen kunt u teruglezen in het Inkoopbeleid in hoofdstuk 4. Er zijn verschillende criteria die wij hierin meewegen.</p>

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

### 5.1 We blijven in gesprek over de kwaliteit van zorg

Vraag	Antwoord
Op welke wijze denkt u dat de aanpassing van de (richt)tariefpercentage bijdraagt aan de kwaliteit van zorg?	Wij verwachten van zorgaanbieders dat de zorg voldoet aan de geldende kwaliteitskaders. Als u voorziet dat de kwaliteit niet meer van een voldoende niveau is verzoeken wij u contact op te nemen met uw zorginkoper en kwaliteitsadviseur.
We missen aandacht en ruimte voor de transitie naar het "Kwaliteitskompas", in het kwaliteitsverslag wordt nu nog gerapporteerd op basis van de indicator personeelsbezetting, redelijk verouderd. Komt hier nog een aanvulling op in het inkoopbeleid? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	Er komt geen aanvulling op het inkoopbeleid. Wij gaan uit van het kwaliteitskader dat geldend is. Pas bij ingang van het generiek kwaliteitskompas komt het oude kwaliteitskader te vervallen. Verder verwijzen wij naar het handboek indicatoren basisveiligheid en personeelssamenstelling voor het verslagjaar 2023.
Wat betreft de kwaliteit van zorg wordt gesproken over de kwaliteitskaders en het kwaliteitsplan. Het tegenwoordig gehanteerde kwaliteitskompas komt niet aan de orde. Kunt u toelichten waarom dat niet wordt genoemd?	Wij verwijzen naar de kwaliteitskaders. Dat is het kwaliteitskader dat geldend is. Zodra het nieuwe generieke kwaliteitskompas van kracht wordt, treedt deze in de plaats van het oude kwaliteitskader.
We gaan met u in gesprek over uw kwaliteitsplan en -verslag. Zoals het nu lijkt hoeft er geen plan voor 2024 meer geschreven te worden. Klopt dit?	Nee dat klopt niet. Wij raden u aan om goed te volgen wat er in het generiek kwaliteitskompas komt te staan.
De overheid geeft de NZA de opdracht om de tarieven naar beneden te brengen, dit zal ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Hoe kijkt het zorgkantoor hier naar en zijn jullie bereid mee te denken hoe wij dit zo goed mogelijk kunnen doen?	Ook voor de NZa zijn de geldende kwaliteitskaders het uitgangspunt bij de berekening of tarieven kostendekkend zijn. Vanuit de gedachte dat een houdbare langdurige zorg alleen mogelijk is door de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten is anders werken nodig. Een andere organisatie van zorg hoeft volgens ons niet te betekenen dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Als u voorziet dat u knelpunten gaat ervaren met de kwaliteit van zorg dan gaan wij graag met u in gesprek en delen dan goede voorbeelden.
U schrijft: "We gaan met u in gesprek over uw kwaliteitsplan en -verslag". Zoals het nu lijkt hoeft er geen kwaliteitsplan voor 2024 meer geschreven te worden. Op basis waarvan gaat het Zilveren Kruis het gesprek met ons aan over 2024?	Wij volgen de geldende kwaliteitskaders, deze vormen de basis voor de gesprekken.

5.2 **U stemt uw plannen voor nieuw zorgaanbod en/of aanpassing van het huidige zorgaanbod met ons af**

Vraag	Antwoord
Wat zijn de doorslaggevende voorwaarden en uitgangspunten bij het al dan niet mogen omzetten van intramurale plekken naar VPT-plekken?	Belangrijk uitgangspunt is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten op de wensen van klanten en de beweging waarbij de zorg en ondersteuning vaker extramuraal geboden gaat worden. Afhankelijk van de doelgroep die in uw omgeving zorg nodig heeft, is het van belang om bij VPT te letten op de financiële consequenties van deze leveringsvorm en het zelf betalen van huur door de klant. Daarnaast zijn natuurlijk de voorwaarden van belang die horen bij het goed kunnen verlenen van de benodigde zorg en ondersteuning en de eisen die gesteld worden in wet- en regelgeving. Vanuit het zorgkantoor ondersteunen wij de beweging naar meer scheiden van wonen en zorg.
We vinden het ook vanzelfsprekend dat klanten die voorafgaand aan hun instroom in de Wlz gebruik maken van een succesvol initiatief, daar in de Wlz gebruik van kunnen blijven maken. Dat betekent bijvoorbeeld dat een klant die een medicijndispenser gebruikt in de wijkverpleging, deze ook in de Wlz tot haar beschikking heeft. We verwachten van zorgaanbieders dat zij hier aandacht voor hebben en dit mogelijk maken. Hoe loopt de financiering dan? Nu zijn er schotten tussen Wmo en Wlz	Zilveren Kruis vraagt in het beleid aandacht voor klanten die reeds in het bezit zijn van een thuiszorgtechnologie. Wij vinden het wenselijk dat zij deze oplossing ook in de Wlz kunnen blijven gebruiken. In paragraaf 3.3.1 leest u welke financiering wij vanuit de Wlz beschikbaar stellen. In paragraaf 6.12 leest u hoe Zilveren Kruis thuiszorgtechnologie voor zorg thuis met een MPT stimuleert.
We sluiten in principe één overeenkomst per zorgaanbieder. Deze overeenkomst kan voor verschillende regio's en sectoren gelden. De zorgaanbieder schrijft in op de sector waar het merendeel van hun klanten deel van uitmaakt (de hoofdsector). Wanneer de verschillende doelgroepen bij een zorgaanbieder een aanzienlijk volume kennen. Dan schrijft een zorgaanbieder in op meerdere sectoren. Kunt u uitleggen wanneer u spreekt van een aanzienlijk volume?	Bij twijfel raden wij aan contact op te nemen met uw zorginkoper.

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

Vraag	Antwoord
De sector staat voor een grote transformatie-opgave in intramuraal zorgvastgoed. De verlaging van de NHC bemoeilijkt deze opgave zeer. Verschillende scenario's zijn denkbaar in het doorbreken hiervan (denk bijvoorbeeld aan een compensatie van de NHC voor zware ZZP's,	Allereerst geven wij zorgaanbieders meerjarige zekerheid over de NHC-tarieven, door het percentage van 100% vast te stellen voor de gehele looptijd van het inkoopbeleid (2024-2026). Daarnaast bundelen wij signalen die wij

<p>een meerjarige toezegging van u inzake het hoogste tarief etc.). Op welke wijze bent u bereid zich hiervoor concreet in te spannen? Wat mogen we hierin van u verwachten naar ons als aanbieder en richting de landelijke ontwikkelingen in deze?</p>	<p>hierover ontvangen van zorgaanbieders en agenderen deze op de juiste overlegtafels.</p>
<p>Indien van ons als zorgorganisatie gevraagd wordt een toekomstbestendig vastgoedbeleid te voeren geënt op de verwachte demografische ontwikkelingen in onze regio's, verwachten wij een kostendekkend tarief plus een bedrag om deze faciliteiten te kunnen financieren. Vanuit de huidige tarieven lijkt dit nu op voorhand niet mogelijk. Komt het Zorgkantoor nog met een aanvullende financiering om deze zaken te kunnen borgen?</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>Op welke wijze gaat u zorgaanbieders ondersteunen bij en waar nodig aanzetten tot het nemen van passende acties rondom passende huisvesting én passende zorg?</p>	<p>Zoals in paragraaf 5.3 is te lezen gaat Zilveren Kruis gericht sturen op situaties waar de zorgplicht in gevaar kan komen als gevolg van onvoldoende passend vastgoed. Dit gebeurt allereerst via het in kaart brengen van risicosituaties. We gaan vervolgens in gesprek met zorgaanbieders waar wij risico's zien, bijvoorbeeld door de combinatie van verouderd vastgoed en een slechte financiële situatie. Waar nodig stimuleren wij zorgaanbieders tot het nemen van gepaste actie, om te komen tot een toekomstbestendige vastgoedportefeuille die noodzakelijk is voor de zorgvraag in de sector of regio. Welke acties hiervoor precies noodzakelijk zijn kunnen wij op voorhand nog niet aangeven. Wij gaan hierover graag in gesprek met de betreffende zorgaanbieders, om te bekijken wat hen hierbij kan helpen. Daarnaast stelt het Zilveren Kruis transitie-middelen ter beschikking om in de regio te komen tot een concrete uitvoeringsagenda m.b.t. de benodigde huisvesting.</p>
<p>In 5.3 staat opgenomen dat Zilveren Kruis een strategisch huisvestingsplan opgevraagd kan worden. Ook de duurzaamheidsopgave waar de organisatie voor staat is integraal onderdeel van het strategisch huisvestingsplan. Geldt dit voor elke zorgaanbieder? Ook wanneer er geen eigen vastgoed in eigendom is?</p>	<p>Voor zorgaanbieders die géén vastgoed in eigendom hebben is dit vereiste niet noodzakelijk. Wel verwachten we ook van deze zorgaanbieders dat zij met de eigenaren van hun vastgoed het gesprek aan gaan over verduurzaming.</p>
<p>In het inkoopkader wordt gesproken over het separaat inzichtelijk maken van de vastgoed en zorg exploitatie. Wij zijn benieuwd welke componenten volgens het zorgkantoor onderdeel uitmaken van de vastgoedexploitatie en welke niet?</p>	<p>Wij volgen hierbij de kostenindeling zoals die in de jaarrekening wordt gehanteerd en sluiten aan bij de NHC-methodiek. Kosten die samenhangen met het verkrijgen, in stand houden, onderhouden of huren van vastgoed zullen normaliter onder de vastgoedexploitatie gerekend worden.</p>

<p>Is het Zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk kunnen maken ook een noodzaak bij organisaties die scheiden Wonen en Zorg leveren, maar integraal hun administratie voeren?</p>	<p>Als zorgaanbieders 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 huisvestings(kosten). De verantwoording van de NHC is specifiek verbonden aan zorgaanbieders die intramurale zorg leveren.</p>
<p>Wat als blijkt dat na de korting de NHC niet voldoende is om de vastgoedkosten te financieren, gaat het Zorgkantoor dan ook helpen om dit aan te passen?</p>	<p>De NZa stelt de hoogte van het NHC-tarief vast. Wanneer wij een signaal ontvangen van een zorgaanbieder dat de vergoeding van de NHC-component niet voldoende is om het vastgoed te financieren, dan gaan wij in gesprek met de zorgaanbieder en de relevante stakeholders. Dit gesprek is bedoeld om gezamenlijk naar oplossingen te zoeken. Wij kunnen echter niet meer vergoeden dan 100% van het NHC-tarief.</p>
<p>"Zilveren Kruis vindt het onwenselijk dat zorgaanbieders - waar van toepassing - NHC-inkomsten inzetten om tekorten op zorg te compenseren". Er zijn ook zorgorganisaties die bewust een deel van het NHC budget inzetten in de zorg om de kwaliteit daarvan te intensiveren (bijv. meer handen aan het bed). In welke mate hebben zorgaanbieders vanaf 2024 nog het vrije recht om zorgbudget en budget vastgoed onderling uit te (blijven) wisselen?</p>	<p>Toekomstbestendig vastgoed is van groot belang om ook in de toekomst de zorg te kunnen bieden die nodig is. Zilveren Kruis vindt het daarom van groot belang dat er voldoende middelen zijn en worden gereserveerd om de vastgoedportefeuille actueel te houden en de benodigde investeringen te doen om het vastgoed toekomstbestendig te houden. Als de NHC wordt ingezet voor de zorgexploitatie en daarmee onvoldoende middelen worden gereserveerd voor (toekomstig) onderhoud en vernieuwbouw van het bestaand vastgoed of om de huren te kunnen betalen, komt de zorgplicht in gevaar. Dat willen wij voorkomen.</p>
<p>Gericht sturen op voldoende geschikt vastgoed om aan onze zorgplicht te voldoen is vereist. Uit onze regio analyse blijkt dat wij nog een groot deel van de zorg langer thuis kunnen organiseren en uit dezelfde analyses blijkt ook dat we in onze regio's wachtlijsten hebben en naast langer thuis ook aanvullend tov de bestaande capaciteit intramurale plekken de komende jaren moeten toevoegen. In uw visie document geeft u aan dat in principe geen intramurale plekken in de beleidsperiode mogen worden toegevoegd. Zijn er uitzonderingen op dit principe mogelijk gezien de vraag in onze regio en de bouwprojecten die wij reeds in ontwikkeling hebben?</p>	<p>We houden rekening met eventueel goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen (die voldoen aan een van de criteria die door VWS gesteld zijn voor de onomkeerbaarheid).</p> <p>We zetten in op VPT omdat dit in veel gevallen een goed alternatief is voor intramurale zorg en wij de beweging om mensen langer thuis van zorg te voorzien ondersteunen. VPT kan zowel in ongeclusterde als in geclusterde vorm worden aangeboden.</p>
<p>Wat zijn de kaders ten aanzien van de verdeling van kosten onder vastgoed of onder zorgexploitatie. Hoe reken je bijvoorbeeld overhead toe? Wij zijn benieuwd welke componenten volgens het zorgkantoor onderdeel uit maken van de vastgoedexploitatie en welke</p>	<p>Wij volgen hierbij de kostenindeling zoals die in de jaarrekening wordt gehanteerd en sluiten aan bij de NHC methodiek. Kosten die samenhangen met het verkrijgen, instandhouden, onderhouden of huren van vastgoed zullen normaliter onder de vastgoedexploitatie gerekend worden. Wij</p>

niet? Waarom sturen op vastgoed en zorgexploitatie als Nza een integrale benadering hanteert?	verwachten dat zorgaanbieders - ondanks de geschetste complexiteit - separaat zicht hebben op de exploitatie van hun vastgoed en van de zorg. Zonder dit inzicht is het niet mogelijk hier separaat op te sturen.
---	---

#### 5.4 Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon

Vraag	Antwoord
Vraag: Per 1 januari 2024 verwacht Zilveren Kruis van zorgaanbieders dat zij: Duurzaamheid hebben verankerd in hun strategie, Zich houden aan de landelijke CO2 doelstellingen, Aansluiten bij de geleidelijke aanpassing van de gebouwenvoorraad aan recente regelgeving in het bouwbesluit voorisolatie en de aangekondigde vervolgstappen ('BENG9 en uiteindelijk 'nul op de meter') en een bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart, inclusief strategisch vastgoedbeheerplan, aanleveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg. Staat tegenover de extra kosten die met deze verduurzamingseisen gepaard gaan extra financiering? Zo ja, wat is daarbij de werkwijze? Zo nee, waarom niet?	De duurzaamheidsopgave betreft een gezamenlijke maatschappelijke opgave, die van alle stakeholders inspanning vraagt. Daarom wordt er in afstemming met de branches een prioritering afgestemd en worden er uitvoeringsplannen ontwikkeld. Of en hoe daar middelen voor beschikbaar komen is niet duidelijk. Op dit moment is er geen zicht op aanvullende middelen voor de duurzaamheidsopgave en vallen kosten die voortvloeien uit de Green Deal 3.0 vooralsnog binnen de integrale tarieven die wij als zorgkantoor aan zorgaanbieders vergoeden.
Hoe is er rekening gehouden met de verduurzamingsopgave?	In paragraaf 5.4 leest u meer over de verduurzamingsopgave.
Hoe vindt de financiering van de green deal plaats? (in tarief/index)	De duurzaamheidsopgave betreft een gezamenlijke maatschappelijke opgave, die van alle stakeholders inspanning vraagt. Daarom wordt er in afstemming met de branches een prioritering afgestemd en worden en uitvoeringsplannen ontwikkeld. Of en hoe daar middelen voor beschikbaar komen is niet duidelijk. Op dit moment is er geen zicht op aanvullende middelen voor de duurzaamheidsopgave en vallen kosten die voortvloeien uit de Green Deal 3.0 vooralsnog binnen de integrale tarieven die wij als zorgkantoor aan zorgaanbieders vergoeden.
Het is onduidelijk of Zilveren Kruis Zorgkantoor wel of niet de Green Deal zorg 3.0 heeft ondertekend. Heeft Zilveren Kruis Zorgkantoor de Green Deal zorg 3.0 wel of niet ondertekend?	Zilveren Kruis heeft de Green Deal Zorg 3.0 ondertekend.
Zilveren Kruis steunt de acties uit de Green Deal en verwacht dat zorgaanbieders zich aan de Green Deal committeren. Hoe dienen wij de woorden steunen en committeren te interpreteren, mede in het licht van voorgaande vraag over dit onderwerp?	Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zich mede inzetten de doelstellingen binnen de Green Deal Zorg 3.0 te behalen.
In het inkoopbeleid wordt genoemd dat er een bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart,	Het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ) is een kenniscentrum voor CO2-emissiereductie

<p>inclusief strategisch vastgoedbeheerplan, aangeleverd dient te worden bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg. Waarom moet deze bij EVZ aangeleverd worden?</p>	<p>van zorgvastgoed. Door de routekaart in te leveren dragen zorgaanbieders bij aan de ontwikkeling van een sectorale routekaart. Dit geeft belangrijk inzicht in de inspanningen van de zorgaanbieders en de verwachte CO2-reductie. Dit kan mogelijk van invloed zijn op de noodzaak van de ontwikkeling van dwingende wetgeving in de toekomst. De afspraak over de aanlevering bij het EVZ is onderdeel van de Green Deal Zorg 3.0.</p>
<p>In paragraaf 5.4 van het Inkoopbeleid beschrijft het Zorgkantoor een verwachting van de zorgaanbieders rondom duurzaamheid. Is hiervoor een plan nodig bij de inschrijving? Zo nee, in welke stap van het proces gaan de zorginkopers en kwaliteitsadviseurs hierover met de zorgaanbieders in gesprek?</p>	<p>Er is géén plan nodig hiervoor. Wij gaan ervan uit dat u aan de slag gaat met duurzaamheid en nodigen u uit om knelpunten in de verduurzamingsopgave te bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Binnen VPT maakt de NHC en het deel m.b.t. duurzaamheid een marginaal onderdeel uit van het tarief. Hoe verhoudt zich dit tot de verplichte verantwoording en planvorming hierover?</p>	<p>Als er enkel sprake is van zorg thuis 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. We verwachten bijvoorbeeld van zorgaanbieders die geclusterd VPT leveren, dat zij met de eigenaren van hun vastgoed het gesprek aangaan over verduurzaming.</p>
<p>Wat betekent committeren. Is dat letterlijk het ondertekenen van de Green Deal?</p>	<p>Het is niet nodig de Green deal te ondertekenen; wij vragen van zorgaanbieders dat zij zich mede inzetten de doelstellingen binnen de Green Deal Zorg 3.0 te behalen.</p>
<p>In het inkoopbeleid schetst u de volgende verwachtingen: "In lijn met de landelijke afspraken steunt Zilveren Kruis de acties uit de door de branches ondertekende Green Deal Duurzame zorg 3.0, de ZN-visie Verduurzaming Zorgsector en de sectorale uitvoeringsplannen van de Green Deal. Op het moment van publicatie van dit inkoopbeleid wordt nog gewerkt aan de concrete uitwerking van deze plannen. Per 1 januari 2024 verwacht Zilveren Kruis daarnaast van zorgaanbieders dat zij;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duurzaamheid hebben verankerd in hun strategie</li> <li>• Zich houden aan de landelijke CO2 doelstellingen</li> <li>• Aansluiten bij de geleidelijke aanpassing van de gebouwenvoorraad aan recente regelgeving in het bouwbesluit voor isolatie en de aangekondigde vervolgstappen ('BENG9 en uiteindelijk 'nul op de meter').</li> </ul>	<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>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart, inclusief strategisch vastgoedbeheerplan, aanleveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg". De eis is dat de zorgaanbieder hier 1 januari 2024 aan voldoet. We maken bezwaar tegen dit punt. Is er onderzocht of het percentage duurzaamheid in het NHC component voldoende is om deze duurzaamheids eisen in de praktijk uit te voeren? Daarnaast is de deadline ons inziens niet realistisch maar is het logischer hier de komende drie jaar aan te werken.</li> </ul>	
<p>Beschreven staat dat de verwachting van Zilveren Kruis is dat de zorgaanbieders: "Aansluiten bij de geleidelijke aanpassing van de gebouwenvoorraad". Wat wordt bedoeld met 'geleidelijk'? Geldt deze eis voor gebouwen in eigendom en gehuurde gebouwen?</p>	<p>Met geleidelijk bedoelen wij in dit kader de stapsgewijze aanpassing van de gebouwenvoorraad aan recente regelgeving (waaronder het bouwbesluit voor isolatie). Omdat het moment waarop investeringen / stappen op dit vlak voor zorgaanbieders passend zijn, verschilt (kijkend bijvoorbeeld naar de verschillende leeftijd en renovatiebehoefte van gebouwen), zal deze ontwikkeling geleidelijk plaatsvinden.</p>
<p>Per 1 januari 2024 verwacht Zilveren Kruis daarnaast van zorgaanbieders dat zij;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duurzaamheid hebben verankerd in hun strategie</li> <li>• Zich houden aan de landelijke CO2 doelstellingen</li> <li>• Aansluiten bij de geleidelijke aanpassing van de gebouwenvoorraad aan recente regelgeving in het bouwbesluit voor isolatie en de aangekondigde vervolgstappen ('BENG9 en uiteindelijk 'nul op de meter').</li> <li>• Een bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart, inclusief strategisch vastgoedbeheerplan, aanleveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg. Vraag: onze panden zijn niet ons eigendom. Daardoor hebben wij geen invloed op alle bovengenoemde zaken. Wat verwacht u van ons als aanbieder die een pand huurt? Wilt u hierover iets opnemen in uw zorginkoopbeleid?</li> </ul>	<p>Voor zorgaanbieders die géén vastgoed in eigendom hebben is deze vereiste niet noodzakelijk. Wel verwachten we ook van deze zorgaanbieders dat zij met de eigenaren van hun vastgoed het gesprek aangaan over verduurzaming.</p>
<p>Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich committeren aan doelstellingen Green deal 3.0. Is het bezitten van een Green Deal certificaat voldoende bewijs van commitment? Zo nee, waarom niet? Zijn er andere methoden?</p>	<p>Wij vragen van zorgaanbieders dat zij zich mede inzetten de doelstellingen binnen de Green Deal Zorg 3.0 te behalen. Het is niet nodig hier bewijs voor aan te leveren.</p>
<p>Wij onderschrijven de CO2 doelstellingen. Echter, met de aangekondigde bezuinigingen, inflatie en kostenstijgingen en de effecten daarvan op de exploitatie en het vermogen, zou de financierbaarheid van de doorgaans forse</p>	<p>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.</p>

investeringen onhaalbaar kunnen zijn. Is Zilveren Kruis voornemens om hier rekening mee te houden? Zo ja, hoe dan, zo nee, dan maken wij bezwaar tegen deze bepaling.	Ook nodigen wij u uit om specifieke knelpunten te delen met het zorgkantoor. Wij agenderen deze knelpunten op de daarbij passende overlegtafels.
Wij zijn bezig met het opstellen van een CO2 routekaart incl. strategisch vastgoedbeheerplan. Gedegen uitwerking vergt echter tijd. Hoe hard is de deadline van 1 januari 2024 voor de aanlevering van de bestuurlijk vastgestelde CO2 routekaart inclusief strategisch vastgoedbeheerplan bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg?	Met de inkoopvoorwaarden willen wij de benodigde beweging stimuleren en vragen wij van zorgaanbieders zich in te spannen voor de verduurzaming van de zorgsector. Genoemde ontwikkelingen sluiten aan bij de Green Deal Zorg 3.0 en wij denken dat deze een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders. 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.
Zorgkantoor spreekt een aantal verwachtingen uit rondom verduurzaming. O.a. doelstellingen Green Deal. Nog niet alle doelstellingen zijn concreet uitgewerkt. Dus wij kunnen ons hier nog niet aan committeren. Daarnaast daalt de NHC vergoeding en weten we niet of er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn om de genoemde verwachtingen waar te kunnen maken. Wat zijn de consequenties als een zorgaanbieders beargumenteerd tot andere keuzes komt dan de hier genoemde verwachtingen?	Met de inkoopvoorwaarden willen wij de benodigde beweging stimuleren en vragen wij van zorgaanbieders zich in te spannen voor de verduurzaming van de zorgsector. Wij vragen daarom van zorgaanbieders dat zij zich mede inzetten de doelstellingen binnen de Green Deal Zorg 3.0 te behalen. 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.
Heeft Zilveren Kruis visie over duurzaamheid in de zorg? Mogelijk om dit in toekomstig inkoopbeleid mee te nemen om zorgaanbieders te stimuleren om hier ook stappen in te maken?	In paragraaf 5.4 leest u meer over duurzaamheid. Ook in de landelijke inkoopvisie leest u meer terug over duurzaamheid.

## 5.5 We ondersteunen u met zorgaanbiedersanalyses

Vraag	Antwoord
Heeft ZK ook een doelmatigheidsvisie/doel voor het komende jaar/ de komende jaren? Zo ja, welke?	Onze visie is dat als wij de zorg en ondersteuning in de toekomst houdbaar willen houden, we moeten sturen op doelmatige inzet van zorgpersoneel en financiële middelen. Dat betekent efficiënt gebruik van zorgprofessionals, door het gesprek te voeren met klanten en hun sociaal netwerk wat zij kunnen doen, eventueel met gebruik van hulpmiddelen, en waarvoor daarnaast een professionele zorgverlener nodig is. Als het gaat om de financiële middelen willen wij de Wlz zorg betaalbaar houden door te sturen op de gemiddelde kosten per klant. Op dezelfde voet verder gaan met een groter wordende groep Wlz klanten leidt tot enorme kosten en dat is op termijn niet meer op te brengen. Dat vraagt dus om slimme oplossingen en het anders organiseren van

	de zorg. Op onze website kunt u meer lezen over onze visie.
Indien u ons als zorgaanbieder spiegelinformatie toestuurt is het van belang dat wij weten met welke organisaties wij vergeleken worden en welke berekeningen in absolute getallen hiervoor worden gebruikt.	Bij de spiegelinformatie geven wij aan hoe wij te werk zijn gegaan, zodat het gepresenteerde navolgbaar is voor u.
Kunt u aangeven hoe u deze spiegelinformatie gaat verzamelen, en hoe u denkt de onderlinge vergelijkbaarheid te valideren? En hoe borgt u dat dit ook weer niet leidt tot extra administratieve lasten?	Wij maken gebruik van data die bij ons bekend zijn op basis van declaraties, jaarrekening en openbare databronnen.

#### 5.6 We inspireren met goede voorbeelden en het delen van kennis

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 5.7 De zorgatlas geeft een beeld van het beschikbare zorgaanbod

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

### 6.1 Dit zorginkoopbeleid geldt voor zorgaanbieders in de V&V die Wlz-zorg in natura leveren

Vraag	Antwoord
Vraag: U geeft aan dat dit zorginkoopbeleid betrekking heeft op alle leveringsvormen in Zorg in Natura. Het gaat om de volgende vormen van zorg: (zie pag 30 – 6.1): Zorg met verblijf (ZZP), Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Deel Tijd verblijf (DTV). Geldt het volume plafond ook voor al deze vormen van zorg?	Het volumeplafond heeft alleen betrekking op intramurale zorg / Zorg met verblijf (ZZP), zie hiervoor paragraaf 6.5. DTV valt ook onder het volumeplafond/ VPT en MPT vallen niet onder het volumeplafond.
Het inkoopbeleid geldt voor verschillende zorgkantoorregio's. In hoeverre kan 1 inkoopbeleid voor diverse regio's recht doen aan de specifieke knelpunten in bepaalde regio's?	Het regionale inkoopbeleid is voor de regio's van Zilveren Kruis gelijk, maar de invulling kan verschillend zijn per zorgkantoorregio.

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

Vraag	Antwoord
U geeft aan dat u verwacht van zorgaanbieders dat ze de zorg leveren conform richtlijnen, protocollen en veldnormen. En dat verder de kwaliteitskaders van toepassing zijn voor de sector waarin een zorgaanbieder zorg levert. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	Wij zijn via ZN aangesloten op dit traject. Via ZN vindt ook afstemming plaats over hoe om wordt gegaan met vertraging van kwaliteitskompas. De algemene verwachting is nu nog steeds dat voldaan wordt aan het huidige kwaliteitskader totdat deze vervangen wordt voor een nieuw kader/kompas. Als er gegronde redenen zijn om af te wijken van het kader is het verzoek om hier dan actief over in gesprek te gaan met de zorginkoper en kwaliteitsadviseur van de regio. Wij ondersteunen de algemene lijn van het nieuwe kwaliteitskompas. De bouwstenen worden nog ontwikkeld in samenspraak met het veld. Op basis van uw vraag is het voor ons niet duidelijk wat u verwacht van ons t.a.v. een tegemoetkoming, we adviseren u deze vraag te bespreken met uw zorginkoper en/of kwaliteitsadviseur.
Hoe realistisch is deze verwachting voor de korte termijn als er onvoldoende geld en tijd beschikbaar is om te werken aan de transitie?	Deze verwachting is niet anders dan de huidige situatie. Als er gegronde redenen zijn om af te wijken, verzoeken we u om hierover actief over in gesprek te gaan met uw zorginkoper en kwaliteitsadviseur.
Het kwaliteitskader VV wordt op dit moment herijkt. Uw inkoopbeleid lijkt vooruit te lopen op het komende kwaliteitskompas V&V. Tegelijk	Het klopt dat wij met ons inkoopbeleid alvast willen aansluiten op het komende kwaliteitskompas. Wij denken dat het kwaliteitskompas aan gaat sluiten

<p>verwacht u dat wij zorg leveren conform het geldende kwaliteitskader V&amp;V. Bent u bereid te accepteren dat zorgaanbieders werken vanuit de uitgangspunten en/of gedachtegoed van het komende kwaliteitskompas VV en dat dit mogelijk afwijkt van het geldende kwaliteitskader VV? Zo ja, dan verzoeken wij u dit te vermelden in het inkoopbeleid. Zo nee, waarom niet?</p>	<p>bij de beweging welke nodig is om de zorg toekomstbestendig te organiseren. Het advies is om bij significante afwijkingen van het geldende kwaliteitskader dit met uw inkoper / kwaliteitsadviseur te bespreken en indien nodig afspraken hierover vast te leggen.</p>
---	---

### 6.3 Wij ontvangen van zorgaanbieders een inschrijving

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 6.4 Voor zorgaanbieders geldt een klant-werkgebiedratio

Vraag	Antwoord
Wij begrijpen de klant-werkgebied ratio niet. Gaat het bij Wlz zorg om alle klanten met een ZZP, VPT, MPT of DTV?	Dat klopt het gaat bij de Wlz zorg om alle Wlz zorg die geleverd wordt in de V&V.
Voor de klant-werkgebied ratio tellen de klanten Zvw-wijkverpleging mee. Betreft dit alle klanten van alle zorgverzekeraars of alleen klanten van Zilveren Kruis?	Het gaat om de Zvw-wijkverpleging klanten van alle zorgverzekeraars.
Wat betekent de klant-werkgebied ratio voor de keuzevrijheid van een klant?	De klant blijft keuzevrijheid houden uit de gecontracteerde zorgaanbieders. Wij houden in de gaten of het aantal zorgaanbieders waaruit gekozen kan worden voldoende is.
Wij begrijpen de klant-werkgebied ratio niet. Het gaat om het totaal aantal klanten aan wie Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging wordt geleverd. Wlz-zorg wordt geleverd aan klanten met een ZZP, VPT, MPT of DTV. De ratio moet uitkomen boven 3. Stel we hebben een verpleeghuis met 100 plaatsen/klanten in één postcodegebied. Daarnaast in 15 postcodegebieden gemiddeld 2 klanten met Zvw-wijkverpleging. Volgens uw rekenvoorbeeld leidt dat tot 130 klanten / 16 postcodes = 8,125, waarmee wordt voldaan aan de inkoopvoorwaarde. Klopt deze berekening?	Deze berekening klopt helemaal.
Stel dat wij bij de berekening klant-werkgebied uitkomen op een ratio van 2,75. Daarmee voldoen we dan niet aan de inkoopvoorwaarde van de minimale klant-werkgebied ratio. Wat verwacht het zorgkantoor in dat geval van ons? Moeten wij klanten die voor onze zorg gekozen hebben, mogelijk tegen hun zin, overdragen aan een collega, die wel een goede ratio heeft?	Als u een bestaande aanbieder bent, en het blijkt dat u bij de meting in 2023 niet voldoet gaan wij graag met u in gesprek. Daarbij bespreken wij welke mogelijkheden er zijn om toch te gaan voldoen in 2024. Het kan betekenen dat u er voor kiest om zich te concentreren op een beperkt aantal postcodegebieden en besluit om in een aantal postcodegebieden waar u nog een enkele

	<p>klant heeft geen nieuwe klanten meer te accepteren. Het doel is voorkomen van onnodige versnippering. In augustus 2024 wordt opnieuw getoetst of aan de ratio wordt voldaan. Mocht dat niet het geval zijn dan wordt niet voldaan aan de inkoopvoorwaarde klant-werkgebied ratio en wordt het eenjarige contract dat u heeft ontvangen niet verlengd voor 2025. Als u uiteindelijk niet voldoet aan de klant werkgebiedratio maken wij afspraken met u over de zorg voor bestaande klanten zoals bedoeld in artikel 19 lid 5 van de overeenkomst. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat ze alleen een overeenkomst krijgen als ze voldoen aan de inkoopvoorwaarden.</p>
<p>Stel, wij hebben 44 klanten in 15 postcoderegio's, waardoor de ratio net onder 3 komt te liggen en we niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden. Voldoen we aan de wens van samenwerking en voorkomen van versnippering door 2 klanten in één postcodegebied over te dragen aan een collega, waardoor we met 42 klanten in 14 postcoderegio's precies aan de ratio en de inkoopvoorwaarde voldoen?</p>	<p>Ja dat klopt, of door meer klanten in de 15 postcoderegio's te gaan bedienen.</p>
<p>Met betrekking tot de klant-werkgebied ratio geeft u aan: "De peildatum voor het vaststellen of aan de klant-werkgebied ratio is voldaan is 1 augustus t-1. Op basis van het aantal klanten waarvoor over de maand juni zorg is gedeclareerd wordt de klant-werkgebied ratio berekend." Wat is de relatie tussen peildatum 1 augustus t-1 en declaratie over de maand juni? Wordt met het oog op de overeenkomst 2024 met augustus t-1, augustus 2023 bedoeld en met juni, juni 2023?</p>	<p>Voor de berekening voor de overeenkomst 2024 wordt op peildatum 1 augustus 2023 gekeken naar de declaratiegegevens over de maand juni 2023. Declaraties over juni die later dan 1 augustus worden ingediend worden dus niet meegenomen in de berekening.</p>
<p>De klant-werkgebied ratio gaat uit van een peildatum t-1. Dit kan bij grote verzekerdenmutatie in de Zvw een effect hebben op de ratio. Op welke wijze wordt hier rekening mee gehouden?</p>	<p>Daar wordt in beginsel geen rekening mee gehouden. Neemt u bij bijzonderheden contact op met uw zorginkoper.</p>
<p>Vraag: Voldoet een zorgaanbieder, die een klant-werkgebied ratio heeft van 2,5 op basis van 10 postcodegebieden, aan de inkoopvoorwaarden als hij gaat samenwerken met een collega zorgaanbieder die in de betreffende postcodegebieden een klant-werkgebied ratio heeft van 7?</p>	<p>Ja dat klopt als u een gezamenlijke juridische entiteit vormt. U sluit dan samen één overeenkomst met Zilveren Kruis.</p>
<p>Vraag: Zilveren Kruis heeft de mogelijkheid om een uitzondering te maken voor zorgaanbieders in geval van specifieke omstandigheden. Hieronder verstaat het Zilveren Kruis onder andere: De zorgaanbieder levert zorg in dunbevolkte postcode gebieden waar weinig</p>	<p>Ook de genoemde doelgroepen vallen onder het specifieke zorgaanbod waarvoor een uitzondering gemaakt kan worden. Afhankelijk van de beschrijving die de zorgaanbieder opgeeft van het specifieke zorgaanbod wordt beoordeeld of een uitzondering gerechtvaardigd is.</p>

<p>andere zorgaanbieders zorg verlenen. De zorgaanbieder levert specifieke zorg, waarvoor in de betreffende postcodegebieden geen of weinig zorgaanbieders een alternatief gelijkwaardig aanbod leveren. Onder specifieke zorg wordt onder meer verstaan: palliatieve zorg, intensieve kindzorg, zorg aan MS-patiënten. Het betreft zorg aan kleine groepen klanten met een specifieke zorgvraag. Kan het Zilveren Kruis de specifieke zorg waarvoor in de betreffende postcodegebieden geen of weinig zorgaanbieders een alternatief gelijkwaardig aanbod leveren nader specificeren? Nu wordt genoemd palliatieve zorg, intensieve kindzorg, zorg aan MS-patiënten. Welke doelgroepen vallen hier nog meer onder (denk aan dementie op jonge leeftijd, NAH, NAH+, beademingszorg, LVHC-doelgroepen)?</p>	
<p>U beschrijft het volgende over de klant-werkgebied ratio “Dit is de verhouding tussen het totaal aantal klanten aan wie u Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging levert in de verschillende 4-cijferige postcodegebieden waarin deze klanten wonen en het totaal aantal 4-cijferige postcodegebieden van deze klanten. De peildatum voor het vaststellen of aan de klant-werkgebied ratio is voldaan is 1 augustus t-1. Op basis van het aantal klanten waarvoor over de maand juni zorg is gedeclareerd wordt de klant-werkgebied ratio berekend.” Dit komt overeen met de systematiek die wordt toegepast in het rekenvoorbeeld en de systematiek die ook wordt gehanteerd binnen de Zvw wijkverpleging. Echter staat ook vermeld dat “Om in aanmerking te komen voor een overeenkomst moet u gemiddeld minimaal 3 Wlz of Zvw wijkverpleging klanten per 4-cijferig postcodegebied hebben.” Dit doet vermoeden dat ook nog een individuele beoordeling per postcodegebied van toepassing is. Kunnen wij ervan uitgaan dat beoordeling geschiedt op basis van totaalniveau zoals beschreven in het rekenvoorbeeld? Zo nee, waarom is voor een andere systematiek gekozen?</p>	<p>Het rekenvoorbeeld is juist. Er vindt geen individuele toetsing plaats. Gekeken wordt naar het gezamenlijke gemiddelde.</p>
<p>Wanneer informeert het zorgkantoor een zorgaanbieder als deze niet voldoet aan de minimale klant-werkgebied ratio van 3?</p>	<p>Wij vragen aan een zorgaanbieder om zelf aan te geven of deze voldoet aan de klantratio dan wel hij van mening is dat een uitzonderingsituatie van toepassing is en waarom. Op de vermelde peildatum kijken wij of op basis van de bij ons bekende informatie wordt voldaan aan de ratio en zo niet of wij een uitzondering willen maken. Als wij twijfel hebben kunnen wij het aantal Zvw klanten opvragen of met u in gesprek gaan als u nog niet</p>

	<p>voldoet. Uiterlijk 8 september 2023 krijgt u van ons bericht over de beoordeling van de inschrijving.</p>
<p>Heeft klant werkgebied ratio betrekking op de thuiszorg vanuit de Wlz en de Zvw wijkverpleging, dus niet op de totale Wlz incl. intramuraal?</p>	<p>De klant werkgebied ratio heeft betrekking op de Wlz zorg in de V&amp;V en de Zvw wijkverpleging.</p>
<p>Indien we niet voldoen aan de ratio dienen we actief cliënten te weigeren in de wijk? Hoe ziet u dat voor zich?</p>	<p>Het doel is onnodige versnippering voorkomen. Door concentratie in een beperkt aantal postcodegebieden kan dat plaatsvinden. U kunt zelf richting klanten communiceren in welke postcodegebieden u zorg levert.</p>
<p>Zorg vanuit identiteit, wordt dit ook als specifiek gezien?</p>	<p>Doel is voorkomen van onnodige versnippering. Het is niet mogelijk om een antwoord te geven op deze vraag. Het zal afhangen van wat er onder wordt verstaan en hoeveel alternatief zorgaanbod aanwezig is in de regio. U kunt bij de inschrijving aangeven welk specifiek zorgaanbod u levert waarvoor u wilt dat wij een uitzondering maken.</p>
<p>Hoe wordt geborgd dat onze cliënten die identiteitsgebonden zorg vragen en van ons afnemen, dit in de toekomst ook kunnen blijven ontvangen? Wij maken bezwaar tegen het inperken van de keuzevrijheid voor identiteitsgebonden zorg. Wij verwachten onder meer knelpunten in dun bevolkte buitengebieden van kerkdorpen</p>	<p>De gedachte is dat als er behoefte is aan bepaalde identiteitsgebonden zorg dat ook blijkt uit het aantal klanten dat van deze zorg gebruik maakt. Wij vragen aan een zorgaanbieder om zelf aan te geven of deze voldoet aan de klantratio dan wel hij van mening is dat een uitzonderings situatie van toepassing is en waarom. Afhankelijk van de beschrijving die de zorgaanbieder opgeeft van het specifieke zorgaanbod wordt beoordeeld of een uitzondering gerechtvaardigd is.</p>
<p>Wij vinden de systematiek van een klant-werkgebiedratio "bijzonder" en "verrassend". Wij kunnen de uitkomst van deze ratio op dit moment niet overzien maar de gevolgen (een eenjarig contract) zijn aanzienlijk. Kunt u ons duidelijk maken wat er voor de berekening van de ratio precies moet gebeuren? Waarom krijgen organisaties niet langer de tijd en gelegenheid om aan deze nieuwe regeling te voldoen?</p>	<p>Op de genoemde peildatum van 1 augustus 2023 bekijken wij hoeveel Wlz V&amp;V klanten u in zorg heeft in hoeveel postcoderegio's. Als blijkt dat op basis van deze gegevens niet wordt voldaan aan de klant werkgebiedratio betrekken wij vervolgens het aantal Zvw wijkverpleging klanten bij de berekening. Wij kunnen u vragen deze informatie aan ons aan te leveren. Wij denken dat een overgangperiode van een jaar zorgaanbieders in staat stelt om keuzes te maken die bijdragen aan het voorkomen van onnodige versnippering. Dat kan zijn het beperken van het aantal postcoderegio's en concentratie van zorg, samenwerking met andere zorgaanbieders of actief meer Wlz klanten van zorg gaan voorzien in de gekozen postcoderegio's.</p>
<p>Wij vinden de systematiek van een klant-werkgebiedratio "bijzonder" omdat deze de WLZ-financiering overstijgt. Waarom neemt u in uw berekening wel Zvw-clieënten mee, maar bijvoorbeeld niet wmo-clieënten? Mogen wij wettelijk het zorgkantoor wel inzicht geven in het klantenbestand van de Zvw?</p>	<p>We hebben er voor gekozen naast de Wlz klanten wel de Zvw wijkverpleging klanten mee te nemen, omdat de betreffende zorg vergelijkbaar is met Wlz zorg en Wlz klanten vaak voordat zij in de Wlz een indicatie hebben ontvangen wijkverpleging vanuit de Zvw hebben gehad. Wij willen hiermee zoveel mogelijk voorkomen dat klanten door een andere financiering van zorg ook van zorgaanbieder moeten wisselen. De ondersteuning die geboden</p>



	<p>vanuit de WMo heeft minder overlap met de Wlz-zorg en nemen we daarom niet mee. Wij vragen niet om klantgegevens van klanten die zorg van u ontvangen vanuit de Zvw. Slechts het aantal klanten dat u in zorg heeft op de vermelde peildatum is voor ons van belang.</p>
<p>Wordt bij de berekening van de klant-werkgebied ratio ook rekening gehouden met bovenregionale zorg ten opzichte van het gemiddeld minimaal 3 Wlz of Zvw wijkverpleging klanten per 4-cijferig postcodegebied.</p>	<p>Het gaat om het totaal aantal Wlz VV en Zvw wijkverpleging klanten en postcodegebieden in het werkgebied van Zilveren Kruis Zorgkantoor.</p>
<p>Is de ratio van toepassing voor alle bewoners binnen alle Zilveren Kruis regio's? Of wordt dit per regio apart berekend?</p>	<p>De klant-werkgebied ratio wordt berekend op totaal niveau over het werkgebied van Zilveren Kruis, dus niet apart per regio.</p>
<p>In de toelichting hebben jullie opgenomen samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en te veel versnippering te willen voorkomen. Wat verstaan jullie onder versnippering? Wij begrijpen in dit kader ook niet wat de ratio hierbij gaat helpen. Bepalend is het aantal unieke klanten, als organisaties daarop gaan sturen en hun zorgaanbod gaan uitbreiden, dan ligt de focus op de eigen bedrijfsvoering en niet op samenwerking. Kunt u aangeven hoe u samenwerking tussen aanbieders gaat meewegen in het bepalen van de ratio?</p>	<p>Wij willen voorkomen dat er onnodig veel verschillende zorgaanbieders in hetzelfde postcodegebied werkzaam zijn die slechts een enkele klant van zorg voorzien. Efficiënte inzet van personeel en binding met de wijk wordt steeds belangrijker. Maar ook de samenwerking met zorgaanbieders die gelijktijdig of volgtijdig zorg leveren aan klanten. Bij het bepalen van de ratio weegt de samenwerking tussen zorgaanbieders niet mee. Wel als u besluit een fusie aan te gaan of gaat werken met onderaanneming.</p>
<p>Wij leveren een geclusterde woonvorm, waarbij uitbreiding van capaciteit afhankelijk is van de nieuwbouwplannen en -planning? Als wij niet direct aan de ratio kunnen voldoen binnen 1 jaar, welke consequenties heeft dit voor eventuele vervolg afspraken?</p>	<p>In het geval van zorg in een geclusterde woonvorm wonen meerdere mensen in hetzelfde postcodegebied en zal al snel aan de klant-werkgebied ratio worden voldaan. Als u op de peildatum in augustus 2024 niet aan de gestelde voorwaarde voldoet betekent dat dat wij geen overeenkomst met u aangaan voor 2025. Voor die tijd gaan we graag met u in gesprek om uw individuele situatie en de eventuele mogelijkheden om toch te gaan voldoen te bespreken.</p>
<p>Stel dat wij bij de berekening klant-werkgebied uitkomen op een te lage ratio. Daarmee voldoen we dan niet aan de inkoopvoorwaarde van de minimale klant-werkgebied ratio. Wat verwacht het zorgkantoor in dat geval van ons? Moeten wij klanten die voor onze zorg gekozen hebben, mogelijk tegen hun zin, overdragen aan een collega, die wel voldoet aan de klant-werkgebiedratio heeft? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot de vrije keuze van klanten?</p>	<p>Als u niet voldoet aan de klant-werkgebied ratio en hier komend jaar wel aan wil gaan voldoen gaan we graag met u in gesprek over mogelijkheden om meer klanten in zorg te nemen, te concentreren in een beperkt aantal postcodegebieden of te gaan samenwerken met andere zorgaanbieders.</p> <p>Als u uiteindelijk niet voldoet aan de klant werkgebiedratio maken wij afspraken met u over de zorg voor bestaande klanten zoals bedoeld in artikel 19 lid 5 van de overeenkomst. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat ze alleen een overeenkomst krijgen als ze voldoen aan de inkoopvoorwaarden.</p>

	<p>Wij vinden het belangrijk dat klanten keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders en houden het gecontracteerde zorgaanbod per postcodegebied daarom in de gaten. Bij een te beperkt aanbod kunnen wij alsnog uitzonderingen maken op de klant-werkgebied ratio.</p>
<p>Stel dat wij bij de berekening klant-werkgebied uitkomen op een ratio van &lt;3. Wat verwacht het zorgkantoor dan van ons? Moeten wij klanten die voor onze zorg hebben gekozen, mogelijk tegen hun zin, overdragen aan een collega die wel een goede ratio heeft? En hoe zou dit in zijn werking gaan bij intramurale cliënten?</p>	<p>Als u niet voldoet aan de klant-werkgebied ratio en hier komend jaar wel aan wilt gaan voldoen gaan we graag met u in gesprek over mogelijkheden om meer klanten in zorg te nemen, te concentreren in een beperkt aantal postcodegebieden of te gaan samenwerken met andere zorgaanbieders. Wij vinden het belangrijk dat klanten keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders en houden het gecontracteerde zorgaanbod per postcodegebied daarom in de gaten. Bij een te beperkt aanbod kunnen wij uitzonderingen maken op de klant-werkgebied ratio.</p> <p>Als u uiteindelijk niet voldoet aan de klant werkgebiedratio maken wij afspraken met u over de zorg voor bestaande klanten zoals bedoeld in artikel 19 lid 5 van de overeenkomst. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt dat ze alleen een overeenkomst krijgen als ze voldoen aan de inkoopvoorwaarden.</p> <p>Wij verwachten dat zorgaanbieders die ook intramurale zorg verlenen bij niet voldoen aan de klant-werkgebied ratio er voor kiezen de intramurale zorg te blijven verlenen.</p>
<p>Het huidige inkoopbeleid ziet op een driejarige contractering. Staat daarmee ook de in het inkoopbeleid genoemde klant-werkgebiedratio voor een termijn van drie jaar vast of zal hier op jaarbasis naar gekeken en nog eventueel aangepast worden?</p>	<p>Het beleid staat in beginsel vast voor drie jaar. Wij hebben wel het recht voorbehouden om in de in het inkoopdocument beschreven situaties het beleid aan te passen.</p>
<p>Hoe verhoudt zich dit tot de productontwikkeling VPT in de Wijk? Dat kan betekenen dat er nieuwe postcodegebieden worden toegevoegd aan de huidige regio (bijv. een dorp waar nu nog relatief weinig zorg wordt geboden). Wat als we in de ontwikkelfase niet voldoende aan de ratio van 3?</p>	<p>Voor de berekening worden alleen de postcodegebieden meegeteld waarin klanten woonachtig zijn die zorg van uw organisatie ontvangen. De ratio wordt berekend over alle postcodegebieden waar deze klanten wonen in het totale werkgebied van Zilveren Kruis. Voor zorgaanbieders die in 2023 een contract met ons hebben geldt een overgangsjaar. In augustus 2024 wordt de klant-werkgebiedratio opnieuw berekend, als niet wordt voldaan aan de ratio wordt het 1-jarige contract niet verlengd naar 2025.</p>
<p>"Dit is de verhouding tussen het totaal aantal klanten aan wie u Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging levert". Wij bieden ook veel</p>	<p>We hebben er voor gekozen naast de Wlz klanten wel de Zvw wijkverpleging klanten mee te nemen, omdat de betreffende zorg vergelijkbaar is met Wlz</p>

<p>huishoudelijke hulp aan vanuit de Wmo. Indien u versnippering wilt tegengaan, waarom worden dan het aantal Wmo klanten niet meegenomen in de bepaling van het klant-werkgebiedratio?</p>	<p>zorg en Wlz klanten vaak voordat zij in de Wlz een indicatie hebben ontvangen wijkverpleging vanuit de Zvw hebben gehad. Wij willen hiermee zoveel mogelijk voorkomen dat klanten door een andere financiering van zorg ook van zorgaanbieder moeten wisselen.</p>
<p>De peildatum voor het vaststellen of aan de klant-werkgebied ratio is voldaan is 1 augustus t-1. Waarom wordt er gekozen voor een peilmoment van 1 dag?</p>	<p>Wij kijken naar de declaratiegegevens over de maand juni. De meeste declaraties over juni worden in juli ingediend. Voor alle duidelijkheid hebben we opgenomen dat het peilmoment 1 augustus is. Declaraties over de maand juni die later dan 1 augustus worden ingediend worden dus niet meegenomen in de berekening van de klant-werkgebied ratio.</p>
<p>Hoe verhoudt de klant-werkgebiedratio zich tot vrije keuze van de zorgvrager voor een bepaalde zorginstelling? En hoe ziet u de werking van de klant-werkgebiedratio voor zich bij een kleine vv instelling als de onze? Wij bieden aan 15 bewoners wlz zorg (vpt) en zien dat zorgvragers zeer bewust vanuit onze regio maar ook van daarbuiten voor ons verpleeghuis kiezen. Het toepassen van de ratio bij zo'n klein aantal bewoners én daarop sturen via inkoopafspraken is dan niet reëel.</p>	<p>Voor de berekening van de klant-werkgebiedratio tellen alle Wlz klanten VV mee, dus ook de klanten die VPT geclusterd ontvangen. De klanten die geclusterd VPT ontvangen wonen zeer waarschijnlijk in hetzelfde vier cijferige postcodegebied en dus wordt er al snel voldaan aan de klant-werkgebiedratio.</p>
<p>Wanneer krijg ik te horen of ik als zorgaanbieder aan de voorwaarde voldoen en een meerjaren overeenkomst of een eenjarige overeenkomst aangeboden krijgen? Krijg ik de onderbouwing hiervan toegezonden om te controleren?</p>	<p>Bij de terugkoppeling van de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving, die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt, leest u welke overeenkomst Zilveren Kruis voornemens is aan te gaan met uw organisatie. Hierin is mede de terugkoppeling ten aanzien van de klantwerkgebied ratio opgenomen.</p>
<p>Ik merk dat het effect van het klant werkgebied ratio mij nog onduidelijk is. Cliënten komen naar een geclusterde setting toe. Vanuit de regio. Hoe werkt het praktisch?</p>	<p>Een geclusterde setting van &gt;3 Wlz klanten voldoet aan de ratio. Het gaat hier om de plek waar de zorg wordt geleverd, niet waar de klant vandaan komt.</p>
<p>We zijn geen zorgkantoren tegen gekomen die werken met een klantwerkgebied ratio. Is dit niet haaks op het personeelstekort. Hebben we in Nederland niet alle goed gekwalificeerder organisatie nodig om voldoende thuiszorg te leveren? In sommige jonge nieuwbouwwijken zijn 20 unieke postcodes en woont toch 1 wlz cliënt? Concrete vraag wie heeft dit bedacht?</p>	<p>Goede samenwerking tussen zorgaanbieders, efficiënte inzet van personeel en binding met de wijk zijn belangrijk. Te veel versnippering staat samenwerking in de weg en daarom willen we onnodige versnippering zoveel mogelijk voorkomen. We hanteren om deze reden vanaf 2024 een klant-werkgebied ratio. Uitzonderingen zijn mogelijk, u leest hier meer over in het inkoopbeleid paragraaf 6.4. Het inkoopbeleid is opgesteld door het zorgkantoor.</p>
<p>Als je VPT in de wijk wilt starten, maar nog niet voldoet aan 3 cliënten per postcodegebied, kan je feitelijk dus niet starten. Hoe stimuleert het zorgkantoor dan toch deze beweging?</p>	<p>Voor zorgaanbieders die in 2023 een contract met ons hebben voor de Wlz sector VV geldt een overgangperiode van 1 jaar. Voor nieuwe zorgaanbieders geldt de klant-werkgebied ratio vanaf 2024 als inkoopvoorwaarde. In paragraaf 6.4.2. is beschreven dat een nieuwe zorgaanbieder bij zijn inschrijving moet aangeven</p>

	vanaf welk moment deze denkt te voldoen aan de inkoopvoorwaarde. Het moet voldoende aannemelijk zijn dat uiterlijk 1 augustus 2024 aan de voorwaarde wordt voldaan.
<i>Subparagraaf 6.4.1</i>	
Wij hebben bezwaar tegen het feit dat een aanbieder mogelijk voor 2024 een eenjarige overeenkomst krijgt op basis van nieuw beleid waarop niet kan worden voorbereid. Dit vinden we niet proportioneel. Wilt u voor aanbieders die nu een meerjarige overeenkomst hebben en (nog) niet voldoen aan de klant-werkgebied ratio, toch uitgaan van een nieuwe meerjarige overeenkomst?	Nee, wij passen ons beleid niet aan. Voor aanbieders die in 2023 een overeenkomst hebben met ons geldt het jaar 2024 als overgangsjaar, hetgeen wij proportioneel achten.
Hoeveel tijd krijg je als kleine aanbieder om die groei te realiseren van minimaal 3 cliënten in een postcode gebied als je cliënten nu verspreid zijn over heel Rotterdam. Speelt Zilveren Kruis straks hier een actieve rol in d.m.v. doorverwijzen van cliënten?	Er geldt een ingroei mogelijkheid van 1 jaar voor zorgaanbieders die in 2023 een Wlz contract met ons hebben voor de VV sector. Zilveren Kruis verwijst geen klanten. Wel hebben wij in beeld met welke zorgaanbieders afspraken over extramurale zorg zijn gemaakt. Deze informatie verstrekken wij aan klanten die daarom vragen en deze informatie is ook beschikbaar in de Zorgatlas.
<i>Subparagraaf 6.4.2</i>	
U stelt een klant-werkgebied ratio te willen hanteren. Wij zijn een lokaal verankerde zorgorganisatie in een gemeente met 9 postcodegebieden waarin wij zorg leveren. De klant-werkgebied ratio belemmert ons in de verdere ontwikkeling van het benodigde aanbod Wlz zorg thuis. In een recent gesprek met onze zorgverkoper is juist een oproep gedaan om ons zorgaanbod in de gehele gemeente in te zetten. Dit staat nu haaks op het klant-werkgebied ratio. Bent u bereid om de klant-werkgebied ratio te laten vervallen en een meerjarige overeenkomst aan te bieden als de zorginkoper eerder het verzoek heeft gedaan om uit te breiden, ook al wordt daardoor de nu gestelde klant werkgebied ratio niet gehaald?	De toenemende zorgvraag wordt de komende tijd steeds vaker anders dan via intramurale zorg opgevangen. Zorginkopers bespreken met zorgaanbieders welke mogelijkheden zij hebben om meer zorg extramuraal te leveren. Het blijft daarbij van belang om de beperkt beschikbare personeelscapaciteit zo efficiënt mogelijk in te zetten. Dat maakt dat wij zorgaanbieders vragen om goed te kijken naar een optimale inzet. Het beperken van het aantal postcodegebieden, waarbij meer klanten in deze postcodegebieden bediend kunnen worden draagt daar aan bij. Voor het berekenen van de ratio nemen wij alle Wlz klanten mee die V&V zorg ontvangen (ZZP, MPT, VPT en DTV) en de klanten die vanuit de Zvw wijkverpleging ontvangen. In reactie op uw vraag, we maken in betreffende situatie hier niet op voorhand een uitzondering voor. In het inkoopbeleid is aangegeven op grond waarvan we als zorgkantoor een uitzondering kunnen maken.

## 6.5 Voor intramurale zorg spreken we een volumeplafond af

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid staat: "Het volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen voor intramurale zorg per jaar. We bepalen het	We berekenen dit op de volgende wijze: we bekijken eerst per zorgaanbieder in welke maand naar verhouding de meeste dagen intramurale

<p>aantal dagen op basis van de maand met het hoogste aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023.” Dit kunt u vast beter uitleggen, inclusief voetnoot 10. Wij begrijpen dit niet. Graag met uitgebreide ondersteuning met cijfers.</p>	<p>zorg zijn gedeclareerd. We kijken hiervoor naar alle maanden in 2022 en de eerste vier maanden van 2023. De maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg noemen we maand X. Vervolgens bepalen we het aantal dagen voor het plafond als volgt: (het aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in maand X)/(het totaal aantal kalenderdagen maand X) x (het aantal dagen per jaar). Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. De declaraties VV9B en VV10 laten we buiten beschouwing.</p> <p>Nu aan de hand van een voorbeeld.</p> <p>Stel de zorgaanbieder declareert in de maanden januari 2022 t/m februari 2023 per maand 3000 dagen intramurale zorg. In maart en april 2023 declareert de zorgaanbieder 3100 dagen. De maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen is in dit geval april 2023, het uitgangspunt voor het bepalen van het aantal dagen is 3100.</p> <p>We berekenen het volumeplafond voor 2024 als volgt: <math>(3100/30) \times 366</math>. Het volumeplafond is 37820 dagen.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat: “Het volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen voor intramurale zorg per jaar.” Daarna volgt een ingewikkelde berekening. Wij hebben daar bezwaar tegen. Waarom wordt het volumeplafond niet berekend op basis van aantal feitelijke/erkende intramurale plaatsen x aantal dagen per jaar? Wilt u dat alsnog op deze wijze toepassen?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons ook niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons wel bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten op basis van het inkoopbeleid passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p>
<p>Door de berekening van het volumeplafond kan het zijn dat wij te maken krijgen met een leegstand van een aantal plaatsen, dat daarna een gegeven is voor de toekomst. Dat is niet wenselijk en niet rendabel. Het past zelfs niet in het inkoopdoel om te voorzien in voldoende passende zorg, waarbij intramurale plaatsen beschikbaar blijven voor zwaardere en complexere zorg dan in de thuisituatie geleverd kan worden, zorg waarvan we weten dat daar meer vraag naar zal komen. Kunt u één goede reden geven waarom u bij aanbieders leegstand gaat creëren, die</p>	<p>Wij zijn het met u eens dat leegstand van bestaande capaciteit onwenselijk is. Wij delen uw mening niet dat we met het toepassen van het intramurale plafond leegstand creëren. Bij de bepaling van het plafond houden we rekening met eventuele leegstand door over een langere periode het aantal gedeclareerde intramurale dagen te beoordelen en op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg het plafond vast te stellen. Daarnaast toetsen wij deze cijfers aan de meest recente cijfers uit de declaraties. Als deze meest recente declaraties een ander beeld</p>

<p>regionaal de omvang van een verpleeghuis kan zijn?</p>	<p>laten zien, passen wij de afspraak hierop aan. Het plafond wordt, indien daar sprake van is, opgehoogd met eventuele goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen.</p> <p>Alleen in de situatie waarin over de gehele periode tussen januari 2022 en juni 2023 leegstand is geweest, kan er sprake zijn van een te laag plafond. Indien u van mening bent dat de afspraak niet passend is, kunt u een gemotiveerd verzoek tot aanpassing indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van langdurige leegstand als gevolg van vernieuwbouw, renovaties en personeelstekorten of bij fusies en overnames.</p> <p>Wellicht ten overvloede is het goed te vermelden dat het plafond een maximum aantal te declareren dagen betreft en geen budget vertegenwoordigt waar u als zorgaanbieder recht op heeft. De daadwerkelijke uitbetaling vindt plaats op basis van de daadwerkelijke bezetting en declaraties.</p>
<p>Op pagina 11 van het inkoopbeleid (paragraaf 1.3.2) geeft u aan: “We sluiten niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.” Wij beschouwen uw rekenmethode voor het vaststellen van het volumeplafond voor 2024 als het afspreken van lagere volumeplafonds, omdat die veelal leidt tot een lager plafond dan het maximaal beschikbare volume (capaciteit x aantal dagen). De uitvoering is derhalve strijdig met uw eigen beleid. Wij verzoeken u daarom de berekening van het volumeplafond aan te passen en te baseren op capaciteit x aantal dagen. Gaat u dat overnemen?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons ook niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. U geeft aan dat u deze afspraak ziet als lagere volumeplafonds. We delen deze zienswijze niet. We verwachten op basis van het inkoopbeleid passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand (in de periode januari 2022 t/m april 2023) of bij fusies of overnames.</p>

	<p>Eventuele aanpassingen in de toekomst naar lagere volumeplafonds kunnen alleen voortkomen uit een aanpassing van het beleid vanuit het Ministerie van VWS (aanpassing in het totaal aantal intramurale plekken). In de basis spreken wij de volumeplafonds af voor de looptijd van het inkoopbeleid.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p>
<p>Waarom mag de eventuele intramurale ruimte tussen het volumeplafond en de maximale capaciteit van een verpleeghuis niet worden benut voor intramurale zorg?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons ook niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag.</p> <p>We verwachten passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van leegstand als gevolg van vernieuwbouw, renovaties of personeelstekorten of bij fusies of overnames.</p>
<p>Uit het invoeren van een volumeplafond, dat vermoedelijk (in een aantal gevallen) lager ligt dan de maximale capaciteit van een locatie, maken wij op dat u accepteert dat er mensen (langer) op de wachtlijst blijven staan die de potentieel beschikbare verpleeghuisplaats hard nodig hebben. Kunt u dat toelichten waarom u dat creëert? Kunnen wij cliënten die hun afspraak op een verpleeghuisplaats willen verzilveren, maar die wij niet kunnen honoreren vanwege het volumeplafond, naar u doorsturen voor (juridische) afhandeling?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen.</p> <p>Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag.</p> <p>We verwachten passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste</p>

	<p>gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023.</p> <p>We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van leegstand als gevolg van vernieuwbouw, renovaties of personeelstekorten of bij fusies of overnames.</p> <p>De situatie die u schetst dat huidige capaciteit niet benut wordt voorkomen we door deze werkwijze.</p>
<p>Geldt het volumeplafond dat in 2023 wordt vastgesteld voor de looptijd van de overeenkomst (2024-2026)?</p>	<p>In de berekening voor het bepalen van het volumeplafond houden we rekening met het aantal dagen per jaar. Hiermee is het volumeplafond in een schrikkeljaar iets hoger dan in de andere jaren.</p> <p>Voor het overige geldt dat het uitgangspunt is dat de afspraak voor meerdere jaren geldt, tenzij we de beleidslijn aanpassen via een aanvulling op het inkoopbeleid. Dit kan ook gedurende de looptijd van het inkoopbeleid (zoals ook in paragraaf 1.3.2 is toegelicht). Dit omdat VWS er op termijn van uit gaat dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. We sluiten daarom niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p>
<p>Uiterlijk 1 september 2023 informeert u ons over het volumeplafond. Binnen een week moeten we daar op reageren als we vinden dat het plafond niet passend is. Vervolgens koppelt u de uitkomst terug uiterlijk 25 oktober 2023. Dat vinden wij niet in evenwicht. Wat gebeurt er als wij de termijn van reageren van uiterlijk 8 september 2023 overschrijden? Het volumeplafond is heel essentieel voor de continuïteit van de organisatie en verdient meer aandacht dan een snelle reactie binnen een</p>	<p>We snappen dat deze termijn kort is. We passen deze termijn aan naar twee weken.</p> <p>U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelingbrief) en 22 september 2023 sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwz@zilverenkruis.nl">zorginkoopwz@zilverenkruis.nl</a>. Nadere informatie over het proces leest u in de terugkoppelingbrief die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt.</p>



<p>week. Dat lijkt (juridisch) niet zorgvuldig. Wilt u de reactieperiode met twee weken, doch minimaal één week opschuiven?</p>	<p>Verder wijzen wij u er op dat u op basis van de informatie in het inkoopbeleid zelf het volumeplafond kunt berekenen. Het aantal gedeclareerde intramurale dagen die wij als zorgkantoor als basis nemen, is in de tweemaandelijke zorgkostenmonitor opgenomen en kunt u ter controle naast uw eigen data gebruiken. Op basis van de uitkomst van uw eigen berekening kunt u beoordelen of het volumeplafond passend is. Indien dit niet het geval is kunt u alvast een gemotiveerd verzoek voorbereiden.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat: “Indien de zorgaanbieder op enig moment op maandbasis meer declareert dan met het volumeplafond de verwachting is, neemt de zorgaanbieder hierover direct contact op met de zorginkoper bij het zorgkantoor.” Kunt u dat nader toelichten? Wij gaan ervan uit dat we 6 maanden meer zullen declareren dan het volumeplafond en 6 maanden minder, zodat we het volumeplafond geheel benutten. Als we alleen op het gemiddelde van het volumeplafond of daaronder per maand mogen declareren, dan gaat dat niet werken.</p>	<p>Het volumeplafond is geen budget waar u als zorgaanbieder recht op heeft. Het betreft het maximale aantal dagen dat u kunt declareren.</p> <p>Op basis van uw vraag gaan we er van uit dat u denkt dat volumeplafond op basis van een gemiddeld aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg wordt bepaald. Dit is niet het geval. We berekenen het volumeplafond op de volgende wijze: we bekijken eerst per zorgaanbieder in welke maand naar verhouding de meeste dagen intramurale zorg zijn gedeclareerd.</p> <p>We kijken hiervoor naar alle maanden in 2022 en de eerste vier maanden van 2023. De maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg noemen we maand X. Vervolgens bepalen we het aantal dagen voor het plafond als volgt: <math>(\text{het aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in maand X}) / (\text{het totaal aantal kalenderdagen maand X}) \times (\text{het aantal dagen per jaar})</math>. Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. De declaraties VV9B en VV10 laten we buiten beschouwing.</p> <p>Door deze manier van berekening is onze verwachting dat zorgaanbieders in de regel onder het volumeplafond blijven.</p>
<p>Wij zijn een zorginstelling waarbij in een appartement ook geïndiceerde echt)paren gehuisvest kunnen worden. Dit varieert afhankelijk van de zorgvraag en de wachtlijst. Met het creëren van een volumeplafond bestaat het risico dat wachtlijsten oplopen en/of ongewenste leegstand ontstaat. Tevens heeft u het voor het volumeplafond over aantal dagen,</p>	<p>We zijn het met u eens dat leegstand van bestaande capaciteit niet wenselijk is. We willen dit ook voorkomen en houden hier bij het bepalen van het volumeplafond rekening mee.</p> <p>We bepalen daarom het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de</p>

<p>terwijl het in deerschikking gaat om financiën. Met name dat laatste is waar het volgens ons om gaat om de zorgkosten voor de overheid te beheersen. Kunt u het nut van een volumeplafond meer duiden (ook in relatie tot geld volgt klantmodel)?</p>	<p>periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand of bij fusies of overnames.</p> <p>We kiezen voor een volumeplafond omdat we de groei van intramurale zorg willen beperken en extramurale zorg willen stimuleren. We kiezen bewust voor een volumeplafond in aantal dagen en niet in geld. Dit omdat er bij een volumeplafond in geld bij een verschuiving naar zwaardere zorg minder klanten intramurale zorg kunnen krijgen en hier door leegstand ontstaat. Dit vinden we onwenselijk.</p> <p>Wellicht ten overvloede is het goed te vermelden dat het plafond een maximum aantal te declareren dagen betreft en geen budget vertegenwoordigt waar u als zorgaanbieder recht op heeft. De daadwerkelijke uitbetaling vindt plaats op basis van de daadwerkelijke bezetting en declaraties.</p> <p>We willen extramurale zorg stimuleren, een geld volgt klant model draagt hieraan bij.</p>
<p>De zorgorganisatie ontvangt een volumeplafond voor de intramurale dagen. Welk effect heeft het voor een zorgorganisatie als VPT/MPT wordt aangeboden op het volumeplafond?</p>	<p>Het volumeplafond geldt alleen voor intramurale zorg. Dus zorg gedeclareerd met een VPT/MPT valt niet onder dit volumeplafond.</p>
<p>Vraag &amp; Bezwaar: Met ons als zorgaanbieder spreekt u een volume plafond af. Het volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen voor intramurale zorg per jaar. U geeft aan dat dit plafond bepaald wordt door het aantal dagen op basis van de maand met het hoogste aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. De periode 2022 waar mee gerekend wordt, was nog steeds corona-periode en daardoor niet representatief voor gemiddelde declaraties. Waarom is voor deze periode gekozen? En wordt hier rekening mee gehouden? Indien ons volumeplafond lager is dan 630 bedden dan</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest</p>

<p>dienen wij bezwaar in, zie ons Pro Forma bezwaar met kenmerk ZGA/BH/20230531-1</p>	<p>recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een substantieel ander beeld laten zien passen we de afspraken, afhankelijk van de redenen, hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand bijvoorbeeld door corona.</p> <p>Wellicht ten overvloede is het goed te vermelden dat het plafond een maximum aantal te declareren dagen betreft en geen budget vertegenwoordigt waar u als zorgaanbieder recht op heeft. De daadwerkelijke uitbetaling vindt plaats op basis van de daadwerkelijke bezetting en declaraties.</p>
<p>U geeft aan dat het volumeplafond intramurale zorg wordt bepaald op basis van “het aantal dagen op basis van de maand met het hoogste aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.” Wij hebben in de genoemde periode leegstand gehad met verschillende redenen die reeds bij u bekend zijn. U geeft ook aan dat als het volumeplafond voor intramurale prestaties als niet passend wordt ervaren door tijdelijke leegstand hier gemotiveerd een verzoek voor aanpassing op kan worden ingediend na 1 september. Kunnen wij ervan uitgaan dat leegstand in de genoemde periode die reeds bij u bekend al wordt verwerkt in het voorstel dat wij 1 september ontvangen via de terugkoppelingsbrief? Dit draagt wat ons betreft bij aan het beperken van de administratieve lasten.</p>	<p>De zorginkopers kunnen niet voor elke zorgaanbieder goed inschatten wat eventuele leegstand was of wat eventuele plannen zijn voor de invulling van de leegstaande plekken. We vragen om deze reden aan de zorgaanbieders een gemotiveerd verzoek in te dienen als de afspraak niet passend is.</p>
<p>hoe gaat u om met verschillen in bezetting tussen Wlz (9b) cliënten en ZvW (DBC/ELV) cliënten op onze revalidatie locatie bij het bepalen van het volumeplafond. Deze verhouding schommelt per maand en zal dat in de toekomst ook doen. Het kan toch niet zo zijn dat het maximeren van de Wlz daar zorgt voor</p>	<p>Deze situatie willen we inderdaad voorkomen. We nemen declaraties voor ZvW 9B daarom niet mee voor het bepalen van het volumeplafond. Deze declaraties vallen ook niet onder het volumeplafond voor intramurale zorg. Wij passen ons beleid hier op aan.</p>

<p>leegstand als het aantal DBC/ELV in een periode lager wordt, maar er wel aanbod van ZZP 9b is, met als gevolg dat de doorstroming vanuit de ziekenhuizen stopt?</p>	
<p>Het volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen. Wordt hierbij geen onderscheid in zorgproducten gemaakt?</p>	<p>Dat klopt, het gaat om het aantal dagen intramurale zorg. Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. VV9B en VV10 maken ook geen onderdeel uit van het intramurale plafond. Dit laatste is een aanpassing van het inkoopbeleid.</p>
<p>Indien de peilperiode voor het bepalen van het volumeplafond niet juist is door tijdelijke leegstand, kan een gemotiveerd verzoek worden ingediend om het volumeplafond bij te stellen. Waar moet dit verzoek worden ingediend?</p>	<p>U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelsbrief) en 22 september 2023 sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwlv@zilverenkruis.nl">zorginkoopwlv@zilverenkruis.nl</a>. Nadere informatie over het proces leest u in de terugkoppelsbrief die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt.</p>
<p>Uw uitgangspunt geeft voor onze organisatie een hogere intramurale leegstand dan de leegstandnorm waar het nhc tarief op is gebaseerd en een hogere intramurale leegstand dan die van voor de Corona uitbraak. Uw uitgangspunt dat bij het door u voorgestelde richttariefpercentage 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de WLZ is houdt geen rekening met de hogere intramurale leegstand daar deze in 2021 nog (deels) gecompenseerd werd door de doorlopende kosten fase 4. De huidige intramurale capaciteit is indien er geen capaciteitsaanpassingen in de huidige intramurale capaciteit plaatsvinden onomkeerbare capaciteit. Vanuit de Zvw is het verzoek aan Zorgaanbieders om de uitstroom naar de WLZ te beperken. Dit verzoek kan een verhogend effect op het aantal intramurale WLZ dagen met zich meebrengen. Waarom vindt u het verschil tussen de huidige capaciteit en de gedeclareerde capaciteit niet onomkeerbaar? Waarom wordt het volumeplafond niet berekend op basis van aantal toegekende/erkende intramurale plaatsen x aantal dagen per jaar? Wilt u dat alsnog op deze wijze toepassen?</p>	<p>De term “onomkeerbaar” wordt gehanteerd voor het beoordelen van intramurale uitbreidings(bouw)plannen die zich in een dusdanig stadium bevinden dat die niet meer teruggedraaid kunnen worden. Plannen die aan die criteria van VWS voldoen, mogen alsnog doorgang vinden. De daarbij behorende intramurale capaciteit wordt meegenomen bij het bepalen van het intramurale plafond.</p> <p>Wij begrijpen uw vraag over het verschil tussen de huidige capaciteit en de gedeclareerde capaciteit niet. De methodiek die we hanteren om te komen tot het volumeplafond sluit ons inziens aan bij de huidige en daarmee de gedeclareerde capaciteit.</p> <p>Het verzoek van de Zvw om de uitstroom naar WLZ te beperken sluit aan bij het niet verder vergroten van de intramurale capaciteit.</p> <p>In reactie op uw laatste vraag:</p> <p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste</p>

	<p>gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand bijvoorbeeld door corona.</p>
<p>In hoeverre past een zorgplafond bij de toenemende zorgvraag vanuit demografische ontwikkelingen en het geld-volgt-klant model?</p>	<p>Zoals in het inkoopbeleid is toegelicht verwachten we voor de komende periode een groei van het aantal Wlz klanten.</p> <p>Het volumeplafond geldt alleen voor intramurale zorg.</p> <p>We horen van klanten dat ze de zorg graag in de eigen passende woonomgeving ontvangen. We zien dat steeds meer zorg extramuraal geleverd kan worden (met MPT en VPT al dan niet geclusterd). We zetten hier met ons inkoopbeleid op in om dit te stimuleren. Een geld volgt klant model ondersteunt dit.</p>
<p>Vraag: hoe leidend is een volumeplafond als een aanbieder te maken heeft met afwijkende capaciteit t.o.v. de beschikbare capaciteit? Dat zou kunnen betekenen dat er bedden leeg blijven en dit kan effect hebben op de wachtlijsten/tijden.</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden en er geen extra wachtlijsten ontstaan doordat de bestaande beschikbare capaciteit niet benut wordt.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek</p>

	<p>indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van leegstand.</p>
<p>Op het moment dat het volumeplafond bij ons en de organisaties in de regio's bereikt is, betekent dit dat er wellicht een opnamestop wordt afgekondigd. Is dat wat het ZK ook als consequenties ziet en hoe verhoudt zich dat tot de zorgplicht van een ZK?</p>	<p>Het volumeplafond gebaseerd is op de huidige intramurale capaciteit en we verwachten van zorgaanbieders in de regio dat ze de groei opvangen met zorg thuis. Dus een opnamestop zal niet veroorzaakt worden door ons volumeplafond omdat dat gebaseerd is op de huidige capaciteit.</p> <p>We horen van klanten dat ze de zorg graag in de eigen passende woonomgeving ontvangen. We zien dat steeds meer zorg extramuraal geleverd kan worden (met MPT en VPT al dan niet geclusterd). We zetten hier met ons inkoopbeleid op in om dit te stimuleren.</p>
<p>Het volumeplafond intramurale zorg stelt u vast middels een duidelijk algoritme. Vervolgens toetst u dit aan de meest recente cijfers. Waar moet die toetsing toe leiden. Kan dat nog leiden tot een ander volumeplafond. Zo ja op grond van welk criterium?</p>	<p>Ja, dit kan. We kunnen op basis hiervan zowel een hoger volumeplafond als een lager volumeplafond afspreken.</p> <p>We kijken naar de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Het moet hierbij gaan om een substantiële verandering. Afhankelijk van de toelichting van de zorgaanbieder bepalen we de hoogte van het volumeplafond.</p>
<p>In paragraaf 6.5 verwijst u in de eerste zin naar paragraaf 6.5. Is deze zin een overbodige of is de verwijzing wellicht bedoeld naar een andere paragraaf?</p>	<p>Deze verwijzing is inderdaad niet correct. Dit moet paragraaf 1.3.2 zijn. We passen dit aan.</p>
<p>U stelt een ingewikkelde berekening voor om te komen tot een intramuraal volumeplafond. Concluderen wij juist dat de berekening per saldo op een lager volume uitkomt dan de erkende capaciteit x het aantal dagen per jaar? Zo ja, hoe gaat Zilveren Kruis om met de toenemende behoefte aan intramurale plaatsen oa voor cliënten met een zwaardere of complexe zorgvraag, ondanks de inzet van passende zorg?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We verwachten dat de klanten met een relatief lichtere zorg en/of minder complexe zorgvraag extramuraal zorg krijgen, zodat de intramurale capaciteit beschikbaar blijft voor de klanten met een intensievere en/of complexe zorgvraag.</p>
<p>Geldt dit ook voor geclusterde woonvormen die uitsluitend VPT bieden?</p>	<p>Nee, het volumeplafond is niet van toepassing voor geclusterde woonvormen die uitsluitend VPT bieden.</p>

<p>Kunt u bevestigen dat het volumeplafond enkel een afspraak is over het maximaal te declareren etmalen en dat de gemiddelde prijs (ZZP mix) hier geen invloed op heeft? Indien het antwoord negatief is: Hoe wordt een verwachte verzwarende van de ZZP-mix verwerkt in het volumeplafond?</p>	<p>Ja, dat klopt. We kiezen bewust voor een plafond op basis van een aantal dagen. Een eventuele zorgverzwaring heeft hiermee geen impact op de te leveren zorg binnen het volumeplafond.</p>
<p>U geeft aan dat het volumeplafond wordt bepaald op basis van de maand met het hoogst aantal gedeclareerde dagen in de periode 2022 t/m april 2023. Klopt de veronderstelling dat u hierbij wel een correctie doorvoert voor het aantal kalenderdagen per maand? Bijv. aantal gedeclareerde dagen van januari gedeeld door 31 maal 365, februari gedeeld door 28 maal 365, enz.</p>	<p>Ja, dat klopt.</p>
<p>2024 is een schrikkeljaar. Hierdoor zal in gelijke omstandigheden de omzet 0,274% hoger zijn dan in niet-schrikkeljaren. Op welke manier wordt dit verwerkt in het volumeplafond.</p>	<p>Bij de berekening van het volumeplafond voor 2024 houden we rekening met het schrikkeljaar.</p> <p>In voetnoot 10 in paragraaf 6.5 leest u de wijze van berekening en ziet u dat we rekening houden met het aantal dagen per jaar.</p>
<p>De omvang van het volumeplafond wordt bepaald op basis van de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Is de prestatie 'Verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner' ook onderdeel van dit plafond?</p>	<p>Ja, deze nemen we mee.</p>
<p>Zorgaanbieder heeft door verschillende redenen in de referentieperiode (2022 t/m april 2023) geen volledige bezetting gehad van de intramurale plekken. Nu geldt dat zorgaanbieder afhankelijk is van zorgkantoor of er een uitbreiding van etmalen gegund wordt op basis van de motivatie van zorgaanbieder. Zorgaanbieder verzoekt om het volumeplafond te bepalen op basis van de maximale capaciteit van de aanbieder. Dit beperkt het risico voor de aanbieder en voor de inwoners dat zorg in een intramurale setting niet geboden kan worden. Kunt u zich in deze aanpassing vinden?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plekken. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. We passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van leegstand.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen het volumebeleid zoals dat is opgenomen in het inkoopbeleid. Wij weten nog niet hoe de berekening van het volumeplafond voor onze organisatie uitpakt en moeten daarom op dit moment bezwaar aantekenen. Recent hebben wij onze onomkeerbare bouwplannen kenbaar gemaakt. Deze voorzien in een lichte noodzakelijke groei van het aantal intramurale plekken om alle locaties rendabel te maken.</p>	<p>U kunt voor de Nvl vragen stellen over het inkoopbeleid. We lezen hier geen vraag over het inkoopbeleid.</p> <p>U wordt uiterlijk 8 september 2023 via de terugkoppelingsbrief geïnformeerd over uw volumeplafond voor intramurale zorg. Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelingsbrief) en 22 september 2023</p>

	<p>sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwvz@zilverenkruis.nl">zorginkoopwvz@zilverenkruis.nl</a>. Nadere informatie over het proces leest u in de terugkoppelingsbrief die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt.</p>
<p>Wat is het uitgangspunt voor de maximale capaciteit? We zouden hier graag over in gesprek gaan en hierbij rekening houden met o.a. echtparen, doorstroom GRZ, toename VV9b.</p>	<p>Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. We nemen verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner mee. VV9B en VV10 laten we buiten beschouwing. Dit laatste betekent een aanpassing van het inkoopbeleid.</p> <p>Doorstroom GRZ is uiteraard van belang. Doorstroom kan in deze situatie naar intramurale zorg of extramurale zorg. We laten de VV-9B prestaties buiten beschouwing voor het volumeplafond. Hiermee houden we voldoende ruimte voor doorstroom vanuit GRZ.</p>
<p>Waarom het volumeplafond baseren op declaraties en niet op basis van de werkelijke verwachte capaciteit waarbij rekening is gehouden met de onomkeerbare bouwplannen zoals deze ook met het zorgkantoor zijn besproken?</p>	<p>Er is geen lijst met feitelijke/ erkende intramurale plaatsen. Het exacte aantal intramurale plekken per zorgaanbieder is bij ons niet bekend. We baseren het volumeplafond op basis van declaratiegegevens. Deze gegevens zijn bij ons bekend en vragen dus niet om een extra uitvraag. We houden rekening met eventueel goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen (die voldoen aan een van de criteria die gesteld zijn door VWS voor de onomkeerbaarheid). We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p>
<p>Is het volumeplafond een vaste afspraak? Of is dit op basis van zorgvraagontwikkeling nog bij te stellen gedurende de duur van het lopende contract?</p>	<p>In de berekening voor het bepalen van het volumeplafond houden we rekening met het aantal dagen per jaar. Hiermee is het volumeplafond in een schrikkeljaar iets hoger dan in de andere jaren.</p> <p>Voor het overige geldt dat het uitgangspunt is dat de afspraak voor meerdere jaren geldt, tenzij we de beleidslijn aanpassen via een aanvulling op het inkoopbeleid. Dit kan ook gedurende de looptijd van het inkoopbeleid (zoals ook in paragraaf 1.3.2 is toegelicht). Dit omdat VWS er op termijn van uit gaat dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. We sluiten daarom niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we</p>



	hierover in gesprek en passen we de volumeafspraken in lijn met de afbouw aan.
"We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met het hoogste aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023". Wij zijn bezig om een aantal ruimten in het verpleeghuis in te richten voor zorg aan klanten met een ZZP. Deze ruimten kunnen niet aangeboden o.b.v. een vpt financiering. Kan in overleg met het zorgkantoor deze capaciteit nog later nog toegevoegd worden aan het volumeplafond?	Nee, we zien dit als een uitbreiding van de intramurale capaciteit. Hier maken we geen extra/ aanvullende afspraken voor.
6.5 Volumeplafond. Er wordt een volumeplafond voor de intramurale zorg ingesteld. Valt VPT volgens u ook onder de intramurale zorg?	Nee, VPT is extramurale zorg.
Als een aanbieder bij het plafond in de buurt komt, kunnen zij dan mensen op de wachtlijst laten staan ondanks dat er in de praktijk wel ruimte is?	<p>Leegstand van bestaande capaciteit is niet wenselijk. We willen dit voorkomen en houden hier rekening mee bij het bepalen van het volumeplafond.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van leegstand als gevolg van vernieuwbouw, renovaties of personeelstekorten of bij fusies of overnames.</p> <p>De situatie die u schetst dat huidige capaciteit niet benut wordt en mensen op wachtlijst komen terwijl er in de praktijk wel ruimte is, voorkomen we door deze werkwijze.</p>
Betekent het door u gecommuniceerde beleid (inzake contracteerruimte, volumeplafond en persoonsvolgende bekostiging tot een marge van 1% overschrijding op het regiobudget) dat we ervan uit mogen gaan dat 100% van de productie extramurale WLZ zorg wordt betaald? En dat - bij een overschrijding van het regiobudget met meer dan 1% - de vergoeding van de productie intramurale zorg afhangt van	Nee dit klopt niet. Ook de extramurale zorg dient te passen binnen de contracteerruimte. Daarom monitoren wij gedurende het jaar zorgvuldig de zorgkosten en de uitnutting van de contracteerruimte en brengen wij in beeld welke risico's zorgaanbieders lopen. Wij doen dit op basis van de geëxtrapoleerde realisatie van zowel de extramurale als de intramurale zorg. Voor intramurale zorg is wel een intramuraal plafond

<p>het afgesproken volume en eventuele herverdelingsmiddelen?</p>	<p>van toepassing. Dit betekent dat wij corrigeren voor een maximaal aantal de declareren intramurale dagen. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het inkoopbeleid V&amp;V over het betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken.</p>
<p>De tijd tussen 1 en 8 september is te kort. Kan deze periode worden verlengd?</p>	<p>We snappen dat deze termijn kort is. We passen deze termijn aan naar twee weken. U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelingsbrief) en 22 september 2023 sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwvz@zilverenkruis.nl">zorginkoopwvz@zilverenkruis.nl</a>. Nadere informatie over het proces leest u in de terugkoppelingsbrief die u uiterlijk 8 september 2023 ontvangt.</p> <p>Verder wijzen wij u er op dat u op basis van de informatie in het inkoopbeleid zelf het volumeplafond kunt berekenen. Het aantal gedeclareerde intramurale dagen die wij als zorgkantoor als basis nemen, is in de tweemaandelijks zorgkostenmonitor opgenomen en kunt u ter controle naast uw eigen data gebruiken. Op basis van de uitkomst van uw eigen berekening kunt u beoordelen of het volumeplafond passend is. Indien dit niet het geval is kunt u alvast een gemotiveerd verzoek voorbereiden.</p>
<p>Geldt deze afspraak voor meerdere jaren of wordt dit per jaar opnieuw vastgesteld als er nog onomkeerbare bouwplannen zijn? Of (kleine) verbouwingen waardoor de capaciteit op een locatie toeneemt.</p>	<p>In de berekening voor het bepalen van het volumeplafond houden we rekening met het aantal dagen per jaar. Hiermee is het volumeplafond in een schrikkeljaar iets hoger dan in de andere jaren.</p> <p>Voor het overige geldt dat het uitgangspunt is dat de afspraak voor meerdere jaren geldt, tenzij we de beleidslijn aanpassen via een aanvulling op het inkoopbeleid. Dit kan ook gedurende de looptijd van het inkoopbeleid (zoals ook in paragraaf 1.3.2 is toegelicht). Dat is omdat VWS er op termijn van uit gaat dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. We sluiten daarom niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p> <p>Voor (kleine) verbouwingen waardoor de capaciteit op een locatie toeneemt, geldt dat wij deze zien als</p>

	<p>een uitbreiding van intramurale capaciteit. Hier maken we geen extra/ aanvullende afspraken voor.</p>
<p>Geldt het volumeplafond dat in 2023 wordt vastgesteld voor de gehele looptijd van de overeenkomst?</p>	<p>In de berekening voor het bepalen van het volumeplafond houden we rekening met het aantal dagen per jaar. Hiermee is het volumeplafond in een schrikkeljaar iets hoger dan in de andere jaren.</p> <p>Voor het overige geldt dat het uitgangspunt is dat de afspraak voor meerdere jaren geldt, tenzij we de beleidslijn aanpassen via een aanvulling op het inkoopbeleid. Dit kan ook gedurende de looptijd van het inkoopbeleid (zoals ook in paragraaf 1.3.2 is toegelicht). Dat is omdat VWS er op termijn van uit gaat dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. We sluiten daarom niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p>
<p>Hoelang blijft het vastgestelde volumeplafond van kracht? Het aantal ouderen met een complexe zorgvraag zal alleen maar toenemen. Dan is een volumeplafond toch niet vol te houden?</p>	<p>In de berekening voor het bepalen van het volumeplafond houden we rekening met het aantal dagen per jaar. Hiermee is het volumeplafond in een schrikkeljaar iets hoger dan in de andere jaren.</p> <p>Voor het overige geldt dat het uitgangspunt is dat de afspraak voor meerdere jaren geldt, tenzij we de beleidslijn aanpassen via een aanvulling op het inkoopbeleid. Dit kan ook gedurende de looptijd van het inkoopbeleid (zoals ook in paragraaf 1.3.2 is toegelicht). Dat is omdat VWS er op termijn van uit gaat dat het aantal plekken voor intramurale zorg weer iets afneemt. We sluiten daarom niet uit dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden. Als dit het geval is nemen we dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid van het betreffende jaar.</p> <p>Mocht er sprake zijn van afbouw van intramurale capaciteit bij een zorgaanbieder dan gaan we hierover in gesprek en passen we het volumeplafond aan in lijn met de afbouw.</p> <p>We horen van klanten dat ze de zorg graag in de eigen passende woonomgeving ontvangen. We zien dat steeds meer zorg extramuraal geleverd</p>

	<p>kan worden (met MPT en VPT al dan niet geclusterd). We zetten hier met ons inkoopbeleid op in om dit te stimuleren.</p>
<p>In de periodes is altijd een bepaalde leegstand en zal nooit de maximale capaciteit worden behaald, wat als dit wel gebeurt, kan een zorgaanbieder dan geen aanspraak maken op de geleverde zorg?</p>	<p>Bij de bepaling van het plafond houden we rekening met eventuele leegstand door over een langere periode het aantal gedeclareerde intramurale dagen te beoordelen en op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg het plafond vast te stellen.</p> <p>Daarnaast toetsen wij deze cijfers aan de meest recente cijfers uit de declaraties. Als deze meest recente declaraties een ander beeld laten zien, passen wij de afspraak hierop aan. Het plafond wordt, indien daar sprake van is, opgehoogd met eventuele goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen.</p> <p>Alleen in de situatie waarin over de gehele periode tussen januari 2022 en juni 2023 leegstand is geweest, kan er sprake zijn van een te laag plafond. Indien u van mening bent dat de afspraak niet passend is, kunt u een gemotiveerd verzoek tot aanpassing indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van langdurige leegstand als gevolg van vernieuwbouw, renovaties en personeelstekorten of bij fusies en overnames.</p> <p>Wellicht ten overvloede is het goed te vermelden dat het plafond een maximum aantal te declareren dagen betreft en geen budget vertegenwoordigt waar u als zorgaanbieder recht op heeft. De daadwerkelijke uitbetaling vindt plaats op basis van de daadwerkelijke bezetting en declaraties.</p>
<p>Is het zorgkantoor zich ervan bewust dat de voorgestelde methode om het volumeplafond te maximeren ervoor zorgt dat geen partners opgenomen kunnen worden en er hierdoor minder ruimte is voor het bieden van overbruggingszorg? Wij pleiten voor een bandbreedte van 5% minder of meer dan het berekende volume.</p>	<p>Wij delen uw mening niet dat we met het toepassen van het intramurale plafond er geen partners opgenomen kunnen worden of er hierdoor minder ruimte is voor het bieden van overbruggingszorg.</p> <p>We verwachten op basis van het inkoopbeleid passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. We nemen verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner mee voor de bepaling van het volumeplafond.</p> <p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We toetsen deze cijfers aan de meest recente cijfers vanuit de declaraties. We vergelijken hierbij de cijfers met het gemiddelde</p>

	<p>aantal dagen in de maanden januari t/m april 2023 en met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p> <p>Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u een gemotiveerd verzoek indienen. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is geweest van tijdelijke leegstand (in de periode januari 2022 t/m april 2023) of bij fusies of overnames.</p> <p>We nemen uw voorstel voor een bandbreedte van 5% niet over. Dit is ons inziens niet nodig omdat we het uitgangspunt voor het bepalen van het volumeplafond is al uitgaan van de maand met <b>relatief hoog aantal dagen</b>.</p>
<p>Kan hierover nu al het gesprek worden aangegaan met de Zorgverkoper? Wij weten nu al dat de genoemde periode niet representatief zijn vanwege uitbreidingen.</p>	<p>We spreken een volumeplafond voor intramurale zorg af met zorgaanbieders. De manier waarop we dit doen is toegelicht in paragraaf 6.5 van het inkoopbeleid V&amp;V.</p> <p>We houden rekening met eventueel goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen (die voldoen aan een van de criteria die gesteld zijn door VWS voor de onomkeerbaarheid). We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>Uitgangspunt is dat we de groei van intramurale zorg beperken. Voor andere uitbreidingsplannen maken we geen afspraken en gaan wij om deze reden met u op dit moment niet in gesprek.</p>
<p>U geeft het volgende aan; we bepalen het aantal dagen op basis van de maand met het hoogste aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023? Het gemiddelde maand zal altijd lager dan een individuele dag. Kunt u niet kijken naar de hoogst gedeclareerde dag in deze periode? Wat gebeurt als ons gemiddelde in de maanden na april 2023 hoger blijkt te zijn? Welke ZZP-prestaties worden meegenomen in de vaststelling van de maximale bezetting?</p>	<p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. We verwachten op basis van het inkoopbeleid passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden. Wij passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan.</p> <p>We houden rekening met eventueel goedgekeurde onomkeerbare bouwplannen (die voldoen aan een van de criteria die door VWS gesteld zijn voor de onomkeerbaarheid). We verwachten hiermee passende afspraken te maken, zodat de huidige capaciteit benut kan worden.</p> <p>We vergelijken de cijfers nog met de maand juni 2023. Als deze declaraties een ander beeld laten zien passen we de afspraken hierop aan.</p>

	<p>We passen de afspraak niet aan als volumes in intramurale zorg in tweede helft van 2023 stijgen. De lijn waarbij landelijk de groei voor intramurale zorg beperkt word is al langer bekend, mede door communicatie vanuit VWS. Daarnaast bent u ook op de hoogte van deze ontwikkeling door publicatie van het inkoopbeleid Wlz V&amp;V. U kunt hierop dus nu al anticiperen.</p> <p>Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. Daarnaast laten we declaraties van VV-9B en VV-10 buiten beschouwing. Dit laatste betreft een wijziging van het inkoopbeleid.</p>
<p>Voor 1 juni hebben wij onze uitbreiding doorgegeven op onze bestaande verpleeghuiscapaciteit. Wanneer de huidige capaciteit van een locatie x 50 plaatsen is, de uitbreiding naar nieuwe capaciteit van deze locatie x 60 plaatsen is (dus een uitbreiding van in totaal 10 plaatsen) en de maximale bezetting 40 plaatsen was. Hoeveel plaatsen worden dan meegenomen als uitgangssituatie?</p>	<p>We bepalen het aantal dagen op basis van de maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg in de periode 2022 en de eerste vier maanden van het jaar 2023. Als de maximale bezetting in die gehele periode 40 plekken was, worden de 40 plekken (vertaald in dagen per jaar) meegenomen als basis. Als de uitbreiding is goedgekeurd in het kader van de onomkeerbare plannen, wordt de uitbreiding (wederom vertaald in dagen) ook meegenomen bij het bepalen van het plafond. In uw voorbeeld wordt het plafond bepaald op 50 plekken (40 plekken + 10 plekken uitbreiding), omgerekend naar dagen.</p> <p>Als u van mening bent dat deze afspraak niet passend is omdat de leegstand van de 10 plekken tijdelijk is was, dan kunt u een verzoek indienen voor het verhogen van het plafond. Hierbij dient u te motiveren hoe u de leegstand in de periode 2022 t/m april 2023 in de toekomst structureel gaat bezetten. U kunt dit verzoek tussen 8 september 2023 (moment van de terugkoppelingsbrief) en 22 september 2023 sturen naar <a href="mailto:zorginkoopwlv@silverenkruis.nl">zorginkoopwlv@silverenkruis.nl</a>.</p> <p>De berekening van het aantal dagen gaat als volgt: We bekijken per zorgaanbieder in welke maand naar verhouding de meeste dagen intramurale zorg zijn gedeclareerd. We kijken hiervoor naar alle maanden in 2022 en de eerste vier maanden van 2023. De maand met naar verhouding de meeste gedeclareerde dagen intramurale zorg noemen we maand X. Vervolgens bepalen we het aantal dagen voor het plafond als volgt: (het aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg in maand X)/(het totaal aantal kalenderdagen maand</p>

	X) x (het aantal dagen per jaar). Het aantal gedeclareerde dagen intramurale zorg betreft de reguliere zorg dagen en mutatiedagen. Crisiszorg wordt hierin niet meegenomen gelet op de specifieke afspraken over crisiszorg. Daarnaast laten we declaraties van VV-9B en VV-10 buiten beschouwing. Dit laatste betreft een wijziging van het inkoopbeleid.
We spreken een volumeplafond af. Valt de ZZP0 binnen het intramurale volumeplafond?	Ja, we nemen verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner mee.
Welk ijkpunt-ijkmoment hanteert Zilveren Kruis voor de intramurale capaciteit?	Eind juni heeft u de monitor periode 4-juni ontvangen. Deze bevat dezelfde declaratiegegevens. Wij hebben u gevraagd om uiterlijk 6 juli 2023 een reactie te sturen op de monitor. Dit zodat u kenbaar kon maken dat uw declaraties t/m april 2023 voor intramurale zorg niet compleet waren en u deze alsnog indient. We baseren uw volumeplafond voor intramurale zorg op de goedgekeurde declaraties met peilmoment 23 augustus 2023.

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

Vraag	Antwoord
Wat is de nulmeting van de capaciteit die het zorgkantoor hanteert voor groei?	Het is voor ons niet duidelijk welke capaciteit u bedoelt. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper.

#### 6.7 We hanteren een geld-volgt-klant model

Vraag	Antwoord
Klopt het dat extramurale zorg daarmee volumevrij is? (oftewel geen risico op niet vergoede zorg voor de zorgaanbieder) Zo nee, hoe moeten wij dit dan begrijpen?	Voor extramurale zorg hanteren wij het geld-volgt-klant principe en maken wij géén initiële afspraken over het volume. We monitoren of de verwachte zorgkosten blijven passen binnen de beschikbare contracteerruimte. Als dit niet het geval is kunnen we maatregelen nemen. U leest hier meer over in paragraaf 9.5.
Hoe moeten we te term 'volumevrij' in het licht van risico op niet vergoede zorg lezen in relatie tot artikel 9.5 in het inkoopbeleid?	Met de term volume vrij (voor extramurale zorg) bedoelen wij dat we geen initiële afspraken over volumes maken. Wij kunnen echter niet méér zorg vergoeden dan onze contracteerruimte toelaat. We monitoren daarom continu of de verwachte zorgkosten blijven passen binnen de beschikbare contracteerruimte. Als dit niet het geval is kunnen we maatregelen nemen. U leest hier meer over in paragraaf 9.5. Pas bij de definitieve herschikking maken wij definitieve productieafspraken.

geld volgt klant model : betekent dit dat zorgkantoor ZK geen invloed uitoefent op de plek waar een zorgaanbieder een geclusterde woonvorm wil bouwen. Wanneer cliënt naar eigen keuze zorg afneemt wordt deze betaald via geld volgt cliënt model ?	Binnen het geld-volgt-klant model volgen wij inderdaad de keuze van de klant. Wel kan een inkoop op basis van de regio specifieke situatie in overleg met zorgaanbieders gaan, om voldoende spreiding van beschikbare zorg in de regio te borgen.
geldt dit principe van geld volgt klant model ook wanneer klant van een ander zorgkantoor gebied afkomstig is dan die van Zilveren kruis . MAW kan een cliënt uit Sittard in een huis gaan wonen in regio van Zorgkantoor Zilveren kruis en dan toch haar WLz VPT zorg gefinancierd krijgen?	Zorg die wordt geleverd aan klanten die woonachtig zijn in één van onze zorgkantoorregio's komt voor vergoeding in aanmerking. Leidend is de plaats waar de klant woont en hij/zij de zorg ontvangt.
Hoe verhoudt het geld-volgt-klant model zich tot het volumeplafond?	Ook voor intramurale zorg geldt dat er sprake is van persoonsvolgende financiering via het geld-volgt-klant model. Wel maximeren wij het aantal te declareren dagen via het volumeplafond, omdat wij de groei van we de groei van intramurale zorg (zorg met verblijf) willen beperken.

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

Vraag	Antwoord
In uw beleid staat: "De NZa vraagt om in het budgetformulier een omzetniveau op te nemen. We nemen als omzetniveau in het budgetformulier € 1,- op". Kunt u deze werkwijze toelichten? Afgelopen jaren kregen we pas bij de twee maandelijke monitor zicht op het toegekende productievolume.	Wij doen dit om het administratieve proces rond de indiening van het budgetformulier eenvoudig te houden. Omdat de bekostiging grotendeels persoonsvolgend is, is het niet logisch om aan het begin van het jaar een omzetafpraak te maken. Via de tweemaandelijke monitor geven wij u ter indicatie een overzicht wat op basis van de meest recente declaratiecijfers de hoogte van de afspraak zou worden bij de beschikking van het betreffende jaar. De definitieve productieafspraken maken wij bij de definitieve beschikking in oktober. Deze afspraken worden ook uiterlijk 15 november ingediend via het budgetformulier bij de NZa.

#### 6.9 Persoonsvolgendheid gaat gepaard met een wederzijdse informatieplicht

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 6.10 Samen houden we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar

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



<p>Bezwaar: U noemt de stijgende kosten voor meerzorg en dat u als zorgkantoor niet uitsluit dat u gedurende de looptijd van dit inkoopbeleid maatregelen moeten treffen om de stijgende kosten voor meerzorg te beheersen. Dat de kosten voor meerzorg stijgen komt ook ergens vandaan. De complexere en zwaardere zorg brengt voor bepaalde cliënten hogere kosten met zich mee die niet meer uit de reguliere ZZP bekostigd kunnen worden. Mocht op een later moment gewijzigd beleid komen op de meerzorg waardoor deze extra te maken kosten die niet meer uit de reguliere ZZP bekostigd kunnen worden niet meer gefinancierd worden vanuit een regeling, dan maken wij daar bezwaar tegen.</p>	<p>Wij lezen uw opmerking als een mededeling en niet als een vraag. Als er sprake is van aanvullend of gewijzigd beleid kunt u daartegen te zijner tijd bezwaar maken.</p>
<p>Vraag: Als de meerzorg kosten niet meer uit de meerzorg indicatie betaald kan worden, wat is dan het alternatief?</p>	<p>Als u van mening bent dat de afspraak voor Meerzorg voor de betreffende klant niet toereikend is, dan kunt u een herziene aanvraag doen voor Meerzorg.</p>
<p>Vraag: wat betekenen mogelijke maatregelen voor meerzorg voor cliënten die dan al in het bezit zijn van een meerzorg indicatie?</p>	<p>Als wij besluiten om gedurende de looptijd van dit inkoopbeleid maatregelen te treffen om de stijgende kosten voor meerzorg te beheersen informeren wij u tijdig. Tijdens de meerzorg dialogen bespreken wij graag met zorgaanbieders de ontwikkelingen van meerzorg in de betreffende zorgorganisatie.</p>
<p>Wat maakt dat de vraag om meerzorg aan het toenemen is? Wat betekent het voor de kwaliteit van zorg aan deze cliënten wanneer op deze gelden zal worden gekort? Is dit juist niet een signaal dat de intramurale zorg nu al complexer en intensiever is geworden?</p>	<p>We zien dat complexiteit, intensiviteit maar vooral expertise, en het beroep hierop kunnen doen, nog erg versnipperd en of onbekend is in sommige regio's. Met de komst van doelgroep en regionale expertise centra (DEC en REC), voor een aantal complexe en intensieve doelgroepen, zullen er al meer structurele mogelijkheden ontstaan om de expertise te concentreren en deelbaar te maken, via o.a. consultatie. Daarnaast gaan we vanaf 2024 de essentiële voorzieningen in de regio concentreren, samen met de DEC- en REC-functies zal dit (moeten) leiden tot het vergroten van de kwaliteit en voorkomen van meerzorg op andere plekken. Waardoor de meerzorg beschikbaar blijft voor die klanten en situaties die het (echt) nodig hebben.</p>
<p>In hoeverre is er ruimte voor overschrijding van de zorgprofielen zonder consequenties binnen de WLZ als er minder meerzorg vergoed gaat worden?</p>	<p>Als dit zich voordoet, dan publiceren we het beleid in de aanvulling op het inkoopbeleid voor het betreffende jaar.</p>
<p>Omdat meerzorg een steeds grotere impact heeft op de benutting van de contracteerruimte sluiten we niet uit dat we gedurende de looptijd van dit inkoopbeleid maatregelen moeten treffen om de stijgende kosten voor meerzorg te beheersen. We nemen dit dan mee in de</p>	<p>Als dit zich voordoet, dan publiceren we het beleid (inclusief overwegingen ten aanzien van de uitvoering) in de aanvulling op het inkoopbeleid voor het betreffende jaar.</p>

<p>aanvulling op het inkoopbeleid voor het betreffende jaar. Wat ons betreft kan de zware en complexe zorg waarvoor meerzorg wordt aangevraagd alleen geleverd worden met een extra vergoeding, zoals bijv. middelen vanuit het Meerzorg budget. Hoe gaat u zorgen dat deze zorg geleverd kan blijven worden en door wie?</p>	
<p>Als wij vanwege onze expertise gevraagd worden met collega's mee te denken bij Meerzorg aanvragen, is daar dan een betaaltitel voor aanwezig?</p>	<p>Nee daar is geen aparte prestatie voor beschikbaar.</p>
<p>U sluit niet uit dat er maatregelen genomen moeten worden om stijgende kosten voor meerzorg te beheersen. Aan welke maatregelen denkt u hierbij, gaat het om het aantal klanten en/of de inhoud van de zorg en/of andere maatregelen?</p>	<p>Als dit zich voordoet, dan publiceren we het beleid (inclusief overwegingen ten aanzien van de uitvoering) in de aanvulling op het inkoopbeleid voor het betreffende jaar.</p>
<p>We zagen de afgelopen jaren een forse toename in het gebruik van de Meerzorgregeling. Zowel inhoudelijk als financieel willen we de Meerzorgregeling toegankelijk en betaalbaar houden. Daarop gaan we de komende jaren, binnen de geldende wettelijke en beleidskaders, meer sturen. 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 meerzorgproductie in 2022 en een prognose voor 2023. Aan de ene kant wordt ons aangegeven zoveel mogelijk uit de Meerzorg middelen te halen om een goede zorg te kunnen bieden aan onze complexe Leger des heils doelgroep, maar aan de andere kant lezen wij hier een ontmoediging. Welke lijn is nu de bedoeling en hoe verklaart u deze tegenstrijdigheid?</p>	<p>Dit is wat ons betreft niet direct een tegenstrijdigheid. U maakt bij uw inkoopgesprek afspraken met uw zorginkoper over uw inzet op meerzorg. Daarbij is de insteek van Zilveren Kruis om de groei van deze ontwikkeling af te remmen. Dat is geen bezuiniging, er is namelijk nog steeds ruimte voor groei.</p>
<p><i>Subparagraaf 6.10.1</i></p>	
<p>Zorgt dit niet voor extra administratieve belasting van de zorgaanbieders?</p>	<p>Voor een passende Meerzorgaanvraag kan het nodig zijn om gebruik te maken van de expertise van een collega zorgaanbieder. Dit heeft meerwaarde voor de zorg die aan de klant geboden wordt en ook voor wat betreft de extra kosten die gepaard gaan met de Meerzorgaanvraag. Dat daardoor ook wat extra administratieve belasting wordt veroorzaakt is daarbij ondergeschikt. Waarbij het streven moet zijn om geen onnodige administratie te veroorzaken.</p>
<p>De aanvraag van meerzorg is nu al erg arbeidsintensief, gaat de verzwaren van de controles ervoor zorgen dat het aanvraag proces wordt versimpelt?</p>	<p>Het aanvraagproces voor meerzorg wordt niet gewijzigd.</p>

Subparagraaf 6.10.2

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

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

Vraag	Antwoord
In de afspraken met het zorgkantoor zijn ook afspraken opgenomen over een percentage behandeling. Wij zitten als organisatie nog niet op dit percentage? Mogen wij hier nog naar toe groeien in het kader van stijging zorgzwaarte en niet in het kader van stijging aantal verpleeghuisplaatsen?	Als de afspraak nog ruimte biedt dan is dat mogelijk. We vragen u wel om kritisch te zijn of inclusief behandeling echt noodzakelijk is. Het inzetten van tijdelijke behandeling is hierin de eerste stap.

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

Vraag	Antwoord
Waarom is er geen VPT-prestatiecode Thuiszorgtechnologie?	Deze vraag kunt u aan de NZa stellen. Zij stellen de prestatiecodes op.
De inzet van technologie wordt gestimuleerd maar is gelimiteerd in 6,5 uur per maand. Indien er sprake is van meerdere zorgvormen, dan geldt dat er voor deze verschillende zorgvormen bij elkaar opgeteld maximaal 6,5 uur vergoed worden. Als meer technologie moet worden ingezet is die 6,5 uur bij lange na niet voldoende. Wat gaat het zorgkantoor hieraan doen?	De NZa stelt de prestatiecodes op en bepaalt de inhoud daarvan. Zilveren Kruis kan de prestatiecodes en de hoogte daarvan niet zelf bepalen. Onze ervaring in de praktijk is dat de 6,5 uur toereikend zijn. Wij verwachten daarom geen belemmeringen.
In paragraaf 6.12 van het Inkoopbeleid staat beschreven dat de prestatie Thuiszorgtechnologie open wordt gezet voor innovaties en succesvolle initiatieven. Hierin staat dat de totaal gedeclareerde zorg (inclusief thuiszorgtechnologie) moet binnen het budget vallen van de bijbehorende gestelde indicatie. Bij de implementatie van thuiszorgtechnologie is allereerst training en bewustwording van de klant nodig. In beginsel zal bij elke klant meer ondersteuning gegeven moeten worden, om de thuiszorgtechnologie te implementeren. Bij klanten waarbij de indicatie volledig wordt benut, kan deze thuiszorgtechnologie dus niet in de bijbehorende indicatie vallen; hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar en hoe dienen de zorgorganisaties hiermee om te gaan?	Het trainen van klanten is onderdeel van de zorgverlening. Wij begrijpen dat bij de start begeleiding van klanten noodzakelijk is. Thuiszorgtechnologie is echter wel ter vervanging van fysieke zorg. Daarmee betekent dit dat het (tijdelijk) uitbreiden van indicaties niet tot de mogelijkheid behoort.

6.13 **Zorgaanbieders declareren de best passende en meest doelmatige leveringsvorm**

Vraag	Antwoord
Mag je binnen de MPT met een 'verlengde arm' werken. Bijvoorbeeld een lager niveau mag gedelegeerd handelingen uitvoeren onder regie van een niveau 3 of 4?	Dat ligt aan het soort type handeling, voor sommige handelingen zal de zorgverlener bevoegd en bekwaam moeten zijn. We zien wel in de regio goede voorbeelden hoe passende zorg geboden wordt door anders werken en of andere type/ niveau medewerkers. Vraag uw zorginkoper en kwaliteitsadviseur naar goede voorbeelden.
Bij te lage zorginzet VPT, MPT declareren! Waar ligt de grens van een te lage zorginzet?	Dit is geen harde grens. De uren voor MPT kunnen ook per periode verschillen. We verwachten van zorgaanbieders dat ze in alle redelijkheid een afweging maken of een VPT een doelmatige en passende leveringsvorm is.
Betekent dit ook dat klanten die binnen de dienstverlening "VPT in de Wijk" vallen, in het begin eerst moeten worden gedeclareerd vanuit een MPT?	Dat klopt als een klant niet het volledige pakket aan zorg nodig heeft en/of een beperkt aantal uren, dan moet de zorg met MPT prestaties gedeclareerd worden.
U geeft aan dat; Als een klant niet het volledige pakket aan zorg nodig heeft en/of een beperkt aantal uren, dan moet de zorg met MPT prestaties gedeclareerd worden. Op welke wijze wordt bepaald wat het beperkt aantal uren zijn? Kunt u dit nader toelichten?	Dit is geen harde grens. De uren voor MPT kunnen ook per periode verschillen. We verwachten van zorgaanbieders dat ze in alle redelijkheid een afweging maken of een VPT een doelmatige en passende leveringsvorm is.

6.14 **Crisis zorg contracteren wij op basis van de (regionale) crisisregelingen**

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 6.14.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Worden de percentages van intramurale inclusief behandeling naar daadwerkelijke inzet berekend? Percentage ligt hoger dan eerdere afspraken.	Het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP, ten opzichte van de definitieve herschikingsafpraak 2023 gelijk blijft.
U geeft aan dat u de verhouding Verblijf met - en Verblijf zonder Behandeling gelijk wilt	Als de situatie dusdanig wijzigt dat uw afspraak voor in- en exclusief behandeling niet meer

<p>houden. Bij het sluiten van een oud Verzorgingshuis (Verpleging zonder behandeling) en beschikbaar stelt voor de regio, zou dit betekenen dat een zorgaanbieder op een andere plaats een aantal plaatsen Verblijf met behandeling moet omzetten naar Verblijf zonder behandeling. Is het zorgkantoor bereid om hier maatwerk toe te passen?</p>	<p>passend zijn, kunt u dit bespreken met uw zorginkoper.</p>
<p>Op pagina 35 geeft u aan: "Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft." U hanteert tegelijkertijd als uitgangspunt dat de zorg voor cliënten met een indicatie VV4 (en VV5) thuis geleverd wordt. Dit en andere ontwikkelingen maken dat de zorgvraag in de intramurale setting steeds zwaarder wordt. Het uitgangspunt dat het aandeel inclusief behandeling gelijk blijft lijkt ons hiermee in tegenspraak. Kunt u dit verder toelichten / onderbouwen? Zo niet, bent u bereid het uitgangspunt dat het aandeel inclusief behandeling gelijk blijft aan te passen?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Als steeds meer (relatief) laag-complexe cliënten thuis blijven wonen en van intramurale setting alleen sprake is bij cliënten met een complexe of intensieve zorgvraag, hoe verhoudt zich dit tot het uitgangspunt dat het aandeel cliënten inclusief behandeling ten opzichte van 2023 gelijk moet blijven? Kan de intramurale setting dan meer cliënten mét behandeling hebben terwijl er 'thuis' meer cliënten zonder behandeling wonen? Of moet deze verhouding intramuraal gelijk blijven?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>U stelt t.a.v. het aantal intramurale plekken met en zonder behandeling dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. Bent u zich ervan bewust dat de beschreven werkwijze, inzet van extramurale behandeling, heel veel extra administratieve lasten voor de zorgaanbieder (bijvoorbeeld op één locatie contact onderhouden met wel 20 verschillende huisartsen), de huisarts, de zorgverzekeraar en het zorgkantoor (bijvoorbeeld onterechte declaraties) met zich meebrengt? Weegt de besparing a.g.v. de bevroering van het aantal plekken met</p>	<p>Wij gaan er van uit dat u per klant vaststelt of de zorg met- of zonder behandeling verleend moet worden. Mensen die opgenomen worden in een zorginstelling hebben op dat moment een huisarts. Het is belangrijk om waar nodig in overleg met de huisarts te bepalen of de huisarts de zorg blijft verlenen of de zorginstelling het overneemt. Wat administratieve kosten betreft hebben wij geen goed zicht op de aard en omvang van deze kosten. Wij hebben geen beeld hoe de kosten zich verhouden tot de bedoelde besparing. Als u deze informatie wel heeft ontvangen wij die graag.</p>

<p>behandeling op tegen al deze extra administratieve kosten? Kunt u dat aantonen?</p>	
<p>U stelt t.a.v. het aantal intramurale plekken met en zonder behandeling dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. Wlz-cliënten die vanuit de Zvw huisartsgeneeskundige zorg ontvangen zijn op naam ingeschreven bij een huisarts, waarmee ook in de levering van ANW-zorg is voorzien. Vindt u dit, gezien de steeds zwaarder en complexer wordende zorgvraag, verantwoord?</p>	<p>Mensen die opgenomen worden in een zorginstellingen hebben op dat moment een huisarts. Wij gaan er van uit dat u per klant vaststelt of de zorg met- of zonder behandeling verleend moet worden.</p>
<p>U stelt t.a.v. het aantal intramurale plekken met en zonder behandeling dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. Daarnaast stelt u dat verpleegzorg thuis het uitgangspunt wordt voor cliënten met een WLZ-indicatie VV4. Dit ondanks dat cliënten met een VV4 recht hebben op een plek in het verpleeghuis. Het uitgangspunt is dus afhankelijk van de wens van de cliënt. Betekent dit dat het voornoemde uitgangspunt t.a.v. het aantal plekken met behandeling niet betekent dat het aantal plekken vast staat, en naar gelang de behoefte en noodzaak, onderhandelbaar is? Graag uw toelichting.</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZPP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Door het uitgangspunt dat klanten met een lage ZPP (VV4 en VV5) zorg thuis ontvangen en niet zorg met verblijf, kunnen de vrijgekomen plekken met verblijf worden ingezet voor klanten met een complexe of intensieve zorgvraag. Bij deze zwaardere cliënten is veelal zorg inclusief behandeling nodig en dit vraagt een aanpassing van de afspraken over plekken inclusief behandeling. Worden de afspraken met zorgaanbieders over het aantal plekken inclusief behandeling hierop aangepast? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZPP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Uitgangspunt voor de afspraak plekken inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 is dat deze gelijk blijft ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023. Betekent dit dat het initieel afgesproken percentage voor 2023 wordt overgenomen in de herschikking 2023 en daarmee dus ook voor 2024 van toepassing is? Ook als het percentage inclusief behandeling in de realisatie 2023 lager uitvalt door bijv. tijdelijke leegstand plekken</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZPP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p>

<p>inclusief behandeling of groei VPT exclusief behandeling?</p>	<p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wat als intramurale klanten zonder behandeling tijdelijk Wlz-behandeling nodig hebben? Kan dat ook?7.8.7</p>	<p>In paragraaf 6.15 staat beschreven dat als klanten op een plek exclusief behandeling tijdelijk Wlz-behandeling nodig hebben, hiervoor extramurale behandeling bovenop het VPT/ZZP ingezet kan worden. We borgen op deze manier dat Wlz-behandeling ook voor klanten op een plek exclusief behandeling toegankelijk is.</p>
<p>Vraag/ bezwaar: In 6.15 stelt u: De volumes zijn voor deze prestaties niet volledig persoonsvolgend. Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. We hebben al jaren bezwaar gemaakt tegen de financiële terugbetaling indien we de vastgestelde afspraak niet halen. We zijn druk bezig anders te kijken naar behandeling. Hier nemen we jullie ihkv de strategie van Laurens ook uitgebreid in mee. Daarbij zetten we in op groei van VPT. We leven in tijden van schaarste. Een dergelijk financieel risico is wat ons betreft niet proportioneel. Wij verzoeken jullie deze afspraak te laten vervallen of in ieder geval de financiële consequenties los te laten.</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft.</p> <p>Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft (voetnoot 11). Betekent dit dat we bij een sterke groei in VPT (exclusief behandeling) bewoners van onze intramurale locaties exclusief behandeling om kunnen zetten naar inclusief behandeling wanneer nodig, bij gelijkblijvende verhoudingen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Dat klopt.</p>
<p>Waarom hanteert u het uitgangspunt dat het aandeel inclusief behandeling gelijk moet blijven in 2024 t.o.v. 2023? De afgelopen jaren is sprake van zorgverzwaring waarbij de intramurale cliënten een zwaardere zorgvraag kennen. Hierbij is behandeling vereist. De verhouding behandeling zal derhalve toenemen en zeker niet afnemen of gelijk blijven. Graag vernemen wij een toelichting op jullie zienswijze</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafspraken 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om</p>

<p>op de ontwikkeling van het aandeel behandeling binnen de ZZP in relatie tot de zorgverzekering.</p>	<p>met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen het uitgangspunt dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk moet blijven. In het inkoopbeleid schrijft u: 'Voor klanten met een VV4 is het uitgangspunt dan ook zorg thuis. Ook voor de VV5 verwachten we dat een relatief groot deel van de klanten extramurale ondersteuning en zorg krijgt. De plekken met verblijf die hierdoor vrij komen blijven beschikbaar voor de klanten met een complexe of intensieve zorgvraag.' De klanten die derhalve intramurale zorg en verblijf krijgen, zullen ook behandeling nodig hebben. Het handhaven van hetzelfde aandeel behandeldagen is niet langer houdbaar. Ons oplossingsvoorstel is om het aantal behandeldagen voor onze organisatie te verhogen.</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wij maken met zorgaanbieders afspraken over plekken inclusief en exclusief behandeling De volumes zijn voor deze prestaties niet volledig persoonsvolgend. Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. Wanneer klanten op een plek exclusief behandeling tijdelijk Wlz-behandeling nodig hebben, kan hiervoor extramurale behandeling bovenop het VPT/ZZP ingezet worden. We borgen op deze manier dat Wlz-behandeling ook voor klanten op een plek exclusief behandeling toegankelijk is. Welk proces moet hierin gevolgd worden om het gedeclareerd te krijgen?</p>	<p>Hiervoor is geen proces voor nodig. U kunt de betreffende prestatie declareren indien van toepassing.</p>
<p>VPT valt onder extramurale zorg en wordt dan niet meegenomen in de berekening van het aandeel inclusief behandeling? Ofwel kan VPT exclusief behandeling omgezet worden naar inclusief als dat nodig is?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Een VPT exclusief behandeling kan worden omgezet naar inclusief indien dat voor de klant nodig is en past binnen het afgesproken percentage met en zonder behandeling.</p>



<p>wat wordt van organisaties verwacht hoe zij aantoonbaar maken bezig te zijn met reablement en het goede gesprek?</p>	<p>Wij verwachten van u dat u in uw kwaliteitsverslag aandacht besteedt aan de wijze waarop u hieraan invulling geeft.</p>
<p>"De volumes zijn voor deze prestaties niet volledig persoonsvolgend. Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft." Hoe reel is dit gezien het toekomst beeld van de verpleeghuiscliënt. Ondanks de beperkte beschikbaarheid van specialist oudergeneeskunde lijkt een toename van cliënten met behandeling niet onwaarschijnlijk. Hoe ziet het zorgkantoor dit? We maken bezwaar tegen dit punt en willen hierover jaarlijks in gesprek.</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>Wij maken bezwaar tegen het in stand houden van de afspraken over gelijkblijvende verhouding tussen plekken met behandeling en zonder behandeling, aangezien dit strijdig is met de beweging om lage ZZP's extramuraal te bedienen in combinatie met de landelijke 0-lijn in de verpleeghuizen. Hierdoor is verzwaaring binnen de huidige verpleeghuizen onvermijdelijk en ons inziens (en ook conform onze gesprekken met uw vertegenwoordiger) is dit niet mogelijk zonder verschuiving in de intramurale verhouding tussen de ZZP's met en zonder behandeling. Bent u bereid dit uitgangspunt te heroverwegen. Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.</p>
<p>De beweging gaat worden dat een VV4 van een intramurale voorziening naar een extramurale voorziening gaat. Met deze beweging zullen intramuraal meer cliënten met een indicatie inclusief behandeling komen. Bij de contractering wordt een verhouding inclusief-exclusief behandeling die in de loop van de tijd zal gaan veranderen, welke aanvullende afspraken moeten er gemaakt worden om deze beweging te kunnen maken. Kunnen we deze plekken dan nog omzetten in verblijf inclusief behandeling?</p>	<p>In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Een verschuiving van meer klanten met lagere indicaties naar VPT wordt daar dan ook in meegenomen. In geval van een (structureel) lager aandeel kan dit aanleiding zijn voor uw inkoper om met u in gesprek te gaan over aanpassen van het aandeel met behandeling.</p> <p>Voor aanbieders die geen of weinig extramurale zorg verlenen geldt dat als er sprake is van een</p>

	substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling wij u adviseren contact op te nemen met uw zorginkoper.
Betekent dit dat we alleen VPT met behandeling kunnen bieden ten koste van de plaatsen met behandeling in de intramurale setting?	In paragraaf 6.15 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeldagen op het totaal aantal dagen voor zowel VPT als ZP is, ten opzichte van de definitieve herschikkingsafpraak 2023 gelijk blijft. Het percentage met behandeling moet gelijk blijven. Bij een gelijkblijvend aantal klanten klopt uw aanname. Uitbreiding VPT betekent ruimte voor meer klanten met behandeling (ofwel intramuraal ofwel VPT), zolang het percentage gelijk blijft. Natuurlijk blijft het belangrijk om per individuele klant te beoordelen of het nodig is om VPT met behandeling te bieden.
Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling gelijk blijft aan 2023. Voor onze woonzorgcentra (excl. behandeling) willen wij de omslag maken naar PG afdelingen (incl. behandeling). Wat zijn de uitzonderingen en criteria waarmee afgeweken kan worden van dit uitgangspunt?	Als er sprake is van een substantiële verandering van de klantgroep en dit impact heeft op de verhouding met en zonder behandeling adviseren wij u contact op te nemen met uw zorginkoper.
Uitgangspunt is dat het aandeel inclusief behandeling in de definitieve afspraak 2024 ten opzichte van 2023 gelijk blijft. De zorg wordt de komende jaren steeds zwaarder en complexer. Waarom blijft dit aandeel gelijk? Ben u bereid hiervan af te wijken in bepaalde situaties? Zo nee, waarom niet?	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.
Waarom spreekt het zorgkantoor aanbieders financieel aan op de verhouding tussen met/zonder behandeling? (aangezien de indicatiestelling/zorgvraag onafhankelijk is van de invloed van de aanbieder).	Wij willen het aandeel zorg met behandeling beperkt houden, dit gelet op de doelmatige inzet van middelen. Afhankelijk van de individuele klant wordt door een zorgaanbieder bepaald of de zorg met of zonder behandeling wordt geleverd. Niet voor alle klanten is het nodig of gewenst om de zorg inclusief behandeling te verlenen.

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

Vraag	Antwoord
In het zorginkoopbeleid staat bij medisch generalistische zorg: "Daarom verwachten we dat u eerst de huisartsenzorg regelt voordat u (tijdelijk) gaat verhuizen, of uw capaciteit uitbreidt." Kunt u toelichten wat u bedoelt bij 'voordat u (tijdelijk) gaat verhuizen'?	Indien een (tijdelijke) verhuizing een wijziging betekent in de huisartsenzorg, vanwege de gewijzigde afstand. Dan verwachten we dat de zorgaanbieder dit vooraf regelt met de betreffende huisartsenpraktijken.
We leiden verpleegkundig specialisten op en helpen hiermee de druk op huisartsen e.d.	In de toelichting op beleidsregel BR/REG-23121 prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2023 schrijft de NZa:

<p>afnemen. Hoe wordt de vergoeding voor inzet verpleegkundig specialisten geregeld?</p>	<p>“Per 2020 zijn de prestaties H335 en H336 verruimd waardoor de verpleegkundig specialist (VS), in lijn met de Wet BIG, deze prestaties kan uitvoeren voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. Met de wijziging wordt de mogelijkheid geboden voor verpleegkundig specialisten (VS) om zelfstandig te declareren”. Wij volgen de ontwikkelingen/wijzigingen in de NZa-beleidsregels rondom de inzet- en declaratiemogelijkheden van de VS (of PA (physician assistant)).</p>
<p>Genoemd wordt het belang van inzet van de SOG. Wij missen hier de inzet van de Verpleegkundig Specialist. Kan de verpleegkundig specialist een expliciete plaats krijgen in het beleid? En hoe wordt de financiering van de verpleegkundig specialist geregeld?</p>	<p>Per 2020 zijn de prestaties H335 en H336 verruimd waardoor de verpleegkundig specialist (VS), in lijn met de Wet BIG, deze prestaties kan uitvoeren voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. Met de wijziging wordt de mogelijkheid geboden voor verpleegkundig specialisten (VS) om zelfstandig te declareren. Wij volgen de ontwikkelingen/wijzigingen in de NZa-beleidsregels rondom de inzet- en declaratiemogelijkheden van de VS (of PA (physician assistant)).</p>
<p>Huisartsen weigeren steeds meer structureel, om WLZ geclusterd VPT cliënten in huisartsenpraktijk op te nemen. Ondanks het begrip voor hoge werkdruk van huisartsen zien we dat in zorgopname van cliënten in geclusterde woonvormen VPT stagneert vanwege weigering van huisartsenpraktijken om deze doelgroep op te nemen in haar praktijk. Daardoor lopen de wachtlijsten voor VPT geclusterd wonen op. Is hier een samenwerking mogelijk van zorgkantoren en zorgverzekeraars om deel van de regie medisch generalistisch zorg over te laten nemen door de SO.</p>	<p>Wij verwachten van u dat u bijdraagt aan de beschikbaarheid en optimale inzetbaarheid van de medisch generalistische zorg in de regio. Wij dragen daaraan vanuit onze rol graag bij. Meldt u daarom bij ons als uw klanten onvoldoende behandeling ontvangen. Zodat we in gesprek kunnen met partijen om tot een passende oplossing te komen.</p>
<p>u verwacht dat de zorgaanbieder eerst de huisarts regelt voordat capaciteit wordt uitgebreid. Bouw van VPT geclusterd wonen duurt 2 jaar en huisartsen zeggen ja en later nee. Inhuizingen stagneert en wachtlijsten lopen op. Daarmee wordt voor de cliënt niet aantrekkelijk gemaakt om voor de leveringsvorm geclusterd VPT te kiezen ook al hebben ze hoge zorgvraag (VPT 5-6-7-8-10) Wat gaat het zorgkantoor in samenwerking met zorgverzekeraars er zelf aan doen ?</p>	<p>Wij verwachten van u dat u bijdraagt aan de beschikbaarheid en optimale inzetbaarheid van de medisch generalistische zorg in de regio. Wij dragen daaraan vanuit onze rol graag bij. Meldt u daarom bij ons als uw klanten onvoldoende behandeling ontvangen. Zodat we in gesprek kunnen met partijen om tot een passende oplossing te komen.</p>
<p>Wat verstaat u onder het regelen van de huisartsenzorg, voordat we onze capaciteit uitbreiden? Kunt u dit nader toelichten op praktische uitvoerbaarheid, verantwoordelijkheden, u rol als zorgkantoor zelf hierin?</p>	<p>Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de coördinatie van zorg en behandeling voor uw klanten te organiseren. Daarom verwachten we dat u eerst de huisartsenzorg regelt voordat u (tijdelijk) gaat verhuizen, of uw capaciteit uitbreidt. Dat betekent dat als u verwacht dat klanten door verhuizing niet</p>

	langer hun huidige huisarts kunnen behouden vanwege de afstand u de huisartsen in de omgeving van de nieuwe locatie informeert en afsprekt dat zij de zorg overnemen.
De zin "Daarom verwachten we dat u..." is onduidelijk. Wie wordt bedoeld met "u"?	Met u wordt bedoeld de zorgaanbieder die capaciteit uitbreidt of (tijdelijk) gaat verhuizen.
Kleinschalige zorg wordt gestimuleerd. Echter de toegankelijkheid van de basis medisch generalistische zorg staat onder grote druk. Huisartsen weigeren steeds vaker cliënten die in kleinschalige geclusterde woonvormen wonen. Waar kunnen deze klanten zich melden?	Het formele antwoord is toch bij de huisarts. Wij verzoeken u daarnaast om het te melden bij de zorgverzekeraar en uw zorgkantoor als deze zorgplicht niet kan worden ingevuld.
Kleinschalige zorg wordt gestimuleerd. Echter de toegankelijkheid van de basis medisch generalistische zorg staat onder grote druk. Huisartsen weigeren steeds vaker cliënten die in kleinschalige geclusterde woonvormen wonen. Wat gaan de zorgkantoren hier in doen?	Wij verzoeken u om zich te melden bij de zorgverzekering (huisarts) of het zorgkantoor (langdurige zorg) als zorg niet geleverd kan worden.  Het zorgkantoor stimuleert een betere spreiding van de MGZ-capaciteit in de regio. De zorgkantoren werken, samen met branches en beroepsverenigingen, aan een aanvullend landelijk kader. Het is de bedoeling om dit te publiceren bij de Aanvulling 2025. Daarvoor zullen we aankomend jaar per regio onderzoeken hoe we de MGZ-capaciteit organiseren.

#### 6.17 We stimuleren digitale gegevensuitwisseling

Vraag	Antwoord
De Zorgcirkel is een van de koplopers bij KIK-V. Is het mogelijk om relevante informatie/data op een KIK-V wijze aan te leveren?	Het is voor ons onvoldoende duidelijk op welke relevante informatie/data u doelt. In het algemeen kunnen wij stellen dat Zilveren Kruis meewerkt in het (landelijke) KIK-V traject en waar mogelijk aansluit op het vereenvoudigen van het aanleveren van informatie/data en het beperken van administratieve lasten.

#### 6.18 We bieden de mogelijkheid voor afspraken op maat

Vraag	Antwoord
U biedt de mogelijkheid voor het maken van 'afspraken op maat'. Wij herkennen ons in de noodzaak om samen stappen te zetten die maatschappelijk nodig zijn, waarin de regio een belangrijke rol speelt. Het is ons echter niet duidelijk om wat voor afspraken het precies gaat. Betreffen het inhoudelijke- en/of financiële afspraken? Indien het financiële afspraken betreft, vanuit welk budget worden deze	Om welke afspraken dit precies gaat is op voorhand nog niet te zeggen. Dit is afhankelijk van de precieze inhoud van het vraagstuk. De afspraken kunnen zowel inhoudelijke als financiële afspraken betreffen. Afspraken die vallen onder de transitie-middelen scharen we niet onder de mogelijkheid voor 'afspraken op maat'. Het gaat hier specifiek om afspraken die vragen om een uitzondering op ons het inkoopbeleid, maar wel

<p>afspraken dan bekostigd? Hoe verhouden deze zich tot de beschikbare contracteerruimte en de transitie-middelen?</p>	<p>noodzakelijk zijn om ontwikkelingen in de regio of bij zorgaanbieders te versnellen. Voor deze afspraken is geen extra financiële ruimte beschikbaar.</p>
<p>U spreekt van afspraken op maat voor o.a. domein overstijgende initiatieven. Kunnen deze afspraken gedurende de looptijd van het contract worden gemaakt of dient dit tijdens de inschrijving ?</p>	<p>Deze afspraken worden gedurende de looptijd van het contract gemaakt.</p>
<p>Kunnen eventuele maatwerkafspraken ook tot een hoger tarief leiden?</p>	<p>Of dit mogelijk is, is afhankelijk van de maatwerkafspraken die worden gemaakt.</p>
<p>In het inkoopbeleid staat dat maatwerkafspraken mogelijk zijn. Kunt u toelichten waar we aan moeten denken en hoe deze procedure verloopt?</p>	<p>Met afspraken op maat kunnen we uitzonderingen maken op ons huidige inkoopbeleid (of een aanvulling daarop), die nodig zijn om de noodzakelijke beweging te versnellen. Dit kunnen zowel inhoudelijke als financiële afspraken zijn. Zorgaanbieders kunnen ideeën hiervoor bespreken met hun zorginkoper. Zilveren Kruis bepaalt of een dergelijke afspraak mogelijk en noodzakelijk is om ontwikkelingen in de regio of bij zorgaanbieders te versnellen.</p>

## 7 Voor een overeenkomst voor de Wlz geldt een vaste inkoopprocedure

Vraag	Antwoord
Tijdpad: Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 2024. De termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten?	De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is dat wij daarmee nog een werkdag extra hadden om de vragen te kunnen verwerken, gelet op de geplande publicatiedatum 7 juli 2023.
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	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen

(het Voorschrift zorgtoewijzing) beschikbaar komt.	gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.
Wanneer wordt Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing Wlz gepubliceerd? Over dit document kunnen nu geen vragen gesteld worden. Op welke wijze ondervangt u dit hiaat?	Naar verwachting zal het Voorschrift zorgtoewijzing eind 2023 gepubliceerd worden. Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.
U biedt een richttarief aan dat is gebaseerd op de NZa-tarieven die omstreeks 1 juli 2023 pas bekend worden gemaakt. Op dat moment kunnen aanbieders geen vragen meer stellen. De werkelijke tarieven zijn met het inkoopbeleid dus nog niet inzichtelijk. U heeft slechts één Nvl voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde Nvl te organiseren (nog afgezien van het feit dat verwacht kan worden dat gegadigden zeer veel vragen zullen stellen tijdens de Nvl over de procedure en dit al een reden zou moeten zijn om een tweede en zelfs derde Nvl ronde te organiseren). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
De termijn om vragen te stellen en/of bezwaar te maken is te kort, zeker gelet op het feit dat vanaf 2024 met een geheel nieuw inkoopbeleid wordt gewerkt en onze belangen bij dit nieuwe 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?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
Klopt het dat bestaande zorgaanbieders geen VOG rechtspersonen hoeven aan te vragen en dat dit verzoek enkel geldt voor nieuwe zorgaanbieders?	Een bestaande zorgaanbieder moet hier conform de Bestuursverklaring over beschikken. Deze hoeft door een bestaande zorgaanbieder niet aangeleverd te worden bij de inschrijving. Een nieuwe zorgaanbieder dient wel een VOG RP aan te leveren en deze mag niet ouder zijn dan een jaar op het moment van inschrijving.

### 7.1 De inkoopprocedure kent een aantal beginselen

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

<p>Waarom staan de belangrijke data 12 juni 2023 (Zilveren Kruis beoordeelt welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor essentiële voorzieningen en informeert deze zorgaanbieders hierover uiterlijk 12 juni 2023), 1 september 2023 (aanbieders worden geïnformeerd over het volumeplafond) en 8 september 2023 (aanbieders moeten uiterlijk op die datum reageren op het volumeplafond) niet in de tabel? Graag toevoegen.</p>	<p>De tabel met de planning van de inkoopprocedure bevat de belangrijkste data die voor alle zorgaanbieders die zorg leveren in de V&amp;V van toepassing zijn. De terugkoppeling over zorgaanbieders met een rol bij essentiële voorzieningen en het volumeplafond gelden slechts voor een selecte groep zorgaanbieders. U vindt aanvullingen op de procedure voor deze specifieke afspraken dan ook in paragrafen 2.4.1. en 4.2 (essentiële voorzieningen) en 6.5 (volumeplafond). De terugkoppeling over het volumeplafond maakt integraal onderdeel uit van het terugkoppelingsmoment 'Terugkoppeling uitkomst van de beoordeling van de inschrijving' (stap 8). Wij passen de tabel niet aan. Let op! De planning van het inkoopbeleid is aangepast. U vindt de herziene planning in deze Nota van Inlichtingen.</p>
<p>Kunt u bevestigen dat de aanbestedingsbeginselen van toepassing zijn (net zoals in de vorige inkoopprocedure)?</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 7.1 van het Inkoopbeleid Verpleging en Verzorging.</p>
<p>De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?</p>	<p>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>Onderaannemers moeten bij inschrijving gemeld worden. Dit geldt ook voor zzp'ers. Deze bepaling strijdt met artikel 11 lid 1 van de overeenkomst die luidt: het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt. Daarnaast is de vraag voldoet deze bepaling, gelet op de arbeidsmarkt, aan de voorwaarden van doelmatigheid en proportionaliteit?</p>	<p>Wij zijn het niet met vragensteller eens. In de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 van de NZa is in Artikel 9 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders het volgende opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding</p> <p>De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke</p>



	<p>mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p> <p>(....)</p> <p>Toelichting</p> <p>(....)</p> <p>Artikelsgewijs</p> <p>(....)</p> <p>Artikel 9, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding</p> <p>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 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</p>	<p>Nee, de zorgkantoren passen hierop niet de inkoopprocedure aan en zullen geen extra 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>

stellen en na te gaan wat de impact is van de tarieven?	
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.	Hier wordt geen vraag gesteld.
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.	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.
Kunt u bevestigen dat de wijziging van de tijdsplanning niet kan betekenen dat aanbieders minder lang de tijd hebben.	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>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"> <li>• Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of</li> <li>• Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of</li> <li>• Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg.</li> </ul> <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>	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.
Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een 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	Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing of de 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.

hiervoor ook de afspraken m.b.t. indienen van vragen en bezwaren zoals in deze aanbesteding? Zo nee, waarom niet?	
We merken dat de zorgkantoren hebben gekozen voor een procedure met één nota van inlichtingen. Dit bevreemdt 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?	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.
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?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.
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 Vragen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid kunt u stellen tot en met 15 juni 12:00 (stap 2)

Vraag	Antwoord
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?	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.
Deze termijn om vragen te stellen en/of bezwaar te maken is te kort, zeker gelet op het feit dat vanaf 2024 met een geheel nieuw	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

<p>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>uiterlijk 7 juli wordt gepubliceerd, bestaande onduidelijkheden zo veel mogelijk weg te nemen. Zoals in paragraaf 7.6 omschreven geldt na publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli een vervalt termijn 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>Wij hebben serieuze bezwaren tegen het inkoopbeleid, en sluiten niet uit dat wij naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen moeten besluiten een kort geding procedure aanhangig te maken. Er zal geen vonnis zijn voordat de inschrijvingen worden ingediend. Wij zullen dan een inschrijving onder protest indienen. Is dat ook hoe u het voor zich ziet? Zo nee, hoe wilt u dat wij met een dergelijke situatie omgaan?</p>	<p>Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering. Dit betekent dat zorgaanbieders ook in het geval dat er een kortgeding is aangespannen een inschrijving moeten indienen.</p>
<p>In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?</p>	<p>Het uitgangspunt voor bestaande zorgaanbieders die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hadden is een meerjarige overeenkomst. Indien u toch een eenjarige overeenkomst wil sluiten, kunt u dit uiterlijk 8 augustus 2023 aangeven bij uw zorginkoper.</p>

### 7.3 U kunt tot en met 15 juni 12:00 uur bezwaar aantekenen tegen het inkoopbeleid Wlz 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.</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>Indien u hiermee niet akkoord gaat, kunt u toelichten waarom niet?</p>	
<p>Gezien het grote aantal vragen die het inkoopbeleid op roept, vinden wij het onredelijk dat de deadline voor het maken van bezwaar gelijk is aan deadline voor het indienen van vragen voor de nota van inlichtingen. Wij zouden u graag de gelegenheid geven eerst onze vragen te beantwoorden (bij voorkeur inclusief een tweede ronde nota van inlichtingen) alvorens bezwaar gemaakt dient te worden. De extra toelichting voorkomt mogelijk de noodzaak voor ons om bezwaar te maken. We verzoeken u de bezwaartermijn te verlengen tot 14 dagen na de beantwoording van de laatste ronde van de nota van inlichtingen. Kunt u hierin meegaan? Zo niet, waarom niet?</p>	<p>Wij zijn van mening dat de gestelde termijnen een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders. Daarnaast is het van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Zoals in paragraaf 7.6 omschreven geldt na publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli 2023 een vervalt termijn 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>Waarom hanteert u voor het indienen van bezwaar de datum van 15 juni 2023? Gangbaar is dat pas bezwaar wordt gemaakt na de publicatie van de Nota van Inlichtingen (inkoopbeleid Menzis, CZ, VGZ). Waarom wijkt u daarvan af?</p>	<p>Wij zijn van mening dat de gestelde termijnen een haalbare inspanning vragen van zorgaanbieders. Daarnaast is het van groot belang dat eventuele onduidelijkheden over het beleid zo spoedig mogelijk worden weggenomen, zodat zorgaanbieders zich tijdig kunnen inschrijven. Zoals in paragraaf 6.6 omschreven geldt na publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli een vervalt termijn 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>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?</p>	<p>De beleidsregels waar de zorgprestaties in staan, vindt u op de website van de NZa.</p>
<p>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?</p>	<p>De ervaring met de Jeugdwet mag ook worden genoemd.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Wij hebben bezwaar tegen de het feit dat we alleen een rechtsgeldig beroep kunnen doen op onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden, tegenstrijdigheden of bezwaren die door onszelf, als individuele zorgaanbieder, uiterlijk 15-6-2023 12:00 uur aan de orde zijn gesteld. Dit betreft met name de vragen die in de vragenprocedure zijn gesteld en die zijn beantwoord in de Nota van Inlichtingen. De Nvl maakt integraal onderdeel uit van het inkoopbeleid en of wij een bepaalde vraag zelf hebben gesteld of niet maakt dan niet uit. De hele Nvl moeten wij mee kunnen nemen als wij een beroep willen doen op onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden of tegenstrijdigheden en niet alleen de vragen daarin die wij zelf hebben gesteld en mogelijk niet eens letterlijk zijn overgenomen. Wilt u de inkoopprocedure op dit punt aanpassen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De op 7 juli 2023 gepubliceerde Nota van Inlichtingen maakt inderdaad onderdeel uit van de Inkoopprocedure en wordt gepubliceerd op de website. Wij publiceren hierin de vragen die voor iedereen van belang zijn. Bij de bundeling van vragen, bundelen wij alleen vragen met gelijke strekking. Indien de Nvl voor u aanleiding is om een kortgedingprocedure te starten, dient u te kunnen aantonen dat u aan uw vragenstelverplichting heeft voldaan.</p>
<p>Vraag: 7.4 Een deelnemer aan deze procedure die niet zelf aan deze ‘vragenstelverplichting/ bezwaarmaakverplichting’ heeft voldaan kan dus geen beroep doen op eventuele vragen/ bezwaren tegen het zorginkoopbeleid die door andere zorgaanbieders zijn gesteld/gemaakt. 7.5 Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van een antwoord voorzien. Hoe verhoudt 7.4 zich tot 7.5? Als onze vraag niet meer herkenbaar is, niet beantwoord wordt, blijft onze vraag dan toch in beeld als vraag/bezwaar bij het zorgkantoor? Zo ja, op welke wijze. Zo nee, kunnen wij er dan vanuit gaan dat ons bezwaar gehonoreerd wordt?</p>	<p>De op 7 juli 2023 gepubliceerde Nota van Inlichtingen maakt inderdaad onderdeel uit van de Inkoopprocedure en wordt gepubliceerd op de website. Wij publiceren hierin de vragen die voor iedereen van belang zijn. Bij de bundeling van vragen, bundelen wij alleen vragen met gelijke strekking. Indien de Nvl voor u aanleiding is om een kortgedingprocedure te starten, dient u te kunnen aantonen dat u aan uw vragenstelverplichting heeft voldaan.</p>
<p>Deelt u de mening dat de nota van Inlichtingen integraal onderdeel uitmaakt van het inkoopbeleid? Zo ja, ongeacht of wij een vraag zelf hebben gesteld of niet, moeten wij daarover toch bezwaar kunnen indienen?</p>	<p>De Nota van Inlichtingen maakt integraal onderdeel uit van het inkoopbeleid. Indien de Nvl voor u aanleiding is om een kortgedingprocedure te starten, dient u te kunnen aantonen dat u aan uw vragenstelverplichting heeft voldaan.</p>
<p>De Nvl zal gepubliceerd worden nadat de bezwaar termijn is verstreken, antwoorden in de Nvl (ook vragen van andere zorgaanbieders) kunnen nieuwe inzichten opleveren. We gaan dan ook in bezwaar tegen dit punt en gaan</p>	<p>De deadline voor het indienen van een bezwaar tegen het Inkoopbeleid lag op 15 juni 12:00. Een bezwaar tegen de op 7 juni 2023 gepubliceerde Nota van Inlichtingen is niet mogelijk. Wel is er de mogelijkheid om tot 20 kalenderdagen na</p>

ervan uit dat we na de Nvl nog bezwaar kunnen maken op alle vragen en antwoorden uit de Nvl.	publicatie van de Nota van Inlichtingen een kortgeding aanhangig te maken bij het zorgkantoor.
--	--

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Is het mogelijk bezwaar aan te tekenen en tegelijkertijd in te schrijven voor het inkoopbeleid?	Het is van belang dat ook zorgaanbieders die een bezwaar hebben ingediend zich inschrijven voor het inkoopbeleid. Het bezwaar heeft géén schorsende werking voor de inkoopprocedure.
Idem starten juridische procedure?	De genoemde vervalttermijn geldt specifiek voor het starten van een kortgedingprocedure.

**7.7 Het zorginkoopbeleid kan wijzigen**

Vraag	Antwoord
Hoe kunnen wij bezwaar maken tegen aanpassingen die u in de tussentijd in het zorginkoopbeleid doorvoert?	Wanneer er sprake is van een wijziging, communiceren wij ook over de procedure die hierbij hoort met betrekking tot het stellen van vragen en een eventueel bezwaar.

**7.8 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 7.8.1</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.2</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.8.3</i>	

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

*Subparagraaf 7.8.4*

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.

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.

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.'?

Uw vraag ziet op de situatie dat de aanvraag wijziging UBO('s) op het moment van inschrijving nog niet is verwerkt. 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.

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.

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



	<p>UBO-register is verwerkt – de bevestiging van de nieuwe UBO-registratie na te sturen.</p> <p>Als u zich aan het bovenstaande houdt, kunt u het vinkje bij dit onderdeel zetten.</p>
<p>Klopt het dat bestaande aanbieders met een lopend contract dit jaar geen instemmingsverklaring hoeven in te dienen, maar dat de instemmingsverklaring slechts geldt voor de jaren 2025 e.v. bij een doorlopende overeenkomst?</p>	<p>Ja, dit klopt.</p>
<p>Maken de tariefpercentages zorg en het tariefpercentage NHC/NIC deel uit van dit perspectief?</p>	<p>Uit uw vraag is niet te herleiden welk perspectief u bedoelt. Derhalve kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.</p>
<p>Leidt de ‘instemming’ met het perspectief tot beperkingen in de mogelijkheden van het stellen van vragen over het inkoopbeleid in de komende jaren? Wij refereren daarbij aan de afgelopen jaren, waarbij vragen stellen beperkt werd tot gewijzigde onderdelen van het inkoopbeleid. Als dat zo is, dan hebben we daar bezwaar tegen, want ook gewijzigde omstandigheden kunnen leiden tot een ander inzicht op het inkoopbeleid en leiden tot nieuwe vragen en bezwaren over het inkoopbeleid dat op zichzelf ongewijzigd wordt voortgezet.</p>	<p>Bij inschrijving op een inkoopprocedure op grond van een meerjarig inkoopbeleid waarbij er later sprake is van gewijzigd beleid, kunnen er bij bekenmaking van dat gewijzigde beleid alleen vragen worden gesteld over de betreffende wijzingen.</p>
<p>In 3.3 geeft u aan dat Bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’, in aanmerking komen voor een overeenkomst voor 3 jaar, waarbij het zorgkantoor eenzijdig 2 keer met 1 jaar kan verlengen. Kunt u aangeven welke criteria u hiervoor aanhoudt? Verder is onduidelijk of een zorgaanbieder die verlenging moet accepteren en onder welke voorwaarden die verlenging dan geaccepteerd moet/kan worden. Kunt u dit toelichten?</p>	<p>Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt. Het gaat verder om een eenzijdige verlengingsmogelijkheid van het zorgkantoor. Wanneer de zorgaanbieder inschrijft op de inkoopprocedure stemt hij in met de verlenging zoals deze is omschreven.</p>
<p>In het beleid staat: "De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer." Onderaanneming is niet altijd een keuze van de zorgaanbieder maar kan ook op verzoek van de cliënt zijn (door overgang Zvw naar Wlz). Het is niet 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</p>

	<p>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 opengebroken 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 ervan uit 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 7.8.5</i></p>	
<p>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>Leidt de 'instemming' met het perspectief tot beperkingen in de mogelijkheden van het stellen van vragen over het inkoopbeleid in de</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>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>Wij hebben bezwaar tegen het feit dat wij met onze inschrijving en het ondertekenen van de Bestuursverklaring instemmen met het geschetste perspectief voor de zorginkoop voor de komende drie jaar. Er wordt in het inkoopbeleid teveel perspectief geschetst waar wij niet mee in kunnen stemmen. Het betreft onder meer het tariefpercentage, het volumeplafond (waarvan u aangeeft niet uit te sluiten dat er in de toekomst lagere volumeplafonds voor intramurale zorg afgesproken moeten worden), maar ook uw perspectief dat de contracteerruimte geen gelijke tred zal houden met zorgontwikkeling. Daarnaast geeft u het perspectief dat u het inkoopbeleid gaat uitvoeren binnen de geldende financiële kaders van de overheid. Wij kunnen derhalve niet instemmen met het geschetste perspectief. Wilt u deze instemming uit de zorginkoopprocedure halen. Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Met uw inschrijving en het ondertekenen van de Bestuursverklaring stemt u in met het geschetste perspectief voor de zorginkoop voor de komende drie jaar. Via de Nota van Inlichtingen verduidelijken wij de onderdelen van het beleid waar door zorgaanbieders vragen over zijn gesteld. De Nvl maakt integraal onderdeel uit van het beleid. Daar waar ontwikkelingen of wet- en regelgeving vragen om een aanpassing van dit inkoopbeleid, nemen wij dit mee in een aanvulling op het inkoopbeleid voor 2025 en/of 2026. 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. Wij passen dit niet aan.</p>
<p>U geeft aan rekening te houden met ingediende onomkeerbare bouwplannen. Wij hebben nog geen bevestiging ontvangen welke bouwplannen ook daadwerkelijk onomkeerbaar zijn. Wij maken daarom bezwaar tegen instemming met het geschetste perspectief op dit punt.</p>	<p>Op dit moment zijn nog niet alle aanvragen voor onomkeerbare bouwplannen beoordeeld. U ontvangt hier op korte termijn een terugkoppeling van.</p> <p>U wordt uiterlijk 8 september 2023 via de terugkoppelingsbrief geïnformeerd over uw volumeplafond voor intramurale zorg (inclusief de onomkeerbare plekken). Indien u van mening bent dat deze afspraak niet passend is kunt u uiterlijk 22 september 2023 een gemotiveerd verzoek indienen. De tijdslijnen zijn aangepast, voor het overige passen we het inkoopbeleid op dit onderdeel niet aan.</p>
<p><i>Subparagraaf 7.8.6</i></p>	
<p>Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.</p>	
<p><i>Subparagraaf 7.8.7</i></p>	
<p>In het beleid (7.8.7) staat "De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit</p>	<p>De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft in alle gevallen volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de</p>

<p>van zorg door de onderaannemer."</p> <p>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 eind verantwoordelijk is maar we zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, wat maakt dat u dit anders ziet?</p>	<p>onderaannemer. Als zorgkantoor hebben wij enkel een contractuele relatie met de hoofdaannemer. Het is van belang dat de hoofdaannemer hier goede afspraken over maakt met de onderaannemer.</p>
<p>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?</p>	<p>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.</p>
<p><i>Subparagraaf 7.8.8</i></p>	
<p>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?</p>	<p>Een eventueel aangespannen kortgeding heeft geen schorsende werking voor definitieve contractering. Dit betekent dat zorgaanbieders ook in het geval dat er een kortgeding is aangespannen een inschrijving moeten indienen.</p>
<p>Er staat na indiening van de vragenlijst. Met betrekking tot de vragenlijst staat in het document alleen vermeld "na het indienen...". Het doel etc. van het indienen van de vragenlijst staat niet vermeld. Kunt u dat verder toelichten?</p>	<p>Uw inschrijving in het Zorginkoopportaal verloopt via een vragenlijst. Via deze vragenlijst doorloopt u alle benodigde stappen, waaronder het invullen van de Bestuursverklaring.</p>

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

Vraag	Antwoord
<p>Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen</p>	<p>In het inkoopbeleid is reeds de volgende passage opgenomen:  Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen van een (nadere) toelichting door het zorgkantoor</p>

<p>worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.</p>
<p>Van u mag worden verwacht, onder andere op grond van de aanbestedingsrechtelijke beginselen waaronder het transparantiebeginsel dat u toepast op uw inkoopproces, dat u afwijzingen van inschrijvingen voldoende motiveert. Afwijzingen van inschrijvingen voldoen hier doorgaans niet aan, omdat enkel wordt volstaan met de verwijzing naar de onderdelen van het inkoopbeleid waaraan de inschrijver niet zou voldoen, zonder toe te lichten waarom de inschrijver hieraan niet voldoet. Hierdoor is het voor inschrijvers onduidelijk hoe zij hun inschrijving kunnen aanpassen voor inschrijving tijdens een opvolgende mogelijkheid. Bent u bereid expliciet op te nemen dat u bij afwijzingen van inschrijvingen gemotiveerd zult toelichten waarom de inschrijving niet voldoet? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>In de afwijzingsbrief is voldoende gemotiveerd waarom Zilveren Kruis een inschrijving afwijst, een en ander conform de aanbestedingsbeginselen. De zorgaanbieder heeft bovendien altijd gelegenheid om een kortgedingprocedure te starten tegen de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving. Wij zien geen noodzaak het beleid op dit punt aan te passen.</p>
<p>Er staat dat wij uiterlijk 1 september worden geïnformeerd over het productieplafond inclusief productie gerelateerd aan onomkeerbare bouwprojecten. Kunt u ons hier voor 1 juli 2023 uitsluitend over geven i.v.m. de inhuizing van een nieuwbouwpand per Q1 2024.</p>	<p>Nee, dat gaat helaas niet lukken voor wat betreft het productieplafond. Over de uitkomst van de beoordeling voor onomkeerbare bouwplannen zijn zorgaanbieders uiterlijk 5 juli 2023 geïnformeerd.</p>
<p><i>Subparagraaf 7.9.1</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 zorgaanbieders, mag deze niet ouder dan 1 jaar zijn op het moment van inschrijving. Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.</p>
<p>Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van</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</p>

<p>geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.</p> <p>Zorgkantoren hebben dus de mogelijkheid om een toelichting te vragen maar zoals in de passage staat vermeld, is het een bevoegdheid van de zorgkantoren en zijn ze geenszins verplicht dat te doen.</p>
<p>Er wordt gesproken over het aanleveren van een ondernemingsplan. Klopt het dat dat niet van toepassing is voor bestaande aanbieders?</p>	<p>Dit klopt voor zover het bestaande aanbieders betreft in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor'.</p> <p>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 7.9.2</i></p>	
<p>Wij zijn al jaren een bestaande zorgaanbieder voor het zorgkantoor en hebben een meerjarige overeenkomst. Nu lezen we dat als we niet voldoen aan de inkoopvoorwaarde klant-werkgebied ratio, dat we dan een eenjarige overeenkomst aangeboden krijgen. Dit is een nieuwe voorwaarde, hoe wordt deze ratio berekend wordt en wat is de peilmoment precies?</p>	<p>In paragraaf 6.4 van het inkoopbeleid leest u meer over de wijze van berekening van het klant-werkgebied ratio en vindt u informatie over de peildatum.</p>
<p>Is het mogelijk een overeenkomst van 1 jaar af te sluiten? Waar moeten we dit aangeven?</p>	<p>Voor bestaande zorgaanbieders is een meerjarige overeenkomst het uitgangspunt. Als u toch in aanmerking wil komen voor een eenjarige overeenkomst, kunt u dit uiterlijk 8 augustus 2023 aangeven bij uw zorginkoper.</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?	De verlengingsoptie opgenomen in de meerjarenovereenkomst (de overeenkomst 2024-2026) van 2 maal 1 jaar geldt voor jaar 4 en jaar 5.
Waarom is er sprake van een eenzijdige verlengingsoptie?	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
In paragraaf 6.4 is opgenomen dat het zorgkantoor de overeenkomst 2024-2026 met bestaande aanbieders eenzijdig twee keer met de periode van een jaar kan verlengen. Wordt de aanbieder betrokken bij het besluit ten aanzien van de verlenging? En op basis van welke criteria wordt al dan niet tot verlenging over gegaan?	De zorgaanbieder wordt niet betrokken bij het besluit ten aanzien van een eventuele verlenging. Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.
U geeft op bladzijde 8 aan financiële afspraken te maken voor 2024-2026 in een driejarige overeenkomst. Gezien de onzekerheden van kostenstijgingen zoals inflatie en loonkosten (CAO) hoe wordt daar rekening mee gehouden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden vanwege de aspecten die vragensteller noemt, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee.
Wat maakt dat het zorgkantoor kiest voor een eenzijdige verlengingsoptie? Hoe heeft de zorgaanbieder inspraak op het verlengde beleid en tariefpercentage.	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. De zorgaanbieder heeft geen inspraak op het verlengde beleid of het tariefpercentage.
<i>Subparagraaf 7.9.3</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	
<i>Subparagraaf 7.9.4</i>	
Wij hebben bezwaar tegen de tekst die bij verschillende kortgeding procedures is opgenomen en aangeeft dat wij geen bezwaar kunnen maken tegen zaken die al eerder aan de orde gesteld hadden moeten en kunnen worden. Soms is op een eerder moment niet bekend dat een zaak op een later moment relevant wordt om een kortgeding tegen aanhangig te maken. Belangrijk voorbeeld is dat de tarieven voor prestaties vooralsnog niet bekend zijn en derhalve de uitwerking van het inkoopbeleid en de gevolgen van het	De in het inkoopbeleid genoemde vervaltermijn voor een kort geding tegen het inkoopbeleid en de Nvl blijft van toepassing. Door het verschuiven van de planning van de inkoopprocedure met één week is deze datum 27 juli 2023 geworden. We maken u er op attent dat er sprake is van meerdere momenten in de inkoopprocedure, waarop u een kortgeding kunt starten. Door het wijzigen van de planning zijn dit geworden: uiterlijk 28 september 2023 voor een kortgeding tegen de uitkomst van de beoordeling van de inschrijving. 8 november 2023 blijft de vervaltermijn voor een

tariefpercentage pas bekend worden als de tarieven zijn vastgesteld. Wellicht is dat pas na de vervalt termijn voor een kortgeding tegen het inkoopbeleid (20 juli 2023). Wellicht valt het dan buiten de formulering dat het eerder aan de orde gesteld had kunnen worden, maar dat maken we niet op uit de formulering, zonder uw bedoeling daarachter te kennen. Wilt u bovengenoemde formuleringen niet van toepassing te verklaren? Zo nee, waarom niet?	eventueel kortgeding tegen de definitieve terugkoppeling.
<i>Subparagraaf 7.9.5</i>	
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

**7.13 Zorgkantoren nemen maatregelen richting zorgaanbieders wanneer hier aanleiding toe is**

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	



## 8 Beoordeling Nieuwe Zorgaanbieders

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

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 8.2 Er geldt een klant-werkgebied ratio voor zorgaanbieders

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 8.3 Nieuwe zorgaanbieders voldoen aan alle voorwaarden

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 8.4 Nieuwe zorgaanbieders schrijven zich ook in via het VECOZO portaal

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 8.5 Nieuwe zorgaanbieders leveren bij de inschrijving verschillende documenten aan

Vraag	Antwoord
In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders, staat dat indien een zorgaanbieder een rechtsvorm heeft waarbij men niet over statuten hoeft te beschikken, een vergelijkbaar document mag worden overgelegd. Daarmee kunnen eenmanszaken of maatschappen ook voldoen aan deze eis. Zij kunnen echter geen toezichthouders inschrijven bij de Kamer van Koophandel om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan het afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK. Kunnen eenmanszaken en maatschappen nu wel of niet	Wanneer toezichthouders niet bij-/ingeschreven kunnen worden in het Handelsregister omdat het Handelsregister dat bij bepaalde rechtsvormen niet toestaat/mogelijk maakt, dan dient u bij uw inschrijving het verzoek daartoe bij de Kamer van Koophandel en de afwijzende reactie van de Kamer van Koophandel bij uw inschrijving te voegen. Wij merken hier nog bij op dat het toezicht op zich dan wel feitelijk goed geregeld moet zijn, wat moet blijken uit hetgeen daarover in het ondernemingsplan is opgenomen.

<p>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>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:          Inschrijving UBO('s) UBO-register</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK.</li> <li>• Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving.</li> <li>• De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>De situatie dat een zorgaanbieder een afschrift van inschrijving van zijn eigen UBO('s) wil ontvangen is een andere dan wanneer iemand de UBO('s) van een andere partij wil raadplegen. Wij vragen bij de inschrijving om meer dan alleen een verwijzing naar de website van de Kamer van Koophandel waar het bericht op staat dat de gegevens van UBO('s) tijdelijk niet openbaar zijn. U dient een mailwisseling met de Kamer van Koophandel bij te voegen dat u in uw eigen specifieke geval geen afschrift van de inschrijving van uw eigen UBO('s) kunt ontvangen (als dat ook daadwerkelijk zo is). Daarnaast dient u conform de laatste bovenstaande bullet de bevestiging van de UBO-registratie die u, de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder, van het UBO-register ontvangen heeft, met de inschrijving mee te sturen.</p>
<p>Moeten bestaande aanbieders een afschrift uit het handelsregister van de KvK overleggen? Waarom moet dit niet ouder zijn dan zes maanden? Indien noodzakelijk, dan graag een termijn van twaalf maanden.</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders hoeven geen afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK te overleggen. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden in het Handelsregister van de KvK moet u dit melden aan het zorgkantoor en een nieuw afschrift aanleveren.</p>
<p>Moeten bestaande aanbieders een VOG RP overleggen? Waarom moet dit specifiek voor deze inkoopprocedure worden aangevraagd?</p>	<p>Bestaande zorgaanbieders moeten conform de Bestuursverklaring beschikken over een VOG RP. Zij hoeven deze niet met hun inschrijving mee te sturen.</p>

Volstaat een VOG RP ten behoeve van inschrijving WMO ook?	
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 ( <a href="https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden">https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden</a> ) 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.

#### 8.6 Het ondernemingsplan is opgebouwd uit de volgende elementen

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 8.7 Een inhoudelijk gesprek is onderdeel van de beoordelingsprocedure

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 8.8 Wij beoordelen het ondernemingsplan en het eventuele gesprek

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 8.9 Bij een positieve beoordeling ontvangen nieuwe zorgaanbieders een eenjarige overeenkomst onder voorwaarden

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 8.10 Nieuwe zorgaanbieders ontvangen standaard een lager tarief

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

#### 8.11 U kunt zich in 2024 ook tussentijds inschrijven voor een overeenkomst

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

## 9 Betalen, monitoren en het definitief maken van afspraken

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 9.1 Wij zien toe op de naleving van gemaakte afspraken

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 9.2 Het betaalbeleid sluit aan op de bekostiging

Vraag	Antwoord
Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.	

### 9.3 Wij publiceren maandelijks de verwachte uitnutting van de contracteerruimte

Vraag	Antwoord
Ten opzichte van de huidige situatie is er vanaf 2024 een splitsing in het Wlz-budget, namelijk het budgetdeel dat betrekking heeft op het volumeplafond dat met aanbieders wordt afgesproken en het deel dat betrekking heeft op geld-volgt-klant. Wij nemen aan dat de publicatie van de uitnutting daarop wordt aangepast. Klopt dat? Zo nee, waarom niet?	Er is géén sprake van een splitsing in Wlz budget. Ook de financiering van intramurale zorg is persoonsvolgend. Er is enkel sprake van een volumeplafond. Dit volumeplafond is het maximaal aantal te declareren dagen voor intramurale zorg per jaar. Bij de uitnutting van de contracteerruimte houden wij er rekening mee dat het volumeplafond niet overschreden wordt.

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

Vraag	Antwoord
De contracteerruimte waarover in paragraaf 9.4 wordt gesproken en waarvoor een aanbieder mogelijk financieringsrisico loopt, betreft nemen wij aan alleen dat deel dat betrekking heeft op de afspraken op basis van het geld-volgt-klant model. Klopt dat? Zo nee, kunt u dat helder toelichten?	In paragraaf 9.6 van het inkoopbeleid V&V leest u meer over de wijze vanerschikking en de manier waarop we definitieve productieafspraken maken voor het betreffende jaar. Er is voor intramurale zorg sprake van een volumeplafond, en daarmee een maximaal aantal te declareren dagen. Als de middelen per sector niet toereikend zijn, dan passen wij een procentuele korting toe over de

	geëxtrapoleerde productierealisatie van het betreffende jaar. Dit geldt voor alle zorg, dus ook voor zorg die onder het volumeplafond bij de V&V voor intramurale zorg valt.
In paragraaf 9.4 staat: "Bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte per sector zetten we het geld-volgt-klant model niet direct om naar vaste productieafspraken." Wat bedoelt u in dit inkoopbeleid met 'per sector'?	Wij bedoelen hiermee de verschillende sectoren: V&V, GZ en GGZ.
Bij een verwachte overschrijding van de contracteerruimte per sector zet u het geld-volgt-klant model niet direct om naar vaste productieafspraken. In plaats daarvan publiceert u maandelijks over welk deel van de te leveren productie de zorgaanbieder een mogelijk financieringsrisico loopt, zoals in de vorige paragraaf benoemd. Wij monitoren nauwkeurig of het noodzakelijk is het geld-volgt-klant model om te zetten in productieafspraken. Hiervoor hanteren wij een marge van 1% als uitgangspunt. Dit is een beleidsverandering. Tot en met 2023 hanteerde u een marge van 2%. Kunt u aangeven waarom u dit beleid verandert? Wilt u inzage geven in de onderbouwing die ten grondslag ligt aan deze beleidsverandering?	Wij hebben de marge van 2% teruggebracht naar 1% om het risico voor zorgaanbieders te verkleinen. Door het terugbrengen van dit percentages geven wij naar verwachting eerder duidelijkheid over het deel van de productie, waarover wij verwachten een herschikkingsafpraak te kunnen maken. Ook verkleinen wij hiermee het risico dat er ten tijde van de definitieve herschikking een korting moet worden toegepast. Wij doen dit mede op basis van signalen van zorgaanbieders dat een percentage van 2% erg fors is ten opzichte van de totale omzet van zorgaanbieders in de langdurige zorg.

#### 9.5 We hebben de mogelijkheid om een tussentijdse herschikking te doen

Vraag	Antwoord
In het inkoopbeleid introduceert u de 'tussentijdse herschikking'. Klopt het dat dit een eigen instrument van Zilveren Kruis Zorgkantoor is en geen enkele basis heeft in beleidsregels of andere Wlz-regelgeving?	De tussentijdse herschikking is inderdaad een procesmatige keuze van Zilveren Kruis en betreft een moment waarop wij een expliciete overweging maken of het nodig is het geld-volgt-klant model om te zetten naar productieafspraken.
In het inkoopbeleid geeft u aan dat u vóór 1 juni zeer terughoudend zal zijn met het omzetten van afspraken binnen het geld-volgt-klant model, ook als er een geprognosticeerd tekort is van groter dan 1%. Als in juli/augustus blijkt dat het tekort inderdaad groter was dan 1% en zelfs (inmiddels) 2% is, wie betaalt dan de (meer)kosten?	Wij zijn inderdaad terughoudend met het omzetten van afspraken binnen het geld-volgt-klant model. Wanneer het geprognosticeerd tekort groter is dan 1%, dan doen wij dit bijvoorbeeld als de verwachting is dat er nog herverdelingsmiddelen aan de contracteerruimte worden toegevoegd. Wanneer op een later moment blijkt dat het tekort toch groter is dan verwacht, is het mogelijk dat wij bij de definitieve herschikking een hogere procentuele korting toepassen over de geëxtrapoleerde productierealisatie van het betreffende jaar.
De tussentijdse herschikking betreft VPT en MPT productie en heeft op geen enkele manier invloed op de intramurale afspraken (conform paragraaf 6.7). Klopt dat?	De tussentijdse herschikking heeft betrekking op alle zorgsoorten; ook intramurale zorg. U leest meer over de wijze van herschikking in paragraaf 9.6 van het inkoopbeleid V&V.

In de laatste alinea van paragraaf 9.5 over tussentijdse herschikking wordt in de tekst onduidelijk over welke herschikking het gaat. Soms staat er niets voor het woord herschikking(safspraak), soms het woord definitieve of (tussentijdse). Kunt u deze alinea verduidelijken, zodat er geen misverstanden kunnen ontstaan?	Wanneer wij in de laatste alinea van paragraaf 9.5 spreken over herschikking, dan bedoelen wij de tussentijdse herschikking. Daar waar wij doelen op de definitieve herschikking, staat dit ook zo omschreven in deze alinea.
In de laatste alinea van paragraaf 9.5 staat: "... met het stellen van dit maximale risicopercentage geven we zorgaanbieders meer duidelijkheid ...". Dit woord is niet eerder genoemd. Welk risicopercentage bedoelt u en hoe hoog kan dat zijn?	Met dit maximale risicopercentage bedoelen wij de in paragraaf 9.4 benoemde marge van 1% van het deel van de te leveren productie waar u een mogelijk financieringsrisico op loopt. In de tweemaandelijke monitor die wij u sturen (zie paragraaf 9.3) noemen wij dit het 'onzekerheidspercentage'.
Doordat u de Extramurale zorg volumevrij laat zijn zal een overschrijding ten koste gaan van de intramurale tarieven. Hoe gaat het zorgkantoor monitoren dat extramurale zorg ook doelmatig wordt gegeven en niet onnodig de indicatie volledig wordt benut?	De keuze om extramurale zorg volume vrij te laten heeft géén impact op de intramurale tarieven. Voor intramurale zorg is enkel een volumeplafond van toepassing, waarmee wij de groei van intramurale zorg inperken. In paragraaf 6.13 leest u op welke wijze doelmatige inzet ook binnen VPT en MPT aandacht krijgt.
U spreekt over onzekerheid van de financiële waarde van de geëxtrapoleerde productie van 1%. 1% waarvan precies?	De 1% heeft betrekking op het verschil tussen de financiële waarde van de geëxtrapoleerde productie en de omvang van de contracteerruimte. Wanneer dit verschil groter is dan 1% overwegen we het geld-volgt-klant model om te zetten naar vaste productieafspraken. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de informatie op website over de publicatie van onze zorgkostenraming op <a href="https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/zorginkoop/monitoring-zorgkosten">https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/zorginkoop/monitoring-zorgkosten</a> .

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

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 9.6.1</i>	
Bij de definitieve herschikking staat: "Bij de herschikking extrapoleren we het aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg. We houden hierbij rekening met het maximaal aantal dagen van uw volumeplafond voor intramurale zorg." Wij nemen aan dat wij voldoende ruimte houden om in de periode na het herschikkingsmoment het volumeplafond nog te realiseren als wij op het moment van de herschikking naar verhouding onder het volumeplafond zitten. Er zijn dan immers nog een aantal maanden te gaan en bij de	Het uitgangspunt bij de definitieve herschikking is de extrapolatie van het aantal gedeclareerde dagen voor intramurale zorg, rekening houdend met het maximaal aantal dagen van het volumeplafond. Indien u verwacht na het herschikkingsmoment méér intramurale zorg te realiseren (passend binnen het initiële volumeplafond) kunt u hierover afstemmen met uw zorginkoper. Of het mogelijk deze verwachting mee te nemen in de definitieve herschikkingsafspraak is mede afhankelijk van de uitnutting van de contracteerruimte. Of het mogelijk

nacalculatie kan de productie alsnog worden gecorrigeerd indien nodig. Is dit conform hoe u voornemens bent hiermee om te gaan? Zo niet, hoe is uw werkwijze dan precies?	is om overproductie ten opzichte van de herschikkingsafpraak (passend binnen het initiële volumeplafond) te vergoeden, is afhankelijk van de landelijke beschikbaarheid van financiële middelen bij de nacalculatie.
In paragraaf 9.6.1 staat: "Het is mogelijk dat de afspraak in de definitieve herschikking lager is dan de afspraak bij een eventuele tussentijdse herschikking, zie paragraaf 9.5." Hoe is dat mogelijk? In paragraaf 9.5 staat: "Met het stellen van dit maximale risicopercentage geven we zorgaanbieders meer duidelijkheid en denken we risico's in de continuïteit van zorg bij zorgaanbieders te beperken." Hoe verhoudt het aangegeven maximale risicopercentage zich tot de mogelijkheid dat de definitieve herschikking lager is dan de tussentijdse herschikking?	Een voorbeeld hiervan is als blijkt dat een aanbieder ten tijde van de definitieve herschikking minder zorg heeft gerealiseerd dan in de afspraak bij de tussentijdse herschikking was opgenomen. De daadwerkelijke realisatie is het uitgangspunt voor de definitieve herschikkingsafpraak.
Als de middelen per sector niet toereikend zijn, dan passen wij een procentuele korting toe over de geëxtrapoleerde productierealisatie van het betreffende jaar. Om een passend zorgaanbod af te kunnen spreken met een klant vinden wij het noodzakelijk om te weten welke budget op voorhand beschikbaar is en blijft. Bij een generieke korting achteraf zal de aangeboden en betaalde zorg niet meer volledig financieel gedekt zijn door deze verlaging van tarieven. Hoe kijkt u tegen het financiële risico aan dat zorgaanbieders hierdoor lopen?	Wij streven ernaar het financiële risico van zorgaanbieders te beperken. Daarom monitoren wij gedurende het jaar zorgvuldig de zorgkosten en de uitnutting van de contracteerruimte en brengen wij in beeld welke risico's zorgaanbieders lopen. Ook via de eventuele tussentijdse herschikking proberen wij zorgaanbieders eerder duidelijkheid te geven over het budget, om zo het financiële risico van zorgaanbieders (bijvoorbeeld door een generieke korting achteraf) te verkleinen.
In paragraaf 9.6.1 staat: "Het is mogelijk dat de afspraak in de definitieve herschikking lager is dan de afspraak bij een eventuele tussentijdse herschikking, zie paragraaf 9.5." Hoe is dat mogelijk? In paragraaf 9.5 staat: "Met het stellen van dit maximale risicopercentage geven we zorgaanbieders meer duidelijkheid en denken we risico's in de continuïteit van zorg bij zorgaanbieders te beperken." Hoe verhoudt het aangegeven maximale risicopercentage zich tot de mogelijkheid dat de definitieve herschikking lager is dan de tussentijdse herschikking?	Een voorbeeld hiervan is als blijkt dat een aanbieder ten tijde van de definitieve herschikking minder zorg heeft gerealiseerd dan in de afspraak bij de tussentijdse herschikking was opgenomen. De daadwerkelijke realisatie is het uitgangspunt voor de definitieve herschikkingsafpraak.

## 9.7 De nacalculatie vindt plaats in lijn met de herschikking

Vraag	Antwoord
<i>Subparagraaf 9.7.1</i>	
Er staat: "We corrigeren voor het aantal dagen boven afgesproken volume plafond voor intramurale zorg. Hierbij corrigeren we de dagen met de laagste vergoeding per dag. Dit betekent	Wij spreken een volumeplafond af om de groei van intramurale zorg te beperken. Deze werkwijze bij de nacalculatie is in lijn met deze afspraak. Wij passen dit niet aan.



dat deze u voor deze zorg geen vergoeding krijgt". Het is onacceptabel dat in dat geval dat geleverde zorg niet op enigerlei wijze wordt vergoed. Wilt u dit uitgangspunt herzien c.q. aanpassen? Zo nee, waarom niet?

# Wij helpen u graag verder



## Kijk op

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



## Post

Zilveren Kruis Zorgkantoor

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

Postbus 353

8000 AJ Zwolle



## Contact

Ga naar 'contact' op [zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/contact](https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/contact)  
en vul het keuzemenu in voor de juiste contactgegevens.

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

Deze Nota van inlichtingen is een uitgave van het Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V. KvK 34245138.  
Dit document kunt u downloaden op <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor>

## Disclaimer

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