

Nota van Inlichtingen

Aanvulling 2025 Inkoopkader Wlz

Regio Midden IJssel

Salland Zorgkantoor

Datum 1 juli 2024

Inhoud

1	Inleiding.....	2
2	Beantwoording van vragen over de Aanvulling 2025 inkoopkader Wlz.....	3
2.1	Aanvulling 2025 Inkoopkader Wlz.....	4
2.2	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026.....	27
2.3	Bijlage 3A Bestuursverklaring.....	28
2.4	Bijlage 3B Instemmingsverklaring.....	29
2.5	Bijlage 4 Algemene inkoopvoorwaarden.....	30
2.6	Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025.....	32
2.7	Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentage.....	33
3	Aanpassingen Aanvulling 2025 Inkoopkader Wlz.....	46
3.1	Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026.....	46
3.2	Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2025.....	46
3.3	Bijlage 4 Algemene inkoopvoorwaarden.....	46
3.4	Bijlage 8 Aan te leveren documenten.....	46
	Bijlagen.....	48

1 Inleiding

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen Aanvulling 2025 zorginkoopkader Wet langdurige zorg (Wlz) van Salland Zorgkantoor.

Naar aanleiding van de publicatie op 31 mei jl. van de Aanvulling 2025 inkoopkader Wlz hebben wij diverse vragen, op- en aanmerkingen ontvangen. Omdat het om een aanvulling voor 2025 gaat konden alleen vragen worden gesteld over gewijzigde onderdelen van het zorginkoopkader. Deze Nota van Inlichtingen (Nvl) bevat onze reactie op de gestelde vragen. Deze Nvl maakt integraal onderdeel uit van het inkoopkader. De in de Nvl opgenomen aanpassingen prevaleren ten opzichte van de eerder gepubliceerde inkoopdocumenten.

Er zijn ook vragen gesteld naar aanleiding van de Nota van Wijziging 2024. In deze Nvl worden alleen vragen beantwoord over de gewijzigde delen van het inkoopbeleid 2024-2026. Vragen over de Nota van Wijzigingen 2024 vallen dus niet binnen de reikwijdte van deze Nvl. Het zorgkantoor hanteert echter dezelfde tariefsystematiek als omschreven in de Nota van Wijzigingen 2024, waardoor deze Nvl daarover de relevante inzichten verschaft.

Opbouw van deze Nota van Inlichtingen

Alle vragen over de Aanvulling 2025 inclusief de bijlagen zijn in hoofdstuk 2 door ons beantwoord. Op enkele punten hebben de vragen aanleiding gegeven tot een verduidelijking of een aanpassing. Deze aanpassingen, betreffende een wetsvermelding in de overeenkomsten (bijlagen 1 en 2), een verduidelijkende link naar een website in bijlage 4 en een onjuiste jaartalvermelding in bijlage 8, zijn in hoofdstuk 3 toegelicht. Alleen voor de aangepaste overeenkomsten is een nieuwe versie (versie 1 juli 2024) gepubliceerd op onze website.

Vragen of bezwaren

Met deze Nvl beantwoorden wij de vragen over de op 31 mei jl. gepubliceerde Aanvulling 2025. Met deze beantwoording geven wij zoveel mogelijk uitleg bij hetgeen in de Aanvulling 2025 is opgenomen. Dit is dus geen nieuw beleid waarover (opnieuw) vragen kunnen worden gesteld.

2 Beantwoording van vragen over de Aanvulling 2025 inkoopkader Wlz

In dit hoofdstuk zijn alle vragen over de Aanvulling 2025 inclusief de bijlagen door ons beantwoord. Hierbij zijn vragen met eenzelfde onderwerp of strekking samengevoegd. De beantwoording van de vragen is per document gerangschikt.

2.1 Aanvulling 2025 Inkoopkader Wlz

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID REG.01	1.1. Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Op pagina 3 in het inkoopbeleid schrijft u bekeken te hebben of er andere aanpassingen noodzakelijk zijn op grond van wet- en regelgeving of vanwege actuele beleidsontwikkelingen. "Deze zijn er op dit moment niet". Wij zijn van mening dat er wel degelijk aanpassing noodzakelijk is omdat u nog steeds het uitgangspunt hanteert dat opname voor cliënten met een ZZP4 in beginsel niet meer aan de orde is zolang die zorg verantwoord thuis geleverd kan worden. Dat gaat in tegen wet- en regelgeving. Cliënten met een ZZP4 indicatie hebben immers recht op intramurale zorg, volgens de Wet langdurige zorg. a. Kunt u aangeven waarom u blijft vasthouden aan dit beleid terwijl het niet strookt met de Wet langdurige zorg? b. Kunt u aangeven hoe u rekening houdt met cliënten met een ZZP4 indicatie die hun recht op intramurale zorg afdwingen gezien dit volgt uit de wet?	In ons beleid hanteren we dit uitgangspunt als uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' en een passend aanbod voor kwetsbare groepen. Deze transformatie is gericht op de houdbaarheid van de langdurige zorg voor de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat we ons maximaal inspannen om cliënten met een ZZP-indicatie waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar houden voor de meest kwetsbaren. De afgelopen jaren hebben wij de regio ondersteund in het ontwikkelen van mogelijkheden voor zorg thuis met een Wlz-indicatie. Wij nemen onze zorgplicht serieus en onze inspanningen zijn erop gericht om voor alle cliënten passende zorg te regelen, of dat nu thuis is of intramuraal. Gelet op onze zorgplicht blijft zorg met verblijf mogelijk voor cliënten die daarvoor geïndiceerd zijn, ook met een ZZP4.
VID REG.02	1.1. Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om haar inkoopbeleid te wijzigen. Wij gaan ervan uit dat als het zorgkantoor haar inkoopbeleid wijzigt, dat wij over de gewijzigde onderdelen alsnog (dat wil zeggen na 13 juni 2024 om 12.00) gemotiveerde bezwaren kenbaar kunnen maken en eventueel in beroep kunnen gaan. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	Bij een wijziging van het zorginkoopbeleid is er nog de mogelijkheid met betrekking tot het gewijzigde deel eventueel bezwaar te maken of een gerechtelijke procedure te starten. Wij adviseren u overigens om eerst telefonisch contact op te nemen met uw vaste zorginkoper. Hiermee willen wij misverstanden en onnodige administratieve lasten voorkomen. Als u toch een bezwaar wilt indienen of een gerechtelijke procedure wilt starten, dan moet u het bezwaar indienen of de procedure aanhangig maken uiterlijk binnen 20 dagen na onze publicatie van het betreffende onderdeel van het zorginkoopbeleid. Deze termijn is een vervaltermijn.
VID 0072	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

VID 0133	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	U geeft aan dat: "De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen". Denkt u dit voor 2025 wel feitelijk te kunnen vaststellen? Zo, ja waarom denkt u dat en waarom verschilt dit t.o.v. 2024?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0134	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest. Wat verstaat u onder latere jaren, is dat bijvoorbeeld het jaar 2026? Indien u dit van plan bent, wanneer informeert u de aanbidders hier dan over?	Dat zou inderdaad al het jaar 2026 kunnen zijn. Zorgaanbidders worden hier uiterlijk op 1 juni 2025 over geïnformeerd als het inkoopbeleid voor het jaar 2026 wordt gepubliceerd.
VID 0176	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	In de sectorbrief staat dat het zorgkantoor heeft besloten om een 'hoger tariefpercentage dan noodzakelijk' toe te kennen en dat zorgaanbidders zich 'extra' moeten inspannen in 2025 om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hoe verhoudt zich dat tot de uitspraak van het hof waarin de zorgkantoren nu juist werden opgedragen om, om tot kostendekkende tarieven te komen, ook financieringsbaten- en lasten mee te nemen?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0198	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke gegevens voor de financieringsbaten en lasten zijn dan gebruikt in de berekening van het richttariefpercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

VID 0199	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wanneer zijn de gegevens bekend om de feitelijke financieringsbaten en lasten wel op een betrouwbare wijze vast te kunnen stellen in de berekening van het richttariefpercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0202	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Wanneer men stelt dat het tariefspercentage hoger is dan noodzakelijk, waarom wordt dan niet uitgegaan van het noodzakelijke tariefspercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0203	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Wat is het noodzakelijke tariefspercentage in procenten?	Het noodzakelijke tariefpercentage is in principe gelijk aan de huidige percentages, maar zou ook toegepast moeten worden op de NHC en NIC componenten. Bijvoorbeeld, richttarief 97%, NZa max tarief €100, waarvan €80 personeel & materieel en €20 NHC/NIC. Dan zou dit in de huidige situatie neerkomen op $0,97 * €80 + €20 = €97,6$ In de 'niet meer dan strikt noodzakelijk' situatie komt dit neer op $0,97 * €100 = €97,-$
VID 0204	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke stappen gaat het zorgkantoor ondernemen om tot de meest betrouwbare wijze van het vaststellen van de feitelijke financieringsbaten en lasten te komen?	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 0206	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Bij het kopje 'Samen op weg naar passende en doelmatige zorg' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Indien hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.

VID 0208	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Op welke wijze worden zorgaanbieders betrokken bij de mogelijke verandering vanaf 2026 in de wijze waarop uitvoering gegeven wordt aan het arrest of aan een de keuze van een ander model?	Indien zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 0219	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met het woord feitelijk in 'feitelijke financieringsbaten en lasten'?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet eenvoudig op korte termijn op te lossen. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0220	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met op betrouwbare wijze?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0260	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat: "Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Wat bedoelt u met een hoger tariefpercentage dan strikt noodzakelijk? Wat is uw definitie van "noodzakelijk"? Klopt uw berekening van het richttariefpercentage incl. fin. baten en lasten dan niet?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

VID 0261	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er staat: "Wij verwachten daarom dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren." Wat bedoelt u met "extra"? Geldt deze "extra" inspanning ook voor u als zorgkantoor? Er is immers sprake van een gezamenlijke inspanning.	Wij bedoelen hiermee dat zorgaanbieders de bewegingen die zij maken een extra impuls geven, dan wel een versnelling geven om ze te realiseren. Hierbij kan gedacht worden aan: extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg, reserveren voor verbouw of nieuwbouw. Zorgkantoren spannen zich hiervoor ook in door het organiseren van regionale overleggen -voor zover nog niet is gebeurd- en het aangaan van het individuele gesprek met de zorgaanbieder over de te maken bewegingen. In gezamenlijkheid kan dan bekeken worden hoe de trajecten lopen en welke inspanning en ondersteuning er nodig is om de bewegingen (versneld) te realiseren.
VID 0270	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Klopt dit?	Dit klopt.
VID 0280	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	In hoeverre kunt u het recht voorbehouden in 2026 om een ander model of uitvoering te kiezen voor het richttariefpercentage en is dat niet in strijd met het arrest?	Wanneer de zorgkantoren de keuze zouden maken voor een ander model of uitvoering zal dit met inachtneming van het arrest worden ontwikkeld.
VID 0478	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	U geeft aan (als reactie op een hoger tariefpercentage) dat zorgaanbieders zich in 2025 'extra' moeten inspannen om zorg betaalbaar te houden. Hoe verhoudt deze opmerking zich tot de eerdere niet kostendekkende tarieven? Ondanks een aangepast richttariefpercentage is er in de budgettering geen ruimte om nog meer extra inzet hierop te tonen. Hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar? Op welke wijze wordt 'extra' inspanning gevraagd?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen. Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
VID 0490	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Bij het kopje 'Uitvoering Arrest' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Indien hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.

VID 0592	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	U schrijft: "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarop baseert u deze uitspraak? Waarom denkt u dat het tariefpercentage hoger uitpakt? Als u de feitelijke kosten niet op betrouwbare wijze kunt vaststellen, zou het toch ook te laag kunnen zijn?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0622	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0689	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Wat voor zekerheid kan er gegeven worden aan zorgaanbieders voor latere jaren n.a.v. de zin "Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest1"?	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 0793	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Genoemd wordt dat Zorgkantoren zich het recht voorbehouden dat in latere jaren op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest. Hoe worden zorgaanbieders hierin meegenomen, zodat ze niet voor onverwachte verrassingen komen te staan?	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 0800	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Vanaf 2023 vindt een kostenonderzoek plaats, waarbij een drietal prioriteringsproducten nader onderzocht zijn. In hoeverre gaat het zorgkantoor deze voorgestelde tarieven voor 100% volgen?	Het richttariefpercentage is ook op deze prestaties van toepassing. U leest in het regionale beleid van het zorgkantoor voor welke prestaties eventueel een opslag van toepassing is op het richttariefpercentage en aan welke voorwaarden dan voldaan moet worden.

VID 0963	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Er is aan de ene kant een opdracht om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Anderzijds staat er dat extra inspanning en beweging nodig zijn hiervoor. Bedoelt u hiermee dat we niet moeten streven naar meer zorg dan wel ingezette uren of middelen en wat betekent dit voor de bepaling van het richttariefpercentage als er wel extra middelen of uren nodig zijn om dit doel te behalen?	Wij bedoelen hiermee dat er binnen het huidige richttariefpercentage ruimte is om extra inspanning te leveren voor de beweging om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hierbij kan gedacht worden aan extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg. Dit kan ertoe leiden dat meer mensen geholpen kunnen worden van hetzelfde budget.
VID 1297	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarom leidt uitvoering van het arrest tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk? Een arrest uitvoeren lijkt ons gelijk aan noodzakelijk. Wat verstaat u precies onder noodzakelijk? Graag uw toelichting.	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 1298	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt" Op welke wijze heeft u alle aanbieders getoetst op doelmatigheid zoals u ook de aanbieders met een historisch laag tarief laat doen?	Uw vraag is ons niet helemaal duidelijk. Voor zover u doelt op hoe doelmatigheid een plek krijgt in het tariefsmodel: het model dat leidt tot de richttariefpercentages heeft als uitgangspunt dat tenminste 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat heeft, zowel op basis van het aantal zorgaanbieders als op basis van het marktaandeel. Hiermee stimuleren we doelmatigheid.
VID 1299	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen" Wat maakt dat u dit zegt en op welke wijze wilt u e.e.a. voor 2026 vormgeven? Graag uw toelichting.	De zorgkantoren zullen, indien zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 1417	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	In het voorwoord wordt gesteld dat de rechter heeft opgedragen financieringslasten/baten mee te nemen in het richttarief%. Ook wordt aangegeven dat het nu niet mogelijk is deze baten/lasten vast te stellen. Als de hoogte hiervan niet bekend is, hoe kan dan worden geconcludeerd dat hetgeen nu wordt doorgevoerd hoger is dan benodigd om aan het arrest uitvoering te geven?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

VID 1472	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	U verwacht van aanbieders in 2025 extra inspanning in de beweging die nodig is voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de Wlz-zorg. En dat in een periode waarin budgettaire kaders steeds verder krimpen en de arbeidsmarkt implodeert. Om de Wlz-zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zal of het budgettaire kader moeten groeien, of het aantal mensen in de Wlz moeten krimpen. Daar gaat u, noch wij over. Daar gaat de Rijksoverheid over. Bent u daarom voornemens om, in plaats van de druk verder te laten toenemen op ons beider uitvoeringspraktijk, samen in dialoog te gaan met VWS om de beschreven randvoorwaarden te scheppen?	Wij kunnen de verantwoordelijkheid om de Wlz zorg toegankelijk en betaalbaar te houden niet alleen bij de Rijksoverheid neerleggen. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen in samenspraak met branches laten zien welke bewegingen er gemaakt kunnen worden om een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. De ontwikkelingen hierin, de mogelijkheden en onmogelijkheden worden met VWS besproken.
VID 1484	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt. Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen." Is de aanname correct dat zo'n andere wijze via het inkoopbeleid 2026 zal worden gecommuniceerd?	Indien de zorgkantoren die keuze maken, zal dat via het inkoopbeleid 2026 rond 1 juni 2025 worden gepubliceerd.
VID 1488	1.1 Aanpassingen als gevolg van rechterlijke uitspraken	Gereferereerd wordt aan een 'ander model'. Graag refereren wij aan een eerder kort geding waarin een beroep is gedaan op het dialoog model zodra er wijzigingen zijn, waaronder een potentieel ander model. Mogen wij als zorgaanbieders verwachting hier tijdig over te worden geïnformeerd (anders dan in een nieuw inkoopbeleid 2026 waarbij slechts beperkt reactie termijn zit middels de Nota van Inlichtingen)?	Indien zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
VID 1135	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	CSRD: Onbekend is nog wat de zorgkantoren uit willen vragen voor de CSRD aangezien dit nog niet gepubliceerd is. Is het mogelijk om na publicatie van de uitvraag nog vragen te stellen?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
VID 1136	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	CSRD: Welke data zullen voor CSRD worden opgevraagd? Alleen van aanbieders of ook van de hele keten (o.a. leveranciers etc.)? Hoe veel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moeten deze data aangeleverd worden?	Dat is op dit moment nog niet te zeggen. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 1170	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Wanneer kunnen wij meer inzicht verkrijgen in de uitvraag ten behoeve van de CSRD? Wat betekent dit voor de zorgaanbieders die waarschijnlijk zelf niet onder de CSRD vallen? Dit leidt hoe dan ook tot een verzwaring van de administratieve lasten. worden de aanbieders hierin gecompenseerd?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.

VID 1325	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Ten aanzien van het overgangsrecht wachten we graag de nadere informatie af voor 30 juni. Wij pleiten voor een uniforme werkwijze in het kader van de administratieve lastenvermindering. Kunt u bijdragen aan een eenduidige wijze van verantwoorden gelijk zoals door de zorgverzekeraars gesteld?	Het is ons niet duidelijk waar uw vraag betrekking op heeft. Wij kunnen deze om die reden niet beantwoorden.
VID 1447	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Verduurzaming. Wanneer verwacht ZN de uitvraag te doen voor CSDR en hoe lang krijgen we de tijd om die gegevens aan te leveren?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 1465	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Aangegeven wordt: In geval zij verplicht zijn een jaarverslag te maken, maar niet CSRD-plichtig zijn, in het jaarverslag ook rapporteren over de duurzaamheidsprestaties van hun organisatie (voor zo ver beschikbaar) en hoe die zich verhouden tot doelen en ambities van de organisatie; - Waarom voegt het zorgkantoor aanvullende belastende voorwaarden toe? De wetgever heeft niet voor niets gekozen voor een vrijstelling.	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.
VID 1467	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Aangegeven wordt dat ondanks dat wij als zorginstelling geen CSRD-plicht hebben welk de gegevens moeten aanleveren - Hoe worden de kosten vergoed welke moeten worden gemaakt om deze gegevens te genereren? De wetgever heeft immers niet voor niet een vrijstelling gemaakt.	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Van een compensatie voor zorgaanbieders is geen sprake en wij zijn ook van mening dat dit niet nodig is.
VID 1471	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Op pagina 12 van het document geeft u aan dat o.g.v. de Europese CSRD er gerapporteerd dient te worden over de impact van activiteiten op mens en milieu. Hoe dat er voor 2025 precies uit gaat zien laat u z.s.m., bij voorkeur voor 30 juni 2024, weten. Gezien de zorgaanbieders pas na sluiting van deze Nvl-ronde worden geïnformeerd hierbij aan u de vraag op welke wijze we nog aanvullende vragen over dit onderwerp kunnen stellen.	We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
VID 1492	2. Actuele ontwikkelingen - onderwerp CSRD	Wordt er verwacht dat zorgaanbieders zelf ook al actief rapporteren omtrent duurzaamheid of rust deze verplichting vooralsnog bij de zorgverzekeraar en haalt deze gegevens op bij zorgaanbieders?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Sommige zorgaanbieders zijn op grond van de wet zelf CSRD-plichtig en zullen op grond daarvan een duurzaamheidsrapportage moeten publiceren.

VID 0023	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 202te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025. De zorgverzekeraar kan mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van organisatie opvragen. Kan worden aangegeven over welke parameters het hier gaat? Kan worden aangegeven de gevolgen zijn als deze parameters (nog) niet inzichtelijk zijn?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0080	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	De CSRD vraagt mogelijk informatie van de zorgaanbieders en wij waarderen het dat u de eventuele administratieve lasten wil beperken. Wij nemen aan dat alle zorgverzekeraars hier mee te maken hebben. Is het mogelijk daar u daar in ZN verband met Actiz afspraken over maakt?	Ja, het is onze inzet om in afstemming met Actiz en andere zorgbrancheorganisaties (Wlz en Zvw) de CSRD-databehoefte van de zorgkantoren en zorgverzekeraars af te stemmen.
VID 0210	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nodig heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Is deze uitvraag vanuit het zorgkantoor een verplichting?	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0211	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Welke consequenties zijn eraan verbonden wanneer een aanbieder de gegevens uit de uitvraag niet aanlevert?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij dan conform de gemaakte afspraken de gegevens aanleveren.
VID 0212	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Kunnen zorgaanbieders zelf beslissen waarover zij rapporteren en op welke manier?	Dit wordt op een later moment uitgewerkt. U wordt hiervoor voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0213	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In de paragraaf 'Verduurzaming van de zorgsector als stip op de horizon' staat over de CSRD dat het zorgkantoor mogelijk informatie nog heeft en opvraagt over duurzaamheidsprestaties. Wanneer de aanbieder de GDDZ3.0 niet ondertekend heeft, op welke manier heeft de aanbieder dan inspraak in de uitvraag?	Voor de klimaat- en milieupact baseren wij ons op de monitoring die bij de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ3.0) wordt afgesproken. Inspraak van zorgaanbieders op de opzet van de GDDZ3.0-monitoring verloopt via de zorgbrancheverenigingen die partner zijn van de GDDZ3.0.

VID 0247	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Onbekend is nog wat de zorgkantoren uit willen vragen voor de CSRD aangezien dit nog niet gepubliceerd is. Is het mogelijk na publicatie van de uitvraag nog vragen over te stellen? Ten einde te komen tot een efficiëntere en administratief minder belastende uitvraag?	Voordat wij een eventuele uitvraag m.b.t. 2025 vaststellen, zullen we hierover afstemmen met de zorgbrancheverenigingen. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
VID 0248	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Welke data gaat er opgevraagd worden voor CSRD? Alleen van aanbieders of ook van de hele keten (o.a. leveranciers etc.)? Hoe veel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moet deze data aangeleverd worden?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0249	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Als blijkt dat de gevraagde data voor de CSRD niet aan te leveren is door de zorgaanbieders. Staat het zorgkantoor dan open voor een dialoog om te komen tot een gezamenlijke data-bepaling zodat het zorgkantoor kan voldoen aan de CSRD-regelgeving?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Vanwege deze werkwijze verwachten wij niet dat dit aan de orde zal zijn.
VID 0326	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	U geeft aan dat u nog geen nadere informatie kunt geven over de mogelijke uitvraag op basis van de CSRD-vereisten in 2025. Dat betekent dat wij nu hier ook geen nadere vragen over kunnen formuleren en - afhankelijk van het moment dat deze informatie wel beschikbaar komt - mogelijk zelfs een instemmingsverklaring moeten indienen terwijl wij op dit gebied niet weten waar we dan mee in stemmen. Wij verzoeken u dan ook hier een specifieke, nadere vragenronde voor in te richten van 21 kalenderdagen na publicatie en onze instemmingsverklaring binnen die termijn in te trekken, e.e.a. in lijn met de bepalingen rondom de publicatie van het richttariefpercentage voor 2025, zoals opgenomen in paragraaf 2.3.	Wij stemmen onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Gelet op dit zorgvuldige proces achten we het niet nodig om te voorzien in een extra vragenronde en de mogelijkheid om de instemmingsverklaring in te trekken. Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
VID 0332	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Paragraaf 4.5. verplicht rapporteren over de impact van de activiteiten op mens en milieu.	Het is voor ons niet helder wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
VID 0556	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Hoeveel tijd krijgt de aanbieder voor het verzamelen van de gevraagde data? En wanneer moet deze data aangeleverd worden?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0576	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSR	Is aan te geven (eventueel in schatting) wanneer er meer duidelijkheid is omtrent informatie m.b.t. duurzaamheidsprestaties?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.

VID 0591	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Wordt er ook al concreet iets verwacht in de rapportages van de zorgaanbieders op het vlak van duurzaamheidsprestaties?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0593	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	U schrijft dat u uit hoofde van de CSRD mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties nodig heeft. En dat hiervoor een uitvraag komt. Geldt dat ook voor zorgaanbieders die zelf ook al CSRD-plichtig zijn? Dat is bij ons namelijk geval en zowel zelf conform de CSRD in het jaarverslag rapporteren als informatie aan u leveren lijkt te leiden tot een dubbele administratieve last. Kan er als alternatief worden verwezen naar de CSRD-gegevens in het jaarverslag van de zorgaanbieder?	Ja, dit geldt ook voor zorgaanbieders die zelf CSRD plichtig zijn. Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven is het voor 2025 nog niet bekend hoe dit er uit gaat zien. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.
VID 0629	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	U vraagt zorgaanbieders mee te werken aan CRSD vereisten van de Zorgverzekeraar. Dit betekent een extra administratieve last voor de zorgaanbieder. Is de zorgaanbieder verplicht gegevens aan te leveren? Zo ja, wat is de wettelijke basis voor deze verplichting?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij dan conform de gemaakte afspraken de gegevens aanleveren.
VID 0636	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	U geeft aan dat u zich inzet voor een zo laag mogelijke administratieve lasten voor aanbieders worden beperkt. Kunt u aangeven hoe dat wordt gegarandeerd?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.
VID 0672	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	U verwacht "...dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving". Vanaf 1 januari 2025 gaat de CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) in voor grote zorgorganisaties die in BV-vorm zijn ingericht dus (lang) niet voor alle zorginstellingen. Hoe verhoudt zich uw vraag tot aanlevering van informatie in het kader van de CSRD met het niet hoeven voldoen aan deze verplichting voor een groot aantal zorginstellingen?	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.
VID 0698	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Leidt het verplicht rapporteren via de Europese richtlijn CSRD tot extra administratieve lasten en wat zijn deze dan. Is daarmee duidelijk wat er uiterlijk ultimo 2024 vastgelegd en gerapporteerd dient te worden?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0715	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Door de omvang van het vastgoed dat in beheer is, kunnen uitvraagvariabelen veel inspanningen vereisen. Zijn hier maatwerkafspraken te maken over de reactietermijn en of de volledigheid van de gevraagde duurzaamheidsprestaties?	Vanwege onze werkwijze verwachten wij niet dat dit aan de orde zal zijn. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.

VID 0726	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Wij zijn een landelijke zorgaanbieder. Kunnen wij ervanuit gaan dat wij een landelijke rapportage mogen aanleveren i.p.v. een regionale? Als dit regionaal gedaan dient te worden zorgt dit voor een verhoging van de administratieve lasten	Zorgkantoren en zorgverzekeraars starten in het najaar 2024 in ZN-verband met de bepaling van de gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. We zullen dit o.a. afstemmen met de zorgbrancheverenigingen die medeondertekenaars zijn van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (de GDDZ3.0-partners). Ons uitgangspunt daarbij is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.
VID 0746	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Mogen wij aannemen dat informatie die aangeleverd moet worden voor de CSRD eerst in de ketenraad akkoord is bevonden en daarmee wordt verantwoord via de Kick-V? Zo nee hoe ziet u deze beweging in het licht van regelarme zorg?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Als we van bestaande werkwijzen via KIK-V gebruik kunnen maken om de administratieve belasting voor (een deel van de) zorgaanbieders en onszelf zo laag mogelijk te houden, dan staan we daar zeker voor open.
VID 0768	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Een nieuwe ontwikkeling is de Europese richtlijn CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Er dient gerapporteerd te worden over de impact van de eigen bedrijfsvoering én over de impact in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2025 te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025. Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden. Hoe kunnen organisaties zich nu voorbereiden op een dergelijk traject als het zorgkantoor zelf ook nog niet weet wat de impact gaat zijn. In financiële zin en qua tijd en energie.	We begrijpen dat u graag snel duidelijkheid wilt. Op dit moment kunnen wij u deze nog niet geven. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.
VID 0797	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Genoemd wordt dat "We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt." Is het zorgkantoor bereid zich aan te sluiten op de landelijke afspraken die in het kader van de verantwoording CSRD worden gemaakt?	Ja, alle zorgkantoren committeren zich aan de nog te maken landelijke afspraken voor de monitoring van de resultaten van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ3.0).

VID 0859	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In hoeverre wordt bij de rapportage rekening gehouden met het beperken van de administratieve lasten voor de zorgaanbieder?	Bij de bepaling van onze CSRD-gegevensbehoefte is het centrale uitgangspunt om minimale (bij voorkeur geen) administratieve lasten bij zorgaanbieders te veroorzaken.
VID 0860	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen en eventueel bezwaar tegen bijvoorbeeld de administratieve lasten?	Nee, vanwege onze werkwijze verwachten wij ook niet dat dit nodig zal zijn. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0877	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Onduidelijkheid over administratieve lasten/ informatie aanleveren zorgaanbieders. Kunt u bevestigen dat u geen aanvullende acties van zorgaanbieders vereist die méér of extra vragen dan volgt uit wetgeving/ een verplichtend karakter heeft? Zo nee, waarom niet?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 0958	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp CSRD	Heeft de invoering van CSRD nog verdere gevolgen voor het inkoopbeleid? Zo ja, welke en op wat voor termijn wordt dit duidelijk gemaakt?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
VID 1503	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp GGZ-W	Komen de regionale afspraken door zorgkantoren met zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling in de plaats van het geldende overgangsrecht?	Regionale afspraken volgen op landelijk beleid. Zolang er nog geen landelijk besluit ligt bekijken we met aanbieders de mogelijkheden om afspraken te maken over integrale bekostiging in de Wlz zodat de overgang naar integrale bekostiging onder de Wlz in onderling overleg zo spoedig mogelijk kan worden bewerkstelligd.
VID 1504	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp GGZ-W	Zorgkantoren gaan ten behoeve van het jaar 2025 met de zorginstellingen die GGZ-W leveren het gesprek aan over het "overgangsrecht". Door middel van het zorginkoopgesprek willen de zorgkantoren zicht krijgen op de interpretatie en de toepassing van dit overgangsrecht. In goed overleg worden waar mogelijk en wenselijk door zorgkantoren regionaal afspraken gemaakt met zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling, vooruitlopend op een landelijke duiding van het overgangsrecht. Zorgkantoren gaan ervanuit dat er ten behoeve van zorginkoop 2026 er een landelijke uniforme consensus is rondom de duiding van dit overgangsrecht". Hoe wordt dit goede overleg vormgegeven? Is dit bijvoorbeeld bilateraal, of regionaal?	Middels het inkoopgesprek zullen de mogelijkheden tot het maken van afspraken per individuele aanbieder worden onderzocht.
VID 1531	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp GGZ-W	Het geldende overgangsrecht is duidelijk. Is het niet voorbarig om vooruitlopend op de landelijke duiding op zoek te gaan naar interpretatie en de toepassing van het overgangsrecht? Te meer omdat de minister stelt dat het overgangsrecht samenhangt met bredere ontwikkelingen in de Wlz dus multi-interpretabele uitkomsten kan hebben.	Er is op dit moment sprake van een overgangssituatie voor leveringsvormen van zorg inclusief en exclusief behandeling binnen de Wlz. We zien dat de huidige uitvoeringspraktijk verschilt. Zorgkantoren vinden dit onwenselijk. Er is daarom afgesproken om gezamenlijk te komen tot een landelijke duiding van het overgangsrecht Om de overgang naar integrale bekostiging in de Wlz zo soepel mogelijk te laten verlopen, gaan de zorgkantoren wel al het gesprek aan met hun aanbieders om daar waar mogelijk en wenselijk afspraken te maken.

VID 1532	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp GGZ-W	Kunt u het overgangsrecht iets nader specificeren?	Het overgangsrecht GGZ-behandeling is beschreven in de Nota van Wijziging van VWS (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/kst-35299-7.html) in artikel IV.c en beschrijft dat cliënten die verblijf en behandeling (zoals beschreven in artikel 3.1.1. onderdeel c, onder 1 van de Wlz) niet bij dezelfde instelling afnemen, geen recht hebben op de behandeling, zoals beschreven in hetzelfde artikel onder 2, vanuit de Wlz.
VID 0002	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Wanneer wordt het nieuwe VG7-tarief naar verwachting gepubliceerd en per wanneer gaat dit in?	Zorgkantoren verwachten dat de NZA het nieuwe VG7 tarief gelijktijdig met de beleidsregels 2025 publiceert. Dit is op of kort na 1 juli 2024.
VID 0003	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Wat gebeurt er als het VG7-tarief onverhoopt niet tijdig kan worden vastgesteld of dit tarief niet altijd als niet toereikend/kostendekkend wordt gezien?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024. Het is geen taak van het zorgkantoor om kostendekkende tarieven vast te stellen, dat doet de NZa.
VID 0589	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Wat als de Nza niet voor het jaar 2025 het nieuwe VG7 tarief heeft gepubliceerd? Kunnen wij dan weer op een opslag rekenen in 2025?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
VID 0796	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	De opslag voor het VG7 tarief vervalt en verwacht wordt dat dit in de NZA-tarieven wordt meegenomen. Ons bereiken signalen dat aanbieders geen nieuwe VG7 cliënten meer aannemen. Wij kunnen voorstellen dat het niet-kostendekkend zijn van het VG7 tarief een reden hiervoor kan zijn. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat er voldoende zorg voor VG7 cliënten beschikbaar blijft?	De NZa herrekeert het VG7 tarief voor het jaar 2025 op basis van het kostenonderzoek. De verwachting is dat dit tarief wordt verhoogd. Wij verwijzen naar de Wlz-overeenkomst en hetgeen daarin bepaald is over een klantenstop.
VID 1083	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Aanpassing VG7-tarief: U verwacht dat de NZa een aangepast VG7-tarief zal publiceren. Indien aan deze verwachting niet voldaan wordt betekent dit dat het zorgkantoor geen reëel tarief betaalt. Indien dit het geval is gaan wij graag gezamenlijk met de NZa en VWS in gesprek om te komen tot reële bekostiging van de VG7 in 2025. Staat u hiervoor open?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Mocht het toch gebeuren dat het tarief niet tijdig wordt vastgesteld, zullen zorgkantoren dit bespreken in het overleg met VWS, NZA en VGN dat regelmatig plaatsvindt over het VG7 tarief.

VID 1139	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Als organisatie zien wij grote uitdagingen om cliënten met een ZZP VG7 binnen het bestaande budget verantwoorde en passende zorg te bieden, ondanks de opslag die we in 2024 voor cliënten met VG7 hebben gekregen. De onzekerheid over het tarief voor 2025 is voor ons reden tot zorg. Het kostenonderzoek van de NZa heeft meer tijd nodig en de tarieven zullen pas in 2026 aangepast worden, het VG7 tarief is een van de uitzonderingen daarop. U verwacht dat de NZa met de publicatie van de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren, maar u doet daar nu nog geen concrete uitspraak over. Onze vraag is: hoe kan geborgd worden dat wij ook in 2025 verantwoorde en passende zorg kunnen bieden voor cliënten met VG7?	Wij hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Met dit tarief gebaseerd op het kostenonderzoek van de NZa moet het mogelijk zijn om verantwoorde en passende zorg voor de VG7cliënten te bieden.
VID 1476	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Ontvangt Zorgkantoor bij een ophoging van het landelijke 7VG-tarief ook aanvullende middelen vanuit VWS of dient dit te worden bekostigd uit de reguliere contracteerruimte?	Dit is nog niet duidelijk. Hierover vindt nog overleg plaats met VWS.
VID 1514	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Welke werkwijze hanteert het zorgkantoor wanneer NZa niet tijdig een nieuw tarief voor VG7 gepubliceerd heeft?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
VID 1604	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp VG7	Paragraaf 3.3.1. De opslag voor het VG7 tarief vervalt. Aangegeven wordt dat verwacht wordt dat de NZa met de publicatie voor de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren. Wat is het zorgkantoor voornemens te doen indien er dit jaar nog geen nieuw VG7 tarief wordt gepubliceerd?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
VID 0675	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp Zorgatlas	U schrijft dat u verwacht dat iedere zorgaanbieder uiterlijk 01 december 2024 zijn gegevens heeft ingevuld in de Zorgatlas, zodat actuele informatie over het zorgaanbod beschikbaar is voor Wlz-clienten. U maakt hier geen onderscheid tussen het soort zorgaanbieders, terwijl het tot op de dag van vandaag nog niet mogelijk is om extramurale capaciteit in de Zorgatlas toe te voegen. De Zorgatlas draagt hierdoor niet bij aan de beweging van intramuraal naar zorg thuis. Passend aanbod binnen geclusterde woonvoorzieningen is niet zichtbaar voor de cliënten. Zou u kunnen toelichten welke stappen u onderneemt om de transparantie van het door Zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod via de Zorgatlas te vergroten?	In de vernieuwde versie van de zorgatlas (medio april 2024) is het mogelijk geworden om per locatie aan te geven welk type VPT het betreft (bijv. geclusterd of gespikkeld). Ook voor MPT kan het zorgaanbod ingevuld worden, waarbij zaken als casemanagement dementie, gespecialiseerd verpleegkundig handelen, huishoudelijke hulp, individuele begeleiding of behandeling, persoonlijke verzorging en persoonlijke verpleging aangegeven kunnen worden. Hoe u dit kunt doen leest u in de handleiding die in de zorgatlas beschikbaar is.

VID 0688	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp Zorgatlas	Het (continue) actualiseren van gegevens in online Zorgatlas, leveren voor aanbieders weer een extra handeling op. Hoe verhoudt zich dit tot de administratieve lastenverlichting?	Wij begrijpen dat zorgaanbieders dit als een extra administratieve inspanning zien. Het is echter voor (potentiële) cliënten, familieleden, zorgbemiddelaars en onafhankelijke cliëntondersteuners belangrijk dat er goede en volledige informatie is over het zorgaanbod. Dit kan helpend zijn in de keuze voor een zorgaanbieder. Wij verwachten dat dit telefoontjes naar zorgaanbieders met vragen over het zorgaanbod kan voorkomen.
VID 0843	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp Zorgatlas	De zorgatlas wordt door de zorgkantoren gebruikt om (potentiële) klanten en familie te informeren. Als aanbieder met veel locaties is het een uitdagende klus om alle locaties inzichtelijk te maken. Wij zijn dan ook benieuwd in hoeverre zorgatlas gebruikt wordt door (potentiële) klanten. Kunnen de zorgkantoren inzicht geven in het gebruik van de website (aantal unieke bezoekers en hoeveel (en welke) pagina's bezocht worden)?	De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over onduidelijkheden, onvolkomenheden of onjuistheden in het beleid. Uw vraag valt hier niet onder en beantwoorden we daarom niet. Wel benadrukken we dat het voor (potentiële) cliënten, familieleden, zorgbemiddelaars en onafhankelijke cliëntondersteuners belangrijk is dat er goede en volledige informatie is over het zorgaanbod. Dit kan helpend zijn in de keuze voor een zorgaanbieder. Wij verwachten dat dit telefoontjes naar zorgaanbieders met vragen over het zorgaanbod kan voorkomen.
VID 1048	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp Zorgatlas	In hoeverre houdt het zorgkantoor rekening met een representatief waarderingsbeeld die cliënten kunnen achterlaten op zorgatlas?	Het is onduidelijk wat u met deze vraag bedoelt. Daarom beantwoorden wij deze vraag niet. U kunt hierover contact opnemen met uw zorginkoper.
VID 1700	2. Actuele ontwikkelingen, Onderwerp Zorgatlas	Op grond waarvan meent Zorgkantoor gerechtigd te zijn (om in latere jaren) af te wijken van deze gerechtelijk afspraak.	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt.
VID 0258	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Is deze veronderstelling juist? Zo nee, waarom is hier niet voor gekozen?	Deze veronderstelling is juist.

VID 0360	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Er wordt aangegeven dat er is besloten om aan de uitspraak van de rechter uitvoering te geven. Verderop in de tekst is echter het volgende opgenomen: Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen. Hoe rijmt dit met elkaar? En hoe kunnen wij, als zorgaanbieder, hier onze bedrijfsvoering op afstemmen?	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt.
VID 0368	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze invulling te geven aan het arrest. Bij welke omstandigheden gaat u over tot deze andere invulling? Graag toelichten met enkele voorbeelden.	De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest. Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt.
VID 0425	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van wijziging d.d. 31 mei 2024 en bijlage 7." Hoe verhoudt zich dat tot de uitspraak van het hof waarin de zorgkantoren is opgedragen om tot kostendekkende tarieven te komen en ook de financieringsbaten en -lasten mee te nemen?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het model gaat uit van kostendekkende tarieven voor 75% van de aanbieders en 75% marktaandeel. In bijlage 7 leest u hoe wij de financieringsbaten en -lasten hebben meegenomen in het model.
VID 0590	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Worden wij tijdig geïnformeerd als er op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest?	Ja, u wordt tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op uiterlijk 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt.
VID 0631	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	U geeft aan voor 2026 mogelijk voor een ander model te kiezen om uitvoering te geven aan het arrest, gegeven de doelmatigheidsopgave. Kunt u aangeven waar dan aan gedacht wordt?	De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest. Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt.

VID 0647	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	U stelt "Het zorgkantoor kent een hoger tariefpercentage toe dan strikt noodzakelijk". Hoe verhoudt zich dit tot de uitspraak waarin zorgkantoren tot kostendekkende tarieven dienen te komen? En wat betekent de opmerking precies?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het model gaat uit van kostendekkende tarieven voor 75% van de aanbieders en 75% marktaandeel. In bijlage 7 leest u hoe wij de financieringsbaten en -lasten hebben meegenomen in het model. Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID 0725	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Richttarief 2025 dient nog bekend gemaakt te worden. Kunnen wij ervan uitgaan dat dit tarief niet voor een organisatie zelf wordt aangepast maar in de volle breedte (dus over alle WLZ-klanten heen)?	Uw vraag begrijpen wij niet helemaal. Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7 en gepubliceerd op uiterlijk 5 september 2024.
VID 0765	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	u schrijft: Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest10 (ECLI:NL:GHDHA: 2024:199). Kunt u bevestigen dat u hierbij wel de gerechtelijke uitspraak volgt en dit niet gedurende een kalenderjaar wijzigt?	Wij bevestigen dat wij het arrest zullen volgen. Voor wat betreft het wijzigen van het inkoopbeleid verwijzen wij u naar de voorbehoudclausules uit het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren.
VID 0767	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Voor de berekening van de richttariefpercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de richttariefpercentages 2025 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2023. Deze jaarverslagen worden op 1 juni a.s. gepubliceerd. Dit betekent dat de richttariefpercentages 2025 pas na deze datum berekend kunnen worden en daarom uiterlijk op 5 september 2024 gepubliceerd worden. Hoe kunnen wij intekenen als de tarieven nog niet bekend zijn? En welk effect heeft dit op het richttariefpercentage?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2, zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid. Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025 het zorgkantoor mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen.

VID 0789	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Het richttarief% is voor 2024 en 2025 op 97% vastgesteld. Daarna behouden zorgkantoren zich het recht voor om het richttariefpercentage op een andere manier vast te stellen. Wij werken met meerjarenbegrotingen waarop we investeringen hebben opgenomen en op basis van de uitkomsten meerjarenbegroting nemen we al dan niet besluiten. Investeringsvraagstukken kennen vaak een verplichting (afschrijving en rente) van vele jaren. Welk beeld heeft het zorgkantoor bij de ontwikkeling van het richttarief gegeven de veronderstelling dat 75% van de zorgaanbieders een minimaal 0-rendement realiseren? Het aangaan van meerjarenverplichtingen vereist onzes inziens een ruimere blik dan 2 jaar vooruit. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt. Dit hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.
VID 0930	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Bij publicatie van het richttarief kunnen er geen vragen gesteld worden, maar kan er wel een bezwaar worden ingediend. Wat is de reden om geen nota van inlichtingen te publiceren?	Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. Op 5 september 2024 wordt puur de uitkomst van de reksom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde.
VID 1019	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	U schrijft dat het tariefpercentage voor de NHC/NIC 100% blijft voor het jaar 2025. Heeft u hierbij rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking (117 miljoen korting op de Wlz)? Zo ja, kunt u dan bevestigen dat zorgaanbieders ondanks de NHC-herijking voldoende middelen hebben voor de aanschaf, onderhoud, vervanging en verduurzaming van het vastgoed? Zo nee, waarom niet?	De NHC/NIC tarieven worden door de NZa vastgesteld. De zorgkantoren hebben hier geen invloed op.
VID 1022	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Het richttariefpercentage voor 2025 wordt pas in september bekend gemaakt. Hoe is dit voor 2026? Maakt u het richttariefpercentage dan ook pas in september bekend?	Dat is nu nog niet bekend. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze invulling te geven aan het arrest.

VID 1079	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	U beschrijft dat op uiterlijk 5 september 2024 de definitieve richttariefpercentages voor 2025 worden gepubliceerd conform de Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024 en de vaststelling van de richttariefpercentages 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven, de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Het is voor ons onduidelijk of de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage toereikend is. Bent u bereid hier duidelijkheid in te verschaffen en dit in te brengen op landelijke tafels waarin u bent afgevaardigd? Zo nee, waarom niet?	Wij bespreken de toereikendheid van de contracteerruimte op de landelijke tafels. Op de gebruikelijke wijze informeren de zorgkantoren u over de uitnutting van de contracteerruimte.
VID 1276	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Wij maken bezwaar tegen de late bekendmaking van het richttariefpercentage voor 2025 en de exacte onderbouwing voor het nieuwe tariefpercentage. Hoe kunnen wij, als zorgaanbieder, hier onze bedrijfsvoering op afstemmen?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. De jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar maar wel een zodanig aantal dat een voldoende representatieve berekening kan worden gemaakt. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
VID 1385	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025." Dient deze mededeling schriftelijk gedaan te worden?	Ja, u dient dit schriftelijk te melden bij uw zorgkantoor.

VID 1386	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	De richttariefpercentages worden na 5 september vastgesteld. Is het correct dat wij (ook) na genoemde datum vragen kunnen stellen over en bezwaar kunnen maken tegen het richttariefpercentage en de wijze waarop deze tot stand zijn gekomen?	Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. In september wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde. U kunt in september bezwaar maken tegen zowel de hoogte van het richttariefpercentage als de onderbouwing.
VID 1401	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Is het correct dat er per zorgaanbieder het richttariefpercentage kan variëren?	Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7, die op 5 september 2024 wordt gepubliceerd.
VID 1703	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de jaarrekening t-1 later deponeren en daardoor niet meegaat in de lijst van geïnccludeerde aanbieders in het model? Het zijn immers vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
VID 1800	3.1 Aanpassingen voor het bepalen van het richttariefpercentage	Wij zijn verheugd over een hoger richttariefpercentage, maar hoe gaat het zorgkantoor voorkomen dat dit hogere percentage door het overschrijden van de contracteerruimte uiteindelijk toch weer teniet wordt gedaan?	Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
VID 0224	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Welke andere documenten moeten eventueel worden meegestuurd bij de inschrijving?	Welke documenten u dient aan te leveren is afhankelijk van uw situatie (bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' of nieuwe zorgaanbieder). Zie de regionale inkoopdocumenten van het zorgkantoor waar u inschrijft.
VID 0713	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Kunnen jullie voorbeelden geven van voorwaarden die jullie kunnen verbinden aan het aangaan van een overeenkomst, bijvoorbeeld in het geval van lopende onderzoeken in verband met een materiële controle?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID 0905	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Kan het zorgkantoor voorbeelden geven waarop het zorgkantoor de mogelijkheid gaat gebruiken om eenzijdig nog een keer met een periode van 1 jaar te verlengen?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID 1111	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	In de inkoopvoorwaarden staat dat nieuwe zorgaanbieders een uittreksel uit het UBO-register aan moeten leveren. Klopt het dat ook in 2025 alleen nieuwe zorgaanbieders een uittreksel moeten aanleveren, en dat bestaande zorgaanbieders dat niet hoeven?	Dit klopt. Alleen als er wijzigingen t.a.v. de UBO's plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet dit gemeld worden aan het zorgkantoor en moeten gewijzigde documenten/bewijsstukken aangeleverd worden.

VID 1168	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Onder de kop financieel plan wordt gevraagd naar de begroting 2025 met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Hierbij de volgende vragen: - wat zijn de redenen dat de begroting 2025 wordt opgevraagd? - per wanneer wordt de aanlevering van de begroting 2025 verwacht? - realiseert het zorgkantoor zich dat de begroting 2025 bij de meeste aanbieders in december 2024 beschikbaar zal zijn? - hoe staat de vorige vraag in relatie tot de gevraagde aanlevering van de begroting 2025?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet
VID 1282	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Waar staat dat we deze moeten invullen? Moeten alle aanbieders dit format invullen?	Het is onduidelijk op welk format uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
VID 1283	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Geldt het aanleveren van deze documenten ook voor bestaande aanbieders die zich al ingeschreven hebben?	Het is niet duidelijk op welke documenten uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
VID 1327	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Gevraagd wordt om het aanleveren van een begroting met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen 2025. Waarom heeft het zorgkantoor deze gegevens nodig? Welke gegevens zijn hiervoor precies nodig (is er een format?).	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID 1493	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Op welke wijze en in welke mate wordt dit van de zorgaanbieders verwacht? (Verzoek om het geven van meer context van wanneer aan deze bepaling wordt voldaan).	Het is onduidelijk waar uw vraag precies betrekking op heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
VID 1537	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Indien er een wijziging plaatsvindt en deze nog niet verwerkt is in het register van de Kamer van Koophandel kan dit uittreksel dan ook na inschrijving opgestuurd worden?	Ervan uitgaande dat u een nieuwe zorgaanbieder bent, dient u in dit geval hoe dan ook het meest recente uittreksel KvK (niet ouder dan zes maanden) aan te leveren bij de inschrijving. Zodra de wijziging is verwerkt, levert u alsnog het gewijzigde uittreksel aan bij het zorgkantoor waar u heeft ingeschreven.
VID 1539	5. Uw overeenkomst met Salland Zorgkantoor	Wij nemen aan dat per 1-1-2025 voldaan moet worden aan de gestelde voorwaarden voor contractering en niet op het moment van tekenen, is dit correct?	In de Bestuursverklaring is opgenomen dat de zorgaanbieder verklaart vanaf de datum van inschrijving, tenzij in de Bestuursverklaring anders is aangegeven, te voldoen aan de daarin opgenomen eisen en gedurende de looptijd van een hem eventueel aan te bieden overeenkomst aan die eisen te blijven voldoen. Nieuwe zorgaanbieder krijgen t.a.v. bepaalde vereisten – wanneer ze daar op het moment van inschrijving nog niet aan voldoen – inregeltijd om aan die vereisten te voldoen. In de tabel 'Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders' staat per vereiste benoemd of de nieuwe zorgaanbieder hieraan moet voldoen op het moment van inschrijving, op het moment dat de zorglevering start of uiterlijk 6 maanden na de ingangsdatum van de overeenkomst. Zie ook artikel 1 van Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden afspraken van de éénjarige Wlz-overeenkomst 2025.

2.2 Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID REG.03	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	<p>U beschrijft: "Ons kwaliteitsbeleid is gestoeld op de sectorale kwaliteitskaders, -plannen en -dialoog. Hoewel de sectorale kwaliteitskaders zijn omgevormd naar een kwaliteitskompas blijft ook dat richtinggevend voor planvorming, verantwoording en de dialoog met zorgaanbieders."</p> <p>De verwachting is dat per 1 juli 2024 het kwaliteitskompas VV in werking treedt. Gekoppeld daaraan is afgesproken dat er géén sprake meer is van een kwaliteitsplan en -verslag, maar van een kwaliteitsbeeld die één keer per jaar moet worden aangeleverd. Wij gaan ervan uit dat u aansluit bij deze landelijke ontwikkelingen en daarover een wijziging opneemt in uw inkoopbeleid. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet? Zo nee, dan maken wij daar bij deze bezwaar op.</p>	<p>Wij conformeren ons aan landelijke afspraken en ontwikkelingen. We hebben bedoeld te zeggen dat een gezamenlijk gedragen uitgangspunt en de dialoog daarover met u centraal blijft staan in ons kwaliteitsbeleid, ook nu het sectorale kwaliteitskader wordt opgevolgd door een kwaliteitskompas met een jaarlijks op te leveren kwaliteitsbeeld. We begrijpen dat de gehanteerde formulering en verwijzing naar een kwaliteitsplan anders zou kunnen vermoeden. Dat is echter niet het geval.</p>
VID LB1	DEEL I: ZORGAANBIEDER-GEBONDEN DEEL	Klopt het dat deze overeenkomst van toepassing is op de zorgaanbieders die een meerjarig contract hebben ondertekend?	Ja, mits de zorgaanbieders de instemmingsverklaring voor 2025 hebben ondertekend bij zorgkantoren waarbij deze van toepassing is.
VID LB2	DEEL I: ZORGAANBIEDER-GEBONDEN DEEL	Is het afsluiten van deze overeenkomst (bijlage 1 periode 2025-2026) een voorwaarde voor een zorgaanbieder die reeds vorig jaar eenzelfde overeenkomst voor de periode 2024-2026 heeft afgesloten?	Een zorgaanbieder die een meerjarig contract in de zin van de Wlz-overeenkomst 2024-2026 heeft gesloten met een zorgkantoor, dient met het oog op 2025 een instemmingsverklaring bij dat zorgkantoor in te dienen waarin hij onder andere verklaart dat hij uiterlijk op de datum van inschrijving de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 met bijbehorende bijlagen aanvaardt. Daarmee gelden de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 ook voor hem.
VID LB3	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Waarom is artikel 22 lid 9 niet meer opgenomen in de overeenkomst? (Bepalingen van deze overeenkomst die materieel van betekenis blijven nadat de overeenkomst is geëindigd, behouden hun betekenis. Partijen kunnen van die bepalingen naleving verlangen.).	Dit artikel is geschrapt aangezien dit punt al geregeld is middels artikel 19 lid 6 van Deel III: Algemeen deel.
VID LB4	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 11 lid 2 onder f) van Deel III: Algemeen deel. U beschrijft: "Het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag of kwaliteitsbeeld conform de relevante kwaliteitskaders. De zorgaanbieder in de VV-sector stelt zo spoedig mogelijk doch in elk geval uiterlijk 1 juli van het daaropvolgende kalenderjaar (jaar t + 1) het kwaliteitsverslag en uiterlijk 31 december van het lopende jaar (jaar t) een kwaliteitsplan beschikbaar aan het zorgkantoor." De verwachting is dat per 1 juli 2024 het kwaliteitskompas VV in werking treedt. Gekoppeld daaraan is afgesproken dat er géén sprake meer is van een kwaliteitsplan en -	Zorgkantoren sluiten hierbij aan op de landelijke ontwikkelingen. Er is sprake van een 'verwachting'. Dat geeft op dit moment geen aanleiding om de overeenkomst aan te passen. Mocht de verwachting werkelijkheid worden, dan zal elk zorgkantoor aan de zorgaanbieders laten weten hoe hiermee omgegaan moet worden in relatie tot wat in de overeenkomst is opgenomen.

		verslag, maar van een kwaliteitsbeeld dat één keer per jaar moet worden aangeleverd. Wij gaan ervan uit dat u aansluit bij deze landelijke ontwikkelingen en dit daarom aanpast in de overeenkomst. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet? Zo nee, dan maken wij daar bezwaar tegen.	
VID LB5	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Art 1 lid 2. Kan de Wvvggz worden gelijkgesteld aan de Wzd? Als specialistische GGZ-aanbieder leveren wij geen zorg op grond van de Wzd, maar wel op grond van de Wvvggz.	Nee, deze kan daaraan niet worden gelijkgesteld. Artikel 1 lid 2 zullen wij daarop aanpassen.
VID LB6	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Art. 11 lid 1 en 2. Gaat het hier ook om vertrouwelijke patiëntinformatie? Bezwaar tegen het verstrekken van vertrouwelijke informatie.	In principe niet tenzij het voor de uitvoering van de Wlz noodzakelijk is.
VID LB7	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Artikel 11 lid 2. Worden hieronder ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken?	Ja, hieronder worden ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken.

2.3 Bijlage 3A Bestuursverklaring

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID LB8	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	In hoeverre is het verplicht om alle details inzake het privacy beleid op de website te publiceren? Zo nee, welke andere manieren zijn acceptabel om de details kenbaar te maken?	In de Bestuursverklaring, onder onderdeel 2a. Eisen van bekwaamheid, staat aangegeven welke eisen worden gesteld aan het privacybeleid dat op de website van de zorgaanbieder gepubliceerd moet staan en wat daarin voor klanten in ieder geval duidelijk moet zijn.
VID LB9	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Het kenbaar maken van nieuwe onderaannemers vooraf is volgens ons niet realistisch, kan dit anders georganiseerd worden?	Het zorgkantoor is van mening dat dit wel realistisch is en zal de wijze waarop dit georganiseerd is, handhaven.

2.4 Bijlage 3B Instemmingsverklaring

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID LB10	Algemene gegevens	Moet een uitzendbureau waar de medewerkers in loondienst zijn ook aangemeld worden als onderaannemer bij het zorgkantoor?	<p>Ja, dat is het geval. Een uitzendbureau wordt wel gezien als een onderaannemer. Zie ook wat in de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024 van de NZa in Artikel 8 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders is opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding</p> <p>De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p> <p>(....)</p> <p>Toelichting</p> <p>(....)</p> <p>Artikelsgewijs</p> <p>(....)</p> <p>Artikel 8, 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>
VID LB11	Algemene gegevens	Instemmingsverklaring: Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. Is het voor u mogelijk het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren? Indien dit niet haalbaar is, staat u er dan voor open om middels brede afstemming (met aanbieders en branches zoals VGN en Actiz) te komen tot een gedragen Voorschrift?	<p>Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren. 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. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.</p>

VID LB12	Ondertekening	Zien jullie medewerkers die in loondienst zijn bij een uitzendbureau ook als onderaannemer?	Nee. Bij een uitzendbureau met medewerkers in loondienst gaan wij ervan uit dat de daadwerkelijke zorg is doorgecontracteerd aan het uitzendbureau en niet aan de medewerkers in loondienst. In dat geval dient het uitzendbureau als onderaannemer beschouwd te worden.
VID LB13	Ondertekening	Is bij tussentijdse wijziging van bestuurder bij inschrijving van bestaande zorgaanbieder een instemmingsverklaring voldoende?	Als de bestaande zorgaanbieder conform de inkoopprocedure een instemmingsverklaring moet indienen en er is tevens sprake van een tussentijdse wijziging van bestuurder, dan dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.
VID LB14	Ondertekening	Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. We verzoeken dan ook het Voorschrift zorgtoewijzing met de NvI te publiceren. Indien dit niet haalbaar is hierover brede afstemming te hebben met de branches (o.a. VGN en Actiz) om tot een gedragen Voorschrift te komen. Staat u hiervoor open?	Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van de Nota van Inlichtingen te publiceren. 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. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.
VID LB15	Ondertekening	Het Voorschrift zorgtoewijzing is onderdeel van de overeenkomst, echter is de gewijzigde inhoud momenteel niet bekend. Is het mogelijk bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2025 eventueel aanvullende vragen en bezwaren te stellen? Gelieve uw antwoord te motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen aparte procedure voor vragen en antwoorden dan wel gelegenheid om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
VID LB16	Ondertekening	Wij zijn een bestaande aanbieder en onze Raad van Bestuur is uitgebreid van 1 naar 2 bestuurders. Moeten wij een nieuw uittreksel KvK aanleveren in Vecozo bij de inschrijving? 2. Indien ja, hoe oud mag dit document maximaal zijn bij het moment van inschrijven?	Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. In dit geval dient u een afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK bij uw inschrijving te voegen. Een afschrift dat wordt aangeleverd bij de inschrijving dient niet ouder te zijn dan zes maanden.

2.5 Bijlage 4 Algemene inkoopvoorwaarden

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID LB17	6.2 Het regionaal stimuleringsbudget Wlz, voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	In paragraaf 6.2 wordt gesproken over het regionale stimuleringsbudget voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg. - Kunt u toelichten wat voor 2025 en 2026 de speerpunten zijn van het zorgkantoor? - Welke rol gaat het zorgkantoor hierin spelen en op welke wijze gaat zij daaraan invulling geven? - In welke mate hebben	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

		de zorgaanbieders daarin een stem dan wel invloed op de inzet van de beschikbare middelen? - Hoe worden de beschikbare middelen verdeeld over de zorgaanbieders?	
VID LB18	2.8 Laag-Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Bij het bepalen van de landelijk maximale capaciteit is gesproken 125.000 plekken en 5.000 voor bijzondere doelgroepen. Wij worden per 1-1-2025 een REC voor een van de LVHC-groepen (D-ZEP). Wordt deze capaciteit meegenomen onder de 5.000 van de bijzondere doelgroepen?	Zorgkantoren hebben de opdracht de intramurale capaciteit voor V&V te maximaliseren op 125.000 met richting 2027 ruimte voor een relatieve stijging van 5.830 in verband met eerder vastgestelde onomkeerbare plekken. Wij gaan ervan uit dat de capaciteit voor de V&V gerelateerde LVHC doelgroepen onderdeel uitmaakt van de totale ruimte van 125.000 plekken.
VID LB19	2.8 Laag-Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Op welke manier kan aanspraak worden gemaakt op maatwerkafspraken wanneer er sprake is niet kostendekkende tarieven op de (hoog) complexe zorg?	Deze vraag heeft geen betrekking op de zorg voor de LVHC-doelgroepen die in bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden is bedoeld. Uw vraag kunnen wij daarom in dit kader niet beantwoorden.
VID LB20	1. Inleiding	Is het de verwachting dat er bij de BORG-instellingen voldoende SGLVG-zorg kan worden ingekocht? Hoe worden andere zorgaanbieders hiervan op de hoogte gesteld?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID LB21	1. Inleiding	Is het mogelijk om tussentijds in te schrijven of uit te breiden op SGLVG? Zo nee, waarom niet?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID LB22	1. Inleiding	In de aanvullende inkoopvoorwaarden staat dat je om in aanmerking te komen voor het leveren van SGLVG-zorg, in eerste instantie, lid moet zijn van de BORG, dit mag wettelijk niet. Op welke wijze kan hiervan worden afgeweken?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID LB23	1. Inleiding	In paragraaf 6.2 wordt gesproken over effectieve technologie en innovatie. De volgende vragen hierbij: - Wat is het beleid van het zorgkantoor om dit te realiseren? - Valt digitalisering hier ook onder en welke afspraken kunnen of moeten daarover worden gemaakt? Wat is de beleidsruimte voor de zorgaanbieders m.b.t. digitalisering, innovatie en de inzet van zorgtechnologie? Beperkt deze inzet zicht tot 3 bewezen successen of moet er meer gebeuren, wordt er meer verwacht?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
VID LB24	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	In hoeverre kunnen aanbieders in aanmerking komen voor financiering van algemene /preventieve voorzieningen als dit pas in september duidelijk is of het wetsvoorstel in werking treedt (2.5)	Dat weten wij op dit moment nog niet. Wij kunnen zorgaanbieders pas informeren als de wet in werking treedt en als duidelijk is wat de wet precies inhoudt en op welke wijze en waarvoor financiering plaatsvindt.
VID LB25	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Het wetsvoorstel moet het mogelijk maken voor de zorgkantoren om domeinoverstijgend buiten de langdurige zorg middelen in te zetten. Vragen hierbij zijn: - Over welke middelen is hier sprake? - Worden deze middelen onttrokken aan het budget voor langdurige zorg of betreft het een aanvullend budget?	Daarover bestaat op dit moment nog onvoldoende duidelijkheid.

VID LB26	2.8 Laag-Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Zijn de zorgkantoren, in navolging van één van hen, bereid om NAH+ ook op deze manier in te gaan kopen, aangezien er voor deze doelgroep onvoldoende plekken zijn.	Het is nog niet duidelijk of en wanneer zorgkantoren LVHC zorg voor NAH+ kunnen inkopen. Dit is landelijk nog in bespreking met diverse partijen, waaronder VWS, NZa, Actiz, VGN en ZN. Het zorgkantoor bepaalt overigens niet zelf bij wie zij deze zorg inkopen. Het expertisecentrum NAH+ bepaalt namelijk in overleg met de zorgaanbieders hoe het zorglandschap NAH+ er uit gaat zien. Oftewel welke zorgaanbieders zich gaan ontwikkelen tot een REC of DEC en hoeveel plekken daarvoor nodig zijn. Zorgkantoren geven hierover advies en de CELZ stelt het zorglandschap vast. Zorgkantoren maken alleen afspraken met zorgaanbieders die in het zorglandschap zijn opgenomen en beschikken over een positief deskundigenadvies van de CELZ.
VID LB27	2.8 Laag-Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Met ingang van het jaar 2025 kopen zorgkantoren ook GP in. Zien zorgkantoren in de regio de vraag groeien in de markt? Zo ja, in welke regio's vindt deze groei plaats?	Uw vraag gaat over de inkoop van GP in relatie tot de groei. Hierover kunt u contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor. De inkoop van LVHC heeft betrekking op de doelgroep GP+. Het aantal plaatsen GP+ dat zorgkantoren inkopen is gemaximeerd en is vastgesteld door de CELZ in het zorglandschap en in het positief deskundigenadvies voor GP+.
VID LB28	2.8 Laag-Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In paragraaf 2.8 van de aanvullende inkoopvoorwaarden 2025 schrijft u over de instroom van de LVHC doelgroepen Gerontopsychiatrie (GP+) en dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP): "De inkoop van deze twee doelgroepen is onder voorbehoud van publicatie van de NZa beleidsregels met de prestatieomschrijvingen en de tarieven voor LVHC zorg en de wijzigingen in de Regeling langdurige zorg (RLZ) per 1 juli 2024." In bestuurlijk overleg tussen VWS, ZN, NZa en branches is formeel besloten dat deze doelgroepen per 1 januari 2025 instromen. Wij als zorgaanbieder zijn aangewezen als [REC/DEC van GP+/DZEP] en hebben duidelijkheid nodig. Kunt u bevestigen dat wij als [REC/DEC] in 2025 LVHC zorg kunnen leveren conform afspraak? Zo nee, waarom niet?	In het bestuurlijk overleg is inderdaad besloten dat zorgkantoren per 1 januari 2025 de GP+ en DZEP inkopen. Wij kunnen dit echter pas doen als de gewijzigde RLZ in de staatkourant is gepubliceerd en de NZa de beleidsregels met prestaties en tarieven publiceert. Zorgkantoren hebben geen redenen om te verwachten dat publicatie niet tijdig plaatsvindt. Toch moeten wij dat voorbehoud maken, omdat zorgkantoren geen zorg kunnen inkopen zonder opname van de betreffende aanspraken in de wet en zonder opname van de betreffende prestaties en tarieven in de beleidsregels van de NZa.

2.6 Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID LB29	Artikel 3. Declareren	U geeft aan op pagina 3, artikel 3.11: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.' Vraag: Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.

VID LB30	Artikel 4. Herdeclarenen en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	U geeft aan op pagina 3, Artikel 4.2: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen'. Vraag; Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.
VID LB31	Artikel 4. Herdeclarenen en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	U geeft aan op pagina 3, artikel 4.7: 7. Indien sprake is van tussentijdse (gedurende het lopende jaar) aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, dan kan het zorgkantoor besluiten om, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, deze tariefsaanpassing gedurende het lopende jaar met terugwerkende kracht tot uiterlijk de eerste dag van dat lopende jaar in het declaratieverkeer toe te passen. Verzoek is om deze voorgestelde wijziging ongedaan te maken (te behouden zoals bestaand artikel), in het kader van administratieve lasten die hiermee gepaard zullen gaan.	Wij zullen deze wijziging niet ongedaan maken. Deze wijziging is doorgevoerd om aan het zorgkantoor de mogelijkheid te bieden om bij een tussentijdse tariefsaanpassing, deze tariefsaanpassing met terugwerkende kracht toe te passen, naast de mogelijkheid om dat vanaf een bepaald (toekomstig) moment in het lopende jaar te doen (zie artikel 4.8). In beide situaties zal het zorgkantoor de administratieve lasten in de overwegingen meenemen en een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
VID LB32	Artikel 4. Herdeclarenen en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	In lid 7 wordt aangegeven dat het zorgkantoor tarieven met terugwerkende kracht kan aanpassen, in lid 8 de mogelijkheid om dit niet met terugwerkende kracht te doen, maar vanaf een bepaald moment. Welke garantie geeft ons dit als zorgaanbieder over wel of niet aanpassen van de tarieven gedurende het jaar?	Indien er sprake is van een tussentijdse aanpassing van de tarieven, bepaalt het zorgkantoor zelf hoe het hiermee om wil gaan. Het zorgkantoor zal bij een besluit in het kader van lid 7 of lid 8 in ieder geval een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
VID LB33	Artikel 7. Controles door het zorgkantoor	Punt 1 controles achteraf; Kunt u toevoegen?: controles achteraf kunnen enkel worden doorgevoerd voor de aangegeven datum zoals vermeld in art 4. punt 6. Correcties uit controles achteraf na deze datum zullen niet meer worden verwerkt via een declaratie.	Dit zullen wij niet toevoegen.

2.7 Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentage

#	PARAGRAAF	VRAAG	ANTWOORD
VID LB34	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Is bij het bepalen van het richttarief VenV rekening gehouden met de extra overheidskorting op de NZa tarieven VenV 2025 en zo nee, volgt er dan nog een bijstelling naar boven?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
VID LB35	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT- zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? - Bent u voornemens om voor de	Indien voor 2025 en later dezelfde systematiek wordt gebruikt, zal de set bepaald worden door dezelfde uitgangspunten (dat wil zeggen: als de gegevens van de zorgaanbieder beschikbaar zijn, gaat de aanbieder mee in de berekening). Dit betekent dat het onwaarschijnlijk is dat exact dezelfde 458 aanbieder voor 2025

		berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?	gebruikt zullen worden die ook voor 2024 nu zijn gebruikt, maar dat de overlap tussen de twee sets groot zal zijn.
VID LB36	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er staat dat de Nza heeft laten weten dat het kostenonderzoek meer tijd nodig heeft en de tarieven pas in 2026 aangepast zullen worden. Uitzondering hieronder is het VG7 tarief. In hoeverre wordt hiermee een evt. opslag i.r.t. de bepaling van het landelijk richttariefpercentage rekening mee gehouden?	Met het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. Het richttariefpercentage wordt toegepast op de NZa tarieven. Als de NZa het VG7 tarief verhoogt voor 2025, dan wordt het richttariefpercentage toegepast op het hogere NZa tarief.
VID LB37	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op blz. 6 staat: Daarnaast zal elk jaar op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen worden berekend of het richttariefpercentage aanpassing behoeft. Wat verstaat u onder 'meest recent'?	Dit zijn de jaarverslagen die in het Intrakoopbestand van medio juli zijn opgenomen over t-2. Waarbij t het betreffende beleidsjaar is, dus voor beleidsjaar 2025 zijn dit de beschikbare jaarverslagen over 2023.
VID LB38	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	<p>1) Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Met het aangepaste tariefmodel heeft u beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de feitelijke berekening heeft u niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming van het richttariefpercentage niet kunnen controleren. Bent u bereid om de feitelijke berekening (geanonimiseerd) te publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?</p> <p>2) Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt het niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?</p> <p>3) In het bericht op de website wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?</p> <p>4) In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT- zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? Ben ik als zorgaanbieder meegenomen in de sample? - Bent u voornemens om voor de</p>	<p>1) In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richttariefpercentage is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren.</p> <p>2) De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.</p> <p>3) Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p> <p>4) De lijst van geïnccludeerde aanbieders betreffen zorgaanbieders van wie de jaarrekening tijdig is gepubliceerd en waarvan de gegevens zijn opgenomen in het Intrakoop bestand minus outliers. Uit het oogpunt van uniformiteit zijn voor de</p>

		<p>berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?</p> <p>5) Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de jaarrekening t-1 later deponeren en daardoor niet meegaat in de lijst van geïnccludeerde aanbieders in het model? Het zijn immers vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?</p> <p>6) In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aannames van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.' Heeft u de validiteit van deze aannames nader onderzocht? Zo nee, waarom niet?</p> <p>7) Op welke wijze kan een aanbieder vaststellen of deze volgens u valt binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?</p> <p>8) Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?</p> <p>9) Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>herberekening van de richttarieven in 2024 dezelfde bronbestanden gebruikt als voor de initiële berekening van het richttariefpercentage voor 2024.</p> <p>5) Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p> <p>6) Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een berekening van de richttariefpercentages kunnen komen. De aannames worden gedaan, omdat specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Dit model (inclusief de aannames) is eerder extern gevalideerd. In het afgelopen jaar is er geen aanleiding geweest deze aannames nader te onderzoeken.</p> <p>7) Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen, om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt, zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat deze groep een positief of neutraal resultaat behaalt. Indien het berekende percentage ("kostenpercentage aanbieder") boven het richttarief uitkomt, dan zit de aanbieder in de 25% groep. Zie voor een toelichting hierop pagina 6 van bijlage 7.</p> <p>8) Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p> <p>9) Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het makro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden</p>
VID LB39	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hiermee worden richttarieven bepaald voor het jaar t+1. Feitelijk zit er een discrepantie van 2 jaar tussen de financiële situatie waarvan uitgegaan wordt en de daadwerkelijke tarieven waarmee gerekend wordt. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? Hoe wordt er bijvoorbeeld gecorrigeerd voor komende (mogelijke)bezuinigingen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het makro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
VID LB40	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Is de berekeningsmethodiek gewijzigd ten opzichte van 2024? en zo ja, op welke punten?	De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden

			meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.
VID LB41	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij zijn het niet eens met de arbitraire keuze van 75% van de zorgaanbieders met een neutraal of positief resultaat. Waarom heeft het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gekozen voor tenminste 90% van de zorgaanbieders heeft een neutraal of positief resultaat? Ook dan stimuleer je de doelmatigheid.	Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. het hof Den Haag heeft in zijn arrest van 13 februari 2024 wel aangegeven dat zorgkantoren bij het bepalen van het richttariefpercentage er voor dienen zorg te dragen dat minimaal 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren én dat het richttariefpercentage minimaal 75% van het marktaandeel representeert. Met de berekeningssystematiek van het richttariefpercentage voldoen wij ook aan beide voorwaarden.
VID LB42	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In het bericht op de website van Zorgverzekeraars Nederland wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID LB43	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het model gaat uit dat 75% van de aanbieders een resultaat van nihil of meer dient te behalen. Echter, indien een zorginstelling voor een langere periode (meerdere jaren) een nihil of gering resultaat (kleiner dan het inflatiepercentage) behaalt, komt de continuïteit van die organisatie in gevaar. Op welke wijze houdt u hiermee rekening in het model op basis waarvan het richttariefpercentage wordt bepaald? Zo nee, zou dat niet wenselijk zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen voor de toekomst?	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2025. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en 2025 ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
VID LB44	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het model voor de bepaling van het richttariefpercentage gaat ervan uit dat 75% van de aanbieders en 75% van het marktaandeel ten minste een positief resultaat moet behalen. Wat is het beleid als één van beide of beide criteria niet gehaald kunnen worden als gevolg van slechte resultaten in de sector?	Het richttariefpercentage wordt bepaald aan de hand van het uitgangspunt dat 75% van het aantal en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behalen. Stel dat in 2023 de resultaten in de sector erg negatief uitvallen, dan zal dit in de berekening voor de richttariefpercentages van 2025 tot uiting komen in een hoger richttariefpercentage. Enige uitzondering hierop is als het richttariefpercentage bij het voldoen aan dit uitgangspunt boven de 100% zou uitkomen. Zorgkantoren kunnen en mogen niet meer dan 100% van het NZa-maximum tarief vergoeden.

VID LB45	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U geeft aan dat het richttariefpercentage pas na 1 juni berekend kan worden. Tot welke publicatiedatum worden jaarverslagen van 2023 meegenomen?	Voor de berekening voor 2025 gebruiken we het Intrakoop bestand dat (meestal) medio/eind juli gepubliceerd wordt. Alle daarin opgenomen jaarverslagen worden verwerkt in de berekening, de exacte grens op deponerdatum van de jaarverslagen kunnen wij daarom op dit moment niet aangeven.
VID LB46	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze geeft het zorgkantoor inzicht in de afwegingen die gemaakt worden in de keuzes voor het model voor de berekening?	Dit doen de zorgkantoren door middel van de uitgebreide toelichting in deze Bijlage 7.
VID LB47	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er staat dat we na de publicatie van de richttariefspercentages 2025 bezwaren kunnen uiten tegen de hoogte en de wijze van totstandkoming hiervan. Wat verandert er in de wijze van totstandkoming van het richttariefpercentage 2025 ten opzichte van het document onderbouwing richttariefpercentages Wlz (juni 2024 van Zn)?	De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.
VID LB48	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In de onderbouwing van het richttariefpercentage staat dat deze niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden met de reguliere zorgprestaties waarbij nu al een aanpassing wordt gedaan op het tariefpercentage?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatiespecifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd
VID LB49	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De afgelopen jaren zijn er qua personele/ materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. PNIL en energie) geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefpercentage?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
VID LB50	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2023 enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen en de inkomsten en uitgaven van andere domeinen zoals Wmo/Zvw uitgesloten? Zo ja, kunt u toelichten hoe u dit heeft gedaan gezien de afwezigheid van gedetailleerde kostenverdeling naar zorgdomeinen in de jaarverslagen? Zo nee, waarom acht u het niet nodig om enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten te beschouwen?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere

			rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
VID LB51	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Door de keuze om op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen het nieuwe richttarief te berekenen betekent dit dat zorgaanbieders pas begin september weten welke richttarief van toepassing is op 2025. Onlangs is het richttarief 2024 met 1% verhoogd, dit is mooi, maar brengt veel onzekerheid met zich mee, zodat zorgaanbieders pas laat weten waar ze aan toe zijn. Een wijziging van 1% lijkt relatief klein, maar kan voor een instelling het verschil tussen een positief/negatief resultaat in het jaar betekenen. Is er een bandbreedte af te geven waarin het richttarief zich kan/mag bewegen?	De publicatie in september is inherent aan het feit dat zorgkantoren gehouden zijn om uit te gaan van de meest recente beschikbare jaarrekeningen. Op voorhand is niet te zeggen wat de uitkomsten gaan zijn van een nieuwe berekening op basis van de jaarverslagen en declaratiedata van een nieuw jaar (voor 2025 zal dit op basis van 2023 zijn). De zorgkantoren hanteren geen bandbreedte.
VID LB52	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De berekeningswijze van het richttarief is duidelijk. Echter voor het bepalen van het richttarief 2025 zijn de afspraken en resultaten 2023 leidend. In 2023 zijn instellingen gecompenseerd voor VG7, met ingang van 2025 is de verwachting dat dit via de tarieven wordt gecompenseerd. In 2022 was deze compensatie er niet. Hoe nemen zorgkantoren de VG7 compensatie in 2023 mee in het nieuw vast te stellen richttarief voor 2025?	De VG7 compensatie over 2023 zal worden meegenomen in de berekening van het richttarief 2025. De exacte uitvoering is afhankelijk van de manier waarop de zorgkantoren deze compensatie verwerken. Indien de zorgkantoren deze compensatie als opslag in de tarieven verwerken kom het middels de declaratiedata in het model terecht. Mochten de zorgkantoren het verwerken middels bijvoorbeeld een lumpsum bedrag in de nacalculatie, dan wordt dit bedrag opgeteld bij de Wlz ZiN omzet van een aanbieder.
VID LB53	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In hoeverre wordt in het richttariefpercentages rekening gehouden met het onderscheid tussen complexe zorg en reguliere zorg?	De richttarieven zijn landelijk per sector bepaald en gelden ook landelijk als uitgangspunt voor de tariefstelling voor iedere prestatie. Bij de bepaling van de richttarieven zijn alle prestaties, ongeacht complexiteit, meegenomen in de berekening.
VID LB54	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wat zijn criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld?	Er zijn geen "criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld". Het richttariefpercentage wordt bepaald met behulp van het model dat in bijlage 7 is opgenomen en met gebruikmaking van de financiële gegevens die ontleend zijn aan de jaarrekeningen.
VID LB55	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Binnen onze regio neemt de vergrijzing en arbeidskrapte in verhouding van het landelijke beeld eerder en harder toe, hoe houdt u daar rekening mee in het vaststellen van het richttariefpercentage?	In de berekening van het richttariefpercentage is hier niet apart rekening mee gehouden. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) zien wij als goede basis voor reële tariefstelling. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.

VID LB56	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Indien 75% een neutraal of positief tarief ontvangt, heeft 25% een negatief tarief. Indien deze 25% een kostenbesparing doorvoert t.b.v. gezonde bedrijfsvoering betekent dit dat de korting het jaar daarop moet stijgen om weer 75% een neutraal of positief tarief laten ontvangen. Dit is een negatieve spiraal. Waar denkt het zorgkantoor dat deze negatieve spiraal ophoudt? Hoe voorkomt het zorgkantoor met deze methodiek dat de kwaliteit van zorg niet meer haalbaar is binnen de middelen? Welke grenzen heeft het zorgkantoor bepaald aan de tariefskortingen?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. 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. Uw vraag naar de grenzen voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet beantwoorden. Met betrekking tot uw vraag over de negatieve spiraal wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
VID LB57	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe is bepaald dat het maatschappelijk verantwoord is om voor 25% geen kostendekkend tarief te bieden? Welke kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing is beschikbaar waaruit blijkt dat deze organisatie onderpresteren?	Wij stellen niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt, danwel onderpresteert. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. 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. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het makro kader en de maximumtarieven.
VID LB58	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet? U veronderstelt hiermee dat de kosten van ouderenzorg uit de WMO, ZVW en WLZ gelijksoortig zijn. Waarop baseert u dat?	De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat op grond van de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de totale omzet, aangezien de specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarrekeningen. Omdat niet alle aanbieders in hun jaarstukken kosten toewijzen aan domeinen waarin zij actief zijn, is onontkoombaar dat met een aanname wordt gewerkt. Dat is niet ongebruikelijk zoals blijkt uit het feit dat ook de NZa dat doet. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data dit model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages komen. Dit model

			(inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Deze manier van toerekening vormt al meerdere jaren onderdeel van het inkoopbeleid en heeft al meerdere keren de toets der kritiek doorstaan in gerechtelijke procedure.
VID LB59	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is al bekend hoe de NZA de nieuwe Max tarieven berekend? Met andere woorden, wordt het kostprijsonderzoek in de Wlz al gebruikt voor het vaststellen van de nieuwe maximale tarieven in de Wlz en zo ja, hoe dan?	De NZa laat hierover via de eigen website het volgende weten: "Het kostenonderzoek voor de gehandicaptenzorg en de ggz exclusief behandeling zou moeten leiden tot nieuwe tarieven per 2025. Op basis van de in het onderzoek verkregen informatie moeten we echter concluderen dat dit helaas niet mogelijk is. Daarom stellen we voor de meeste prestaties de tarieven voor 2025 vast door die van 2024 te indexeren. Wel hebben we met de brancheorganisaties VGN, Valente en de Nederlandse ggz afgestemd dat we voor de prestaties van vg7, sglvg, zg en ggz-wonen een alternatieve methode toepassen om tot passende tarieven voor 2025 te komen".
VID LB60	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat u bij het berekenen van het richttariefpercentage rekening houdt (moet houden) met bepaalde regionale en organisatiespecifieke aspecten die een impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u dat toelichten? Betekent dit ook dat er in bepaalde regio's/ aanbieder andere richttariefpercentages kunnen worden afgesproken?	Het richttariefpercentage is landelijk per sector gelijk en vorm het vertrekpunt. De tarieven die met zorgaanbieders worden afgesproken zijn namelijk afhankelijk van regionaal beleid. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatiespecifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.
VID LB61	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In welke mate houdt de berekening van het nieuwe richttariefpercentage rekening met de cao-ontwikkelingen en inflatie? Gezien de grote impact in 2025 ten opzichte van 2024, en het bepalen van het tariefpercentage op basis van 2022 en 2023, heeft het zorgkantoor beelden bij hoe aanvragen hardheidsclausule te voorkomen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
VID LB62	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Met het aangepaste tariefmodel is er beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de berekening is niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming niet kunnen controleren. Kunt u de feitelijke berekening publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?	In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richttariefpercentage is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren.
VID LB63	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De afgelopen jaren zijn er qua materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. energie) geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefpercentage?	Doordat het berekende richttariefpercentage (o.b.v. t-2) wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven, en de NZa deze maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, worden deze kostenontwikkelingen automatisch meegenomen.
VID LB64	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom heeft u gekozen voor het Intrakoop bestand en niet voor de jaarverslagen die op de website Jaarverantwoording zorg staan?	Voor de jaarrekeningcijfers wordt gebruik gemaakt van de bestanden van Intrakoop. Deze bestanden zijn gebruiksvriendelijker dan de DigiMV-data. In tegenstelling tot de DigiMV-databestanden zijn de Intrakoopbestanden compacter en overzichtelijker.

			Door de Intrakoopbestanden te gebruiken is het model (de praktische uitwerking ervan) vaak beter te volgen.
VID LB65	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven hoe Intrakoop de jaarverslagen verkrijgt? Hoe beoordeelt u dat de aanlevering compleet is?	Het Intrakoopbestand is een afgeleide van DigiMV. Voor de exacte werkwijze waarop Intrakoop deze bestanden inleest/verwerkt verwijzen wij naar Intrakoop zelf. Zorgkantoren controleren van de beschikbare jaarverslagen in het Intrakoopbestand of de koppeling goed verloopt tussen KvK nummers en de ingediende declaraties van aanbieders van het betreffende jaar.
VID LB66	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgkantoren moeten rekening houden met bepaalde regionale en organisatiespecifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u enkele voorbeelden geven van regionale dan wel organisatiespecifieke aspecten?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het makro-kader en de maximumtarieven. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
VID LB67	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het makro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
VID LB68	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Het zijn vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. De jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2, zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
VID LB69	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.
VID LB70	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij doorontwikkeling ten opzichte van voorgaande jaren en gehanteerde uitgangspunten wordt gezegd dat er rekening gehouden moet worden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. Hoe heeft u hier invulling aan gegeven?	Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatiespecifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.

VID LB71	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom zijn de berekeningen gebaseerd op 100% exploitatiekosten aangezien er een afslag hierop gehanteerd wordt? Feitelijk word je dan als zorgaanbieder tekortgedaan, want kostprijs is kostprijs.	Het model gaat uit van de daadwerkelijk gemaakte kosten van een zorgaanbieder zoals opgenomen in de jaarrekening. Deze worden toegekend aan de Wlz ZiN middels een omzetratio. Het tariefpercentage wordt toegepast op het NZa-maximumtarief, niet op de door de zorgaanbieder gemaakte kosten.
VID LB72	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt ons niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?	De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.
VID LB73	3. Het richttariefpercentage per sector	Op welke wijze kunnen wij als aanbieder vaststellen onder welke groep we vallen, dus binnen de 75% die met het richttarief een positief resultaat behaalt of juist bij de andere 25% hoort?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken.
VID LB74	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttariefpercentage per sector is door ZN bepaald en volledig gebaseerd op openbare informatie. Kunnen dan ook niet gewoon alle onderliggende zorgaanbieder-percentages worden gepubliceerd? Dit vergroot de transparantie en biedt ook op de meest eenvoudige manier een controlemogelijkheid voor de zorgaanbieders.	Hoewel de jaarverslagen inderdaad openbaar zijn, zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders niet openbaar. Tevens zijn de declaratiegegevens concurrentiegevoelig en bedrijfsvertrouwelijk. Daarom delen de zorgkantoren geen gegevens op zorgaanbiederniveau (waaronder de zorgaanbieder-percentages).
VID LB75	3. Het richttariefpercentage per sector	U vermeldt onder 'het richttariefpercentage per sector voor 2024' het aangepaste richttariefpercentage voor 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven, de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.

		voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Wij vragen u duidelijkheid te verschaffen over de toereikendheid van de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken van duidelijkheid in de toereikendheid van de contracteerruimte in 2024, 2025 die financiële onzekerheid met zich meebrengt voor zorgaanbieders.	
VID LB76	3.6 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het inkoopproces 2025. Op 31 mei 2024 12.00u is het inkoopbeleid gepubliceerd en op 13 juni 2024 12.00u dienen vragen en/of bezwaren kenbaar te zijn gemaakt. De termijn van 13 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Daarnaast is deze termijn ieder jaar korter aan het worden. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten? Waarom kiest u er niet voor zorgaanbieders meer tijd te bieden?	De termijn om vragen te stellen is inderdaad 1 dag korter dan vorig jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat er (slechts) sprake is van een aanvulling voor 2025, met een beperkt aantal aanpassingen, op het meerjarig zorginkoopkader 2024-2026. Voor de bezwaartermijnen verwijzen we u naar regionaal beleid.
VID LB77	4. Resultaten per sector voor 2024	Welke resultaatspercentage vindt het zorgkantoor in de zorgsector noodzakelijk om toekomstige investeringen te financieren en de transities vorm te geven? Komt dit overeen met de benodigde eigen middelen welke financiers vragen bij de financiering bij eigen middelen?	Het 75ste percentiel en 75% van de markt bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Daarnaast geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
VID LB78	4. Resultaten per sector voor 2024	De inschrijving is op 31 juli, maar het richttariefpercentage voor 2025 is pas bekend op 5 september. Is het juridisch wel juist om een inschrijving te vragen als je niet weet waarvoor je inschrijft?	Zorgkantoren hebben in het inkoopdocument het volgende opgenomen: Het staat zorgaanbieders vrij om binnen 20 dagen na publicatie van het richttariefpercentage mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025.
VID LB79	6. Bijlage 7.B: SAS-code	De gegevens op pagina 17 tm 26 SAS code zijn cryptisch omschreven. Is dit de correctie afdrukstand in het document?	Dit is het correcte afdrukafstand. De SAS-code is gepubliceerd zoals deze gebruikt wordt in SAS EG.
VID LB80	6. Bijlage 7.B: SAS-code	In hoofdstuk 6 vermeld u de SAS-code. Wat kunnen of moeten aanbieders met deze SAS-code doen?	Zorgkantoren geven hiermee transparantie in de werking van het model, zoals bepaald in het arrest. Dit doen wij door zowel een schematische toelichting te

			verstrekken, fictieve voorbeelden uit te werken als ook de technische code van het model te verstrekken.
VID LB81	6. Bijlage 7.B: SAS-code	Waarom zijn op pagina 17 onderaan Zorgkantoor en DSW niet meegenomen en verder op in de SAS-code wel?	Op pagina 17 worden de zorgkantoren genoemd waarvoor correctiebestanden zijn ingelezen. Menzis en DSW worden niet genoemd omdat er voor deze zorgkantoren geen correcties zijn op de declaratiegegevens.
VID LB82	7. Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens	Wij nemen aan dat wij geen rol spelen bij de gegevens die in bijlage 7C ingevuld moeten worden en dat het zorgkantoor deze gegevens invult. Is dit juist?	Dit is juist. De zorgkantoren verzorgen deze aanlevering.
VID LB83	7. Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens	Is dit format voor de berekening ingevuld op basis van de gegevens uit 2022? Moet dit format nu jaarlijks worden ingevuld door alle gecontracteerde zorgaanbieders?	Het format wordt ingevuld met de gedeclareerde prestaties over hetzelfde boekjaar als in de jaarrekening is opgenomen. Het format wordt ingevuld door de zorgkantoren.
VID LB84	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wanneer een Zorgorganisatie bestaat uit een ziekenhuis-deel en een ouderenzorg-deel, en deze zorgorganisatie ook in de jaarrekening per onderdeel/segment inzicht in de resultaten verschaft, wordt voor de bepaling van het kostenpercentage van deze aanbieder dan uitgegaan van de geconsolideerde jaarrekening of het relevante gesegmenteerde onderdeel?	Het model maakt geen gebruik van gesegmenteerde onderdelen omdat deze niet altijd zijn gespecificeerd. Het maakt gebruik van de Wlz ratio: Wlz Zin Omzet gedeeld door totale omzet uit de jaarrekening. De Wlz ratio wordt vervolgens toegepast op de totale kosten, dit resulteert in de Wlz kosten.
VID LB85	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75ste percentiel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
VID LB86	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75% marktaandeel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
VID LB87	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wat is de reden dat ervoor gekozen is om de tariefsystematiek ook voor de sectoren VV en GGZ te herijken terwijl het bezwaar enkel is ingediend door de sector GHZ?	De zorgkantoren hebben hier vanuit het gelijkheidsbeginsel voor gekozen. Voor alle drie de sectoren wordt namelijk eenzelfde tariefsystematiek gehanteerd en een verschil in toepassing vinden zorgkantoren niet uitlegbaar.
VID LB88	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Genoemd wordt dat het richttarief wordt berekend o.b.v. de meest recente beschikbare jaarrekeningen. De jaarrekening van de organisatie is vertraagd en kent een negatief resultaat. Mogelijk dat meer instellingen in dezelfde situatie vertraging kennen. Dit kan betekenen dat er een scheef beeld ontstaat van de resultaten, wat mogelijk een verlaging van het richttarief tot gevolg heeft. Hoe zorgt het Zorgkantoor ervoor dat dit risico gemitigeerd wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
VID LB89	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U geeft aan dat de zorgsector een belangrijke transformatie moet ondergaan. Op welke wijze worden de kosten voor deze transformatie verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?	In het model van het richttariefpercentage is hier geen rekening mee gehouden. De financiering van de transformatie vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.
VID LB90	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De langdurige ouderenzorg kampt met een fors personeelstekort er is echter nog steeds een groot gat tussen de cao VVT en marktconforme salarissen in andere sectoren. Om een aantrekkelijke sector te worden	Wij delen het belang van het behoud van zorgpersoneel bij de zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en

		<p>voor personeel, worden zorgorganisaties gedwongen om salarissen te bieden die hoger liggen dan de cao of structureel veel zzp'ers in te huren. Dit leidt tot forse aanvullende exploitatie kosten. Op welke wijze worden de additionele kosten die een gevolg zijn van de personeelsschaarste op de sector verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?</p>	<p>eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p>
--	--	--	---

3 Aanpassingen Aanvulling 2025 Inkoopkader Wlz

De publicatie van de Aanvulling 2025 en de beantwoording van vragen hierover heeft geleid tot enkele aanpassingen en aanvullingen die in dit hoofdstuk worden toegelicht.

3.1 Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026

In bijlage 1 is één wijziging verwerkt:

In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.

3.2 Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2025

In bijlage 2 is één wijziging verwerkt:

In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.

3.3 Bijlage 4 Algemene inkoopvoorwaarden

In aanvulling op het gestelde in paragraaf 2.8 melden wij dat de gewijzigde Regeling langdurige zorg op 18 juni 2024 met toevoeging van de aanspraken DZEP en GP+ in de Staatscourant is gepubliceerd:

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2024-18860.pdf>.

En in aanvulling op voetnoot 6: de link voor informatie over het zorglandschap DZEP is www.d-zep.nl. De link voor GP+ is bij publicatie van deze Nvl nog niet beschikbaar.

3.4 Bijlage 8 Aan te leveren documenten

In de laatste rij van de tabel in bijlage 8 deel A op pagina 5 zijn abusievelijk onjuiste jaartallen blijven staan. Dit wordt aangepast naar:

Overzicht aan te leveren documenten	Toelichting op in te dienen bijlagen	Meesturen bij de inschrijving	Moet voldoen op moment van zorglevering	Moet voldoen uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum overeenkomst
Financieel plan	<ul style="list-style-type: none"> • Enkelvoudige jaarrekeningen van de inschrijvende zorgaanbieder 2022 en 2023 (tenzij startende organisatie waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld); • Geconsolideerde jaarrekeningen van een eventuele (groot)moedermaatschappij 2022 en 2023; • Begroting van de inschrijvende zorgaanbieder met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen voor 2025. 	X		

Bijlagen

Naar aanleiding van de Nvl zijn er aanpassingen doorgevoerd in enkele bijlagen. Dit heeft geresulteerd in nieuwe versies van ondergenoemde bijlagen. Deze nieuwe versies met datum 1 juli 2024 zijn gepubliceerd op onze website.

Bijlage 1. Overeenkomst Wlz 2025-2026 na Nvl

Bijlage 2. Overeenkomst Wlz 2025 na Nvl