Nota van Inlichtingen

Menzis Zorgkantoor
Inkoop Wlz 2024-2026

Publicatiedatum: 7 juli 2023

Voorwoord 3

Wijzigingen en aanvullingen op het Inkoopkader Wlz 2024-2026 4

Vraag en antwoord 11

Regionaal beantwoorde vragen 11

1. Voorwoord 11

Leeswijzer 25

1. Regionaal Beleid 2024, 2025 en 2026 28

2. Inkoopsystematiek 125

3. Procedure en voorschriften 194

4. Beoordelen van modules 217

5. eisen aan zorgaanbieders en aanbod 223

6. Ondernemingsplan nieuwe zorgaanbieders 231

Bijlagen 231

Landelijk beantwoorde vragen 298

Visie op duurzame toegang tot langdurige_zorg 298

Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026 332

Bijlage_2_Overeenkomst_Wlz_2024 354

Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2024 357

Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden 361

Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz 374

Contracteerproces 479

Voorwoord

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het Inkoopbeleid Wlz 2024 – 2026, voor de sectoren V&V, GZ en GGZ.
In de Nota van inlichtingen vindt u de antwoorden op de vragen die door u naar aanleiding van het Inkoopbeleid zijn gesteld.

In de Nota van Inlichtingen zijn alle vragen verwerkt. Vragen die na 15 juni 12.00 uur zijn ingediend, zijn conform procedure niet opgenomen. Bij het verwerken en beantwoorden van de vragen hebben wij de vragen met een gelijke strekking samengevoegd. En op de vragen met de gelijke strekking, een eensluidend antwoord gegeven. Tevens zijn vragen door ons geanonimiseerd. U vindt dus niet letterlijk alle gestelde vragen terug maar alle vragen zijn wel beantwoord. Dit om u een overzichtelijke en toegankelijke Nota van Inlichtingen aan te kunnen bieden.

Uw vragen hebben in een aantal situaties geleid tot aanpassing van het op 1 juni 2023 gepubliceerde beleid.
Naast de Nota van Inlichtingen, wordt ook het op onderdelen gewijzigde en aangevulde regionale inkoopbeleid gepubliceerd. De gewijzigde passages zijn gearceerd weergegeven.

In het aangepaste regionale inkoopbeleid is ook nieuw beleid opgenomen, namelijk met betrekking tot de zogenaamde VG7. Zoals eerder bekend is gemaakt, worden voor 2024 extra middelen beschikbaar gesteld. Vanaf de datum van publicatie van het aanvullend beleid VG 7 (7 juli 2023) kunt u tot uiterlijk 21 juli 2023 12:00u vragen stellen over dit aanvullend beleid. Deze aanpassingen zijn ook via (een andere) arcering weergegeven. Via een separate procedure zullen wij u op de hoogte stellen van de beleidswijziging voor 2023, als gevolg van het beschikbaar stellen van deze extra middelen voor dit jaar.

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

Therese van den Hurk
Manager Menzis Zorgkantoor

Wijzigingen en aanvullingen op het Inkoopkader Wlz 2024-2026

Dit onderdeel is een weergave van wijzigingen en aanvullingen in de documenten behorend bij het Inkoopkader Wlz 2024-2026 naar aanleiding van vragen die gesteld zijn in de Nota van Inlichtingen.

Onderdeel	Pagina	Wijziging/aanvulling
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	14	Onder 'Kwaliteit' is de eerste zin van de tweede alinea gewijzigd in: Als gevolg van de toenemende druk op de langdurige zorg zal de definitie van kwaliteit en de manier waarop kwaliteit ervaren wordt, veranderen.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	22	In paragraaf 1.3.2. onder '4. Elke klant die dat aankan, krijgt een zo zelfstandig mogelijke, eigen veilige plek in de samenleving' is de zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt.' verwijderd.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	24	De laatste zin onder het kopje '2. Thuis als het kan: stimuleren van de inzet van zorg in de thuisomgeving' is gewijzigd in: We verwachten dat u deze informatie en/of andere voor u beschikbare informatie gebruikt als basis voor de eigen strategie om de benodigde beweging in te zetten.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	27	De vierde zin onder paragraaf 2.1 is gewijzigd in: Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de Wlz is.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	28	Onder tabel 1 is toegevoegd: Sectorvreemde indicaties worden vergoed voor het door de aanbieder afgesproken (eigen sector) percentage bij een aanbieder in de VV/GZ. Voor een GGZ-aanbieder geldt het GGZ-W tarief voor de sectorvreemde indicaties met uitzondering van de opslagen voor GGZ-W 4 en 5.

Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	29	De eerste alinea van pagina 29 wordt vervangen door: Gedurende de looptijd van de overeenkomst zal Menzis Zorgkantoor de NHC en NIC component 100% vergoeden. Daarnaast zullen wij samen met de zorgaanbieders onderzoeken of voor een volgend zorginkoopbeleid een lagere vergoeding van de NHC/ NIC voor de lichtere zorgprofielen passend is om zorg thuis voor lichtere profielen te stimuleren.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	29	Na Figuur 1 is ingevoegd: **Extra middelen voor VG 7 in 2024** **VWS stelt €40 miljoen beschikbaar voor de zorg aan cliënten met het zorgprofiel VG7** In de voorjaarsnota van vrijdag 28 april 2023 heeft het kabinet een bedrag van € 40 miljoen voor het jaar 2023 en € 40 miljoen voor het jaar 2024 beschikbaar gesteld voor VG7. Het kostprijsonderzoek van de NZa leidt niet eerder dan in 2025 tot herijkte tarieven. VWS heeft dit extra budget ter beschikking gesteld om te voorkomen dat de continuïteit van de zorg aan deze doelgroep als gevolg van financieringsproblemen in gevaar komt. **Menzis Zorgkantoor hanteert voor het jaar 2024 een standaard opslag van 2,1% op het basistariefpercentage voor het ZZP VG7 tarief.** Dit geldt voor alle ZZP prestatiecodes VG7, zowel de ZZP's inclusief als exclusief behandeling. De compensatie is niet van toepassing op de VPT tarieven. De opslag is berekend door de NZa op basis van alle declaraties 2022. In afstemming met het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën worden een aantal voorwaarden gesteld om in aanmerking te komen voor de opslag op het basistariefpercentage. Zorgaanbieders moeten aan alle voorwaarden voldoen om voor de opslag op het basistariefpercentage ZZP VG7 in aanmerking te komen. Een zorgaanbieder die niet aan deze voorwaarden voldoet, ontvangt voor deze prestatiecodes de genoemde opslag niet. **De opslag van 2,1% op het basistariefpercentage voor het ZZP VG7 wordt alleen afgegeven onder de volgende voorwaarden:** 1. De zorgaanbieder levert het integrale ZZP VG7 profiel in geclusterde woonvorm (levering via VPT komt niet in aanmerking voor ophoging tariefpercentage). 2. De zorgaanbieder heeft een visie op de doelgroep VG7 uitgewerkt in zijn kwaliteitsbeeld en/of in zijn meerzorgplan en/of een apart visiedocument VG7. 3. De visie op de doelgroep VG7 sluit aan bij minimaal één of meer van de volgende onderdelen: a. Leidraden persoonsgerichte zorg LVB en EVB. (VGN) b. Aanbevelingen Onderzoek Organisatiecontext en probleemgedrag (/V. Olivier-Pijpers) c. Uitgangspunten Pro in de praktijk (beschikbaar via kennisplein Gehandicaptenzorg) en bijbehorend wetenschappelijk onderzoek d. Beschrijvingen doelgroepen en ondersteuningsbehoeften vanuit de expertisenetwerken LVB+ en EVB+ 4. De methodiek die de zorgaanbieder toepast voor de VG7 doelgroep sluit aan bij algemene methodieken die toegepast worden voor de doelgroep VG7 en gericht zijn op begeleiding en ondersteuning van complexe zorg- en ondersteuningsvragen. 5. De zorgaanbieder verklaart dat de extra middelen enkel doelmatig en efficiënt worden ingezet voor de VG7 doelgroep op de benodigde context: te weten voldoende personeel, scholing en deskundigheidsbevordering gericht op zorgverlening aan deze cliënten VG7. 6. De zorgaanbieder verklaart dat de huidige financiële middelen van de zorgaanbieder voor de VG7-doelgroep financieel niet toereikend zijn voor de zorg continuïteit op VG7. 7. De zorgaanbieder verklaart dat het extra beschikbaar gestelde bedrag louter gebruikt wordt voor de VG7 doelgroep.

		De zorgaanbieder verklaart door het ondertekenen van de bestuursverklaring 2024 dat hij voor 2024 voldoet aan deze gestelde voorwaarden. Het zorgkantoor toetst bij de inschrijving en in de kwaliteitsdialoog en/of de meerzorgdialoog en/of inkoopgesprek of de zorgaanbieder voldoet en blijft voldoen aan de voorwaarden. Eventueel kunnen aanvullende documenten opgevraagd worden, zoals een beleidsdocument waaruit blijkt dat aanbieder met genoemde methodieken of onderdelen, zoals genoemd onder voorwaarde 3, werkt. Als blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de voorwaarden, corrigeert Menzis Zorgkantoor het zorgkantoor het tarief en komt de opslag van 2,1% op het basistariefpercentage te vervallen De opslag op het basistariefpercentage geldt alleen voor het jaar 2024. Voor de jaren 2025 en 2026 gelden voor de prestatiecodes VG 7 de uitgangspunten voor het basistariefpercentage zoals genoemd in deze paragraaf. **U kunt vragen stellen over aanvullend beleid VG 7 voor de Nota van Inlichtingen** Vanaf de datum van publicatie van het aanvullend beleid VG 7 (7 juli 2023) kunt u tot uiterlijk 21 juli 2023 12:00u vragen stellen over dit aanvullend beleid. De passages in ons inkoopbeleid, waar u vragen over kunt stellen hebben wij groen gearceerd. Het gaat om aanvullingen in het document Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in Bijlage A Toelichting Modules per sector. Vragen kunt u uitsluitend via Mercell stellen. Voor de wijze waarop u uw vragen kunt stellen, verwijzen we naar de werkinstructies voor Mercell op de website van Menzis Zorgkantoor. Vragen die op een andere manier of via een ander kanaal worden ingediend, nemen wij niet in behandeling. Na deze datum is er geen gelegenheid meer om vragen te stellen. Uiterlijk 27 juli 2023 publiceert Menzis Zorgkantoor de Nota van Inlichtingen met de antwoorden op de gestelde vragen.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	29	In de laatste zin van paragraaf 2.2, boven Figuur 1, is voor Menzis Zorgkantoor gewijzigd in voor het zorgkantoor.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	29	De titel van paragraaf 2.3 is gewijzigd in Nieuwe zorgaanbieders en zorgaanbieders bestaand, maar nieuw voor het zorgkantoor
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	29	Paragraaf 2.3 is in de 1e zin van alinea 1 voor Menzis Zorgkantoor gewijzigd in voor het zorgkantoor.

Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	30	De 1e zin en 2e zijn gewijzigd in: Nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders maar nieuwe zorgaanbieders voor het zorgkantoor worden in eerste instantie voor 1 jaar gecontracteerd en kunnen zich daarna inschrijven als bestaande zorgaanbieder. Nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor, kunnen zich niet inschrijven voor de modules.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	30	Aan paragraaf 2.3. is toegevoegd: Als u al een overeenkomst heeft met Menzis Zorgkantoor in 2023, maar u wilt zich in een nieuwe Menzis zorgkantoorregio inschrijven (zie ook paragraaf 3.1), valt dit onder de definitie van bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor het zorgkantoor. U bent dan een bestaande zorgaanbieder maar nieuw voor de zorgkantoorregio waar u inschrijft
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	30	Aan de inleiding onder paragraaf 2.4 is toegevoegd: Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Voor 2024 dient u zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 uur in te schrijven op een module. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	31	De laatste alinea van de pagina vervalt.
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	32	Wijziging Tabel 3, Modules Gehandicaptenzorg (GZ). 3.Gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen Verwijderd: 3,3% op prestatiecodes Z472 en Z473. Toegevoegd: 2024: 100% van het Nza tarief op de prestatiecode Z472 en Z473 2025 en 2026: 99% van het Nza tarief voor de prestatiecodes Z472 enZ473
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	32 en 33	De paragraaf Extra middelen VG 7 vervalt
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	34 en 35	De tekst ‘Voor zorgaanbieders … lager uitvalt’ en ‘Voor 2025 … lager uitvalt’ vervalt. Aan paragraaf 2.10 is toegevoegd: Voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de totaal financieel gerealiseerde producties in de nacalculaties voor de komende contracteerperiode het aantal dagen verblijfszorg zullen financieren op basis van het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is met verblijf voor deze ZZP's, vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de daadwerkelijke realisatie in het betreffende jaar lager uitvalt. Het aantal dagen boven dit maximum zullen wij vergoeden tegen de corresponderende vpt-prestatiecodes.

Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	38	In paragraaf 3.1.1. in de voorlaatste alinea (Voor nieuwe zorgaanbieders ……modules) wijzigt voor Menzis Zorgkantoor in voor het zorg-kantoor
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	38	In paragraaf 3.1. in de laatste alinea, beginnend met 'U geeft bij deze inkoopprocedure…' is bij de vierde bullet en/of toegevoegd.
Regionale Inkoopbeleid 2024-2026	51	De eerste zin onder het kopje 'Eisen aan de zorgaanbieder' is gewijzigd in: De eisen die aan zorgaanbieders worden gesteld, zijn opgenomen in de bestuursverklaring (zie: bijlage 3).
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	53	De formulering onder 'Actief gezondheidsbeleid' is gewijzigd in: De zorgaanbieder voert een actief en aantoonbaar gezondheidsbeleid, rekening houdend met de doelgroep waar zorg aan wordt ver-leend. Daarbij beschikt de zorgaanbieder over personeel met specifieke deskundigheid en/of is een samenwerkingsverband aangegaan met andere partijen op dit gebied. Het beleid richt zich in ieder geval op:
Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026	55	De derde zin onder de alinea 'Goed werkgeverschap' is gewijzigd in: De zorgaanbieder monitort dit door één keer per 2 jaar een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uit te voeren, waarvan de uit-komsten desgevraagd met Menzis Zorgkantoor gedeeld worden.
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	5	Artikel 2, lid 2 van deel I.B. wordt vervangen door: Menzis Zorgkantoor vergoedt gedurende de duur van de overeenkomst de NHC/NIC-component conform 100% van het Nza-NHC/NIC-tarief .
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	5	'Addendum Nadere afspraken' is toegevoegd aan deel I.B: Zorgaanbiedersgebonden afspraken
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	6	Artikel 2, lid 2 van deel II Regiogebonden deel is verwijderd.
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	8	Artikel 7, lid 2 van Deel II Regiogebonden deel. De 2^{e} zin is gewijzigd in: Dit overbruggingsbedrag betreft in beide maanden 1/12e deel van 80% van de productieafspraak algemeen (met uitzondering van de transitiemiddelen) in de herschikking van het voorgaande jaar.
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	9	Artikel 9, lid 4 van Deel II Regiogebonden deel. In de laatste zin wordt de maand februari gewijzigd in maart.
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	17	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1 lid 6 is ter verduidelijking de zin: 'De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.' gewijzigd in: 'De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.'
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	21	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 10 lid 1 is ter verduidelijking de zin: 'Verleende zorg in onderaanne-ming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor' gewijzigd in: 'Te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor.'
Bijlage 1 – Overeenkomst Wlz 2024-2026	26	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 6 is ter verduidelijking de titel van het hoofdstuk gewijzigd van: 'Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen' naar: 'Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming'.

Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	5	Artikel 2, lid 2 van deel I.B. wordt vervangen door: Menzis Zorgkantoor vergoedt gedurende de duur van de overeenkomst de NHC/NIC-component conform 100% van het Nza-NHC/NIC-tarief .
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	6	'Addendum Nadere afspraken' is toegevoegd aan deel I.B: Zorgaanbiedersgebonden afspraken
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	7	Artikel 2, lid 2 van deel II Regiogebonden deel is verwijderd.
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	9	Artikel 7, lid 2 van Deel II Regiogebonden deel. De 2e zin is gewijzigd in: Dit overbruggingsbedrag betreft in beide maanden 1/12e deel van 80% van de productieafspraak algemeen (met uitzondering van de transitiemiddelen) in de herschikking van het voorgaande jaar.
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	10	Artikel 9, lid 4 van Deel II Regiogebonden deel. In de laatste zin wordt de maand februari gewijzigd in maart.
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	18	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1 lid 6 is ter verduidelijking de zin: 'De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.' gewijzigd in: 'De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.'
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	22	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 10 lid 1 is ter verduidelijking de zin: 'Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor' gewijzigd in: 'Te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor.'
Bijlage 2 – Overeenkomst Wlz 2024	27	In Deel III: algemeen deel, hoofdstuk 6 is ter verduidelijking de titel van het hoofdstuk gewijzigd van: 'Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen' naar: 'Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming'.
Bijlage 4 – Aanvullende inkoopvoorwaarden	11 en 12	Paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex is nieuw toegevoegd op pagina 11 en 12.
Bijlage 7 – Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	-	Ter verduidelijking is in het document de term 'kostenratio' structureel vervangen voor de term 'kostenpercentage'.
Bijlage 7 – Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	6	In hoofdstuk 2: 'De onderbouwing van het richttariefpercentage' is ter illustratie een rekenvoorbeeld op basis van fictieve zorgaanbieders opgenomen.
Bijlage 7 – Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	8, 9 en 10	In hoofdstuk 4: 'Resultaten per sector' is ter verduidelijking de term 'theoretisch resultaat' structureel aangepast naar 'theoretisch Wlz resultaat'.
Bijlage 7 – Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	8, 9 en 10	In hoofdstuk 4: 'Resultaten per sector' is bij de grafieken verduidelijkt dat deze weergaven inclusief outliers zijn.
Bijlage 7 – Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	8, 9 en 10	In hoofdstuk 4: 'Resultaten per sector' zijn de marktaandelen Wlz omzet van de aanbieders vallend onder de 75%-groep, 25%-groep en outliers toegevoegd.
Bijlage A – Toelichting modules per sector		Wijziging Tabel 1, Modules Gehandicaptenzorg (GZ). 3.Gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen Verwijderd:

		3,3% op prestatiecodes Z472 en Z473. Toegevoegd: 2024: 100% van het Nza tarief op de prestatiecode Z472 en Z473 2025 en 2026: 99% van het Nza tarief voor de prestatiecodes Z472 enZ473
Bijlage A – Toelichting modules per sector	5	De alinea onder tabel 1 vervalt.
Bijlage A – Toelichting modules per sector	10	Aan de tekst onder 'Beweging waar de module zich op richt' is toegevoegd: Daarnaast zal ook de gerealiseerde uitstroom uit de Wlz bij de beoordeling van deze module worden meegewogen. Voorwaarde is dat deze uitstroom inzichtelijk is voor het Zorgkantoor, op aangeven door de zorgaanbieder.
Bijlage A – Toelichting modules per sector	10	Aan de eerste bullet onder 'Voorwaarden en manier van inschrijven' is toegevoegd: '…of Wlz-uitstroom'.
Bijlage A – Toelichting modules per sector	15	Boven de alinea 'Hoogte van de opslag en manier van vaststellen' is toegevoegd: Voor 2024 geldt dat tevens voldaan moet zijn aan de voorwaarden, zoals genoemd onder Extra middelen voor VG 7 in 2024 in paragraaf 2.2 van het Regionaal Inkoopdocument 2024-2026.
Bijlage A – Toelichting modules per sector	15	Laatste zin onder 'Hoogte van de opslag en manier van vaststellen' is gewijzigd in: Indien u aan de voorwaarden en garantie voor deze module voldoet, krijgt u in 2024 de volgende prestatiecodes voor 100% en in 2025 en 2026 voor 99% van de NZa-maximumtarieven vergoed. VG 7 Z 472 Z 473
Bijlage A – Toelichting modules per sector	19	In de laatste alinea van 'Module 2: digitaal als het kan – intramuraal', paragraaf 'Bewegen waar de module zich op richt' is toegevoegd: Ook sociale en organisatorische innovatie kunnen onderdeel zijn van deze module.
Bijlage A – Toelichting modules per sector	20	Onder de voorwaarden en manieren van inschrijven zijn de volgende voorwaarden toegevoegd/aangevuld: - Niet-aangeboren hersenletsel (voor zover dit niet via de landelijke bekostiging gaat) - LVHC-doelgroepen, voor zover dit niet via de landelijke bekostiging gaat (vanaf 1-1-2024 geldt dat in ieder geval voor Korsakov, Huntington en LBS)
Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026		In de tabel in 1.3.3 is 1 november gewijzigd in 31 oktober
Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026		Onder 1.3.3 is toegevoegd: Als er na de toekenning op 15 december 2023 middelen overblijven, kunnen nog projecten worden ingediend in 2024 (uiterlijk tot 1 oktober 2024) en worden deze projecten beoordeeld zolang er regionaal en per sector middelen beschikbaar zijn. Over het eventueel nog kunnen indienen van projecten in 2025 en 2026 zullen wij u later informeren.

Vraag en antwoord

Dit onderdeel is een weergave van de via de tender van Mercell gestelde vragen en de antwoorden die daarop zijn gegeven. De vragen en antwoorden worden weergegeven bij de onderdelen waar de vraagsteller de vraag heeft gesteld.

Regionaal beantwoorde vragen

1. Voorwoord

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	Voorwoord	Moeten we eerst de offerte indienen, betekent het dat we inkoopbeleid moeten lezen? Ik zie nergens dat we iets in moeten leveren? Klopt dat?	In hoofdstuk 3 Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 kunt u de planning, termijnen en de hele procedure omtrent indienen lezen. U dient uw inschrijving/ offerte, inclusief eventuele voorstellen voor modules, uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 in te dienen.
2	Voorwoord	Op blz 10 punt 1.2.1 Van Landelijke visie naar regionaal beleid; 2e bullit staat dat er sterke voorkeur is voor MPT. Hoe gaan organisaties die zelf geen MPT leveren maar wel verblijfzorg af moeten schalen organisaties vinden die wel MPT leveren?	Zorgaanbieders die zorg leveren in intramurale setting behouden hun intramurale setting en hoeven dit niet om te zetten naar mpt/vpt. Wanneer er in de toekomst nieuwbouw wordt gepleegd, omdat de intramurale setting is verouderd, dan gaat het Zorgkantoor met u in gesprek conform de procedure zoals beschreven in onderdeel 4 van paragraaf 1.3.3 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
3	Voorwoord	Kunt u aangeven wat u onder ‘samen’ verstaat? Wij missen het ‘samen’ in het inkoopdocument. Wij signaleren met name dat van de zorgaanbieders veel wordt gevraagd. Hoe geeft u het ‘samen’ vorm en inhoud? En waar zien wij dit terug in het inkoopbeleid?	Onder samen wordt verstaan 'met elkaar'. Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties (zorgaanbieders/zorgkantoor) zich met elkaar verbinden om daarmee de klanten die afhankelijk zijn van langdurige zorg de gewenste zorg te kunnen blijven bieden. Daarom willen we de komende jaren samen met u goed kijken naar hoe we de langdurige zorg betaalbaar en kwalitatief goed kunnen organiseren, om zo deze toegankelijkheid te waarborgen.
4	Voorwoord	Menzis verwacht van ons dat wij meewerken aan de volgens ZN en Menzis benodigde veranderingen. Dit terwijl wij de zorg met minder financiële middelen moeten organiseren.	Menzis begrijpt dat de noodzakelijke transitie in de langdurige zorg tijd en geld kost. Door middel van de modules en de daaraan gekoppelde opslagen wordt ingezet op de landelijk afgesproken bewegingen en kanslijnen

		Veranderingen kosten evenwel ook tijd en geld. Dat is niet mogelijk als we minder financiële middelen krijgen. Hoe verwacht Menzis dat we dit gaan doen?	in de langdurige zorg om de noodzakelijke transitie mogelijk te maken. Daarnaast heeft het ministerie van VWS voor 2022 - 2026 transitiemiddelen beschikbaar gesteld voor de Wlz die gericht zijn op enerzijds de transitie en anderzijds een omslag naar anders werken voor initiatieven in de regio, waarbij meerdere zorgaanbieders betrokken zijn.
5	Voorwoord	Geen aparte opslagen maar een goed basistarief De VVT is betrokken bij alle transities/transformaties/akkoorden en kan gebruik maken van de daarvoor beschikbare middelen. Dat omvat WOZO, IZA, GALA en de Green Deal, al zijn voor dit laatste nog onvoldoende middelen beschikbaar. Die betrokkenheid is logisch, omdat de belangrijkste reden van al deze akkoorden ligt in de demografische ontwikkelingen die leiden tot een groei van het aantal kwetsbare ouderen. Daar heeft de VVT het meeste mee te maken van alle zorgpartijen omdat dit haar primaire doelgroep is. Wij willen dan ook graag onze verantwoordelijkheid nemen om samen met andere sectoren tot een beter afgestemd zorglandschap te komen. Met de komst van het kwaliteitskader werken we samen in de regio Arnhem vanuit een regionale visie gericht op het transformeren van de ouderenzorg. De focus van Menzis op innovatie, kwaliteit, verduurzaming en bedrijfsvoering is ons bekend. Als individuele zorgorganisaties en als collectief zijn we hier al jaren mee bezig en we voelen de urgentie iedere dag. Met de beschikbare transformatiegelden vanuit de verschillende akkoorden sturen we samen op deze grote verandering in de zorg. Naast deze middelen hebben we vooral ruimte en tijd nodig om deze verandering te realiseren, vooral mét en dóór onze professionals. Wij constateren vanuit de inkoopbijeenkomsten in maart 2023 dat Menzis regionaal wil gaan inzetten en sturen op een basistarief van 95,5% van het NZa tarief, aan te vullen met financiering via extra opslagmodules. Voor die opslagen moet aan diverse (verantwoordings)criteria worden voldaan, waarvan we nog niet weten hoe deze eruit zien. Inhoudelijk ondersteunen wij de hoofdthema's voor die modules. We zijn echter van mening dat het toevoegen van meerdere extra opslagmodules geen toegevoegde waarde heeft. Sterker nog, we hebben in ons complexe speelveld onze handen nu al vol. Met jullie zijn we in de regio al volop bezig met de transitie door middel van gezamenlijke projecten.	Menzis Zorgkantoor verwacht met de gekozen inkoopsystematiek tot reele tariefafspraken te komen. Daarnaast ligt er een transitieopgave in de langdurige zorg. Menzis Zorgkantoor wenst deze transitieopgave (extra) te stimuleren. Daarvoor heeft Menzis Zorgkantoor gekozen voor modules. Door middel van de modules, en de daaraan gekoppelde opslagen, wordt ingezet op de landelijk afgesproken bewegingen en kanslijnen in de langdurige zorg om de noodzakelijke transitie mogelijk te maken.

		Als ons gevraagd wordt om met extra projectplannen en aparte opslagen te gaan werken die niet leiden tot structurele financiering, ligt de focus wat ons betreft onvoldoende op het daadwerkelijk transformeren. We raken te veel belast met administratieve processen die ondoorzichtig en onnavolgbaar worden terwijl het basistarief ontoereikend is en onze financiële zekerheid en stabiliteit in het geding komt. Vandaar dat we een beroep willen doen op Menzis om niet met nog meer extra projectplannen en aparte opslagen te gaan werken waardoor we te weinig focus kunnen hebben op het DOEN. Wij verwachten ook van u als zorgkantoor een transitie zodat de systeemwereld en de leefwereld beter op elkaar aansluiten. Het behoeft geen toelichting dat de hierboven genoemde zorgen extra relevant zijn omdat minister Helder op 17 april j.l. een bezuiniging van 1,2% op de NZa tarieven 2024 heeft aangekondigd, bovenop de al bekende verlaging van de NHC met 8%. Samen met de door Menzis aangekondigde tariefstructuur, de toename van de zorgvraag en de sterk gestegen kosten maakt dat voor ons de noodzaak van een snelle en effectieve transitie nog eens extra groot. Daarom doen we een dringende oproep: kom samen met ons tot een goed integraal basistarief zonder opslagen waarin het nieuwe kwaliteitskompas leidend is. En vertrouw erop dat we met behulp van de vele reeds beschikbare potjes, zoals WOZO en IZA (waar we al volop mee aan de slag zijn) voldoende inzetten op de noodzakelijke gezamenlijke transformatie. De voortgang die we daarin maken in onze regio, delen we graag met u op een efficiënte wijze in onze reguliere afstemmingsgesprekken met u als zorgkantoor. Laten we ons inspannen de administratieve lasten voor zorgorganisaties en daarmee voor de schaarse medewerkers te beperken. VRAAG: is Menzis bereidt om samen met ons te komen tot een integraal basistarief zonder opslagen waarin het nieuwe kwaliteitskompas leidend is? Zo nee, waarom niet?	
6	Voorwoord	Geachte Menzis Zorgkantoor, Allereerst betreuren wij het feit dat we dit jaar op een hele andere manier uw inkoopbeleid bezien dan in voorgaande jaren. We zijn gewend om op een constructieve manier met u te werken op basis van vertrouwen. Dit spreekt u in uw	Menzis Zorgkantoor begrijpt deze vraag aldus dat de vraag betrekking heeft op het te contracteren tarief. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. Zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. De hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis Zorgkantoor tot reële tariefafspraken te

		voorwoord ook als doel uit: "We stellen met elkaar vast dat we met grote uitdagingen in de langdurige zorg te maken hebben. Naast de beperkte groei van de financiële middelen hebben we ook te maken met knelpunten in de arbeidsmarkt. We hebben elkaar nodig om de langdurige zorg toegankelijk te houden. Dat zal niet altijd makkelijk zijn. Menzis Zorg- kantoor wil ook de komende jaren voor u een betrouwbare en bereikbare partner zijn in de transitie die we gezamenlijk in de langdurige zorg in gang zetten." Op basis van uw inkoopbeleid en het huidige overheidsbeleid constateren wij: - dat er GEEN sprake is van beperkte groei van financiële middelen. Sterker nog, voor 2024 zullen wij onze begroting met (mogelijk) 8% moeten laten krimpen. - dit kan niet anders dan personele gevolgen hebben, waardoor de toegankelijkheid van zorg in gevaar komt - en waardoor iedere ruimte om transitie structureel te bewerkstelligen (en niet met geld uit eenmalige potjes) is geschrapt. - en dus het voorbestaan van de organisatie tijdens de duur van uw inkoopbeleid in gevaar komt. Hoe gaat u hierbij de rol van betrouwbare en bereikbare partner vormgeven?	komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek voor diens organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor heeft daarbij wel degelijk oog voor de situatie van individuele zorgaanbieders en hoopt daarmee een betrouwbare partner te blijven voor de zorgaanbieders.
7	Voorwoord	Menzis stelt dat doelmatige inzet van middelen voor langdurige zorg van belang is om de transitie te kunnen maken. In het inkoopbeleid wordt deze doelmatige inzet van middelen omzet naar de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders. VRAGEN - wat gaat er niet goed in de huidige samenwerking, communicatie en overlegstructuur? - waarom deze stap naar veel gedetailleerder sturing en rapportage? Graag een toelichting op beide vragen.	1. De huidige overlegstructuur tussen Menzis Zorgkantoor en de zorgaanbieders verloopt goed. 2. Een gedetailleerd overzicht geeft de zorgaanbieder en Menzis Zorgkantoor meer inzicht, zodat het goede gesprek omtrent strategie, huisvesting en bedrijfsvoering gevoerd kan worden.
8	Voorwoord	(regionaal inkoop beleid 2024 - 2026, par. 1.3.2) Het zorgkantoor geeft aan om geen extra intramurale capaciteit voor VG 3 en 4 te financieren, maar dit in de toekomst alleen nog op basis van (geclusterd) VPT of MPT te financieren. Hoe gaat het zorgkantoor om met nieuwe locaties van zorgaanbieders die al bezig zijn (bouw is al gestart en de cliënten staan al op de wachtlijst voor de specifieke locatie) met een nieuwe locatie, of een uitbreiding van een bestaande locatie, waar (ook) VG 3 en VG 4 cliënten intramuraal komen te	In paragraaf 2.8 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024 -2026 staat vermeld dat voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de herschikking en nacalculatie 2024 het aantal dagen verblijfszorg voor ZZP VG 3, VG 4 en LG 2 maximeren op het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is voor verblijf voor deze ZZP's vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de extrapolatie op basis van de AW 319 (zoals hiervoor beschreven) lager uitkomt c.q. daadwerkelijke realisatie lager uitvalt. Voor 2025 en 2026 geldt hetzelfde uitgangpunt met als peildatum 1 januari 2025 c.q. 1 januari 2026, tenzij de extrapolatie c.q. realisatie

		wonen? Gaat het zorgkantoor voor die nieuwe cliënten alleen een VPT of MPT financieren, of gaat het zorgkantoor voor lopende nieuwbouwprojecten, of uitbreiding van een bestaande locaties, de nieuwe cliënten nog op basis van een intramuraal ZZP financieren?	in dat jaar lager uitvalt. Deze passage komt te vervallen. In plaats daarvan wordt paragraaf 2.10 aangevuld met: Voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de totaal financieel gerealiseerde producties in de nacalculaties voor de komende contracteerperiode het aantal dagen verblijfszorg zullen financieren op basis van het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is met verblijf voor deze ZZP's, vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de daadwerkelijke realisatie in het betreffende jaar lager uitvalt. Het aantal dagen boven dit maximum zullen wij vergoeden tegen de corresponderende vpt-prestatiecodes.
9	Voorwoord	(regionaal inkoop beleid 2024 - 2026, par. 1.3.2) Het zorgkantoor gaat er vanuit dat zorgaanbieders vanaf 1 januari 2024 geen groei realiseren in het aantal klanten voor verblijf ZZP VG 3, ZZP VG 4 en ZZP LG 2. Het zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbieden. Wordt invulling van lege plekken binnen bestaande woonlocaties als nieuwe cliënt aangemerkt en dus een afname van leveringsvorm in VPT of kunnen deze cliënten verblijf afnemen tegen een intramuraal tarief?	Menzis Zorgkantoor wil de inzet van mpt en vpt stimuleren in lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd. Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicatie, waarbij we ervan uitgaan dat u geen groei realiseert in verblijfszorg voor deze indicaties. In paragraaf 2.10 van het gewijzigde Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 leest u hoe we hier in de nacalculatie mee om zullen gaan.
10	Voorwoord	De zorgaanbieder wordt gevraagd aan diverse projecten deel te nemen of informatie aan te leveren. Dit betreffen projecten / uitvragen welke op dit moment niet worden gevraagd aan de zorginstelling. Dit leidt tot een verzwaring van de belasting van onze medewerkers terwijl de tarieven naar beneden worden bijgesteld. Hoe zijn deze twee zaken volgens Menzis met elkaar te rijmen?	Zorgaanbieders hoeven bij het doelmatigheidsmodel geen informatie aan te leveren. De gegevens die worden gebruikt zijn gebaseerd op informatie die publiekelijk beschikbaar is (bijvoorbeeld een jaarverslag) en informatie die reeds door zorgaanbieders aangeleverd is via de AW319.
11	Voorwoord	Denkt Menzis daadwerkelijk de transformatie te versnellen door het doorvoeren van generieke kortingen op de tarieven? Of ziet Menzis ook het risico dat de aangeboden tarieven een sector zal verlammen?	Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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. 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.
12	Voorwoord	(7) In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?	Voor het onderscheid tussen een meerjarige overeenkomst en een eenjarige overeenkomst hanteren wij de uitgangspunten, zoals genoemd in Paragraaf 3.1.1 van Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Het is niet mogelijk dat, vanwege de reden die u in uw vraag noemt, u als bestaande aanbieder er voor kunt kiezen om een éénjarige overeenkomst af te sluiten.
13	Voorwoord	Er wordt aangegeven dat partijen elkaar nodig hebben om de langdurige zorg toegankelijk te houden en Menzis Zorgkantoor de komende jaren een betrouwbare en bereikbare partner wenst te zijn in de transitie. Voor onze stichting is het belangrijk dat de huidige samenwerking wordt versterkt en Menzis Zorgkantoor ook aandacht heeft voor onze visie alsook bijdraagt aan het over de (financierings-) schotten organiseren van zorg om partijen te versterken. Welke toezegging kan Menzis Zorgkantoor hierin concreet doen?	Menzis Zorgkantoor is ook van mening dat de financiering van zorg over de domeinen heen beter geregeld moet worden. Op dit moment is daartoe een wetsvoorstel in voorbereiding. Menzis Zorgkantoor probeert voor zo ver dat mogelijk om daar invloed op uit te oefenen.
14	Voorwoord	Ter aanvulling op eerdere vraag is onvoldoende duidelijk gemaakt of de exploitatieresultaten van de zorginstellingen welke zijn gebruikt voor het bepalen van het landelijk vastgestelde richttarief slechts zijn gebaseerd op de Wlz-resultaten in plaats van het totale resultaat van de zorgverlener. Op basis van de door onze stichting gepubliceerde jaarrekeningen de afgelopen jaren kan bijvoorbeeld ter nadere info niet zuiver het Wlz-exploitatieresultaat worden vastgesteld; derhalve kunnen wij niet instemmen met deze onderbouwing	In bijlage 7 wordt uitgelegd hoe het richttariefpercentage tot stand komt.

		aangezien deze nu als basis wordt voorgesteld voor het toekomstige tarief.	
15	Voorwoord	Op basis van de honoreringslijst heeft onze stichting de afgelopen jaren een tarief ontvangen van circa 97,5% van het NZa-maximumtarief. Nu Menzis Zorgkantoor haar prijsbeleid bijstelt heeft dit een enorme impact op de bedrijfsvoering van onze (en meerdere) organisatie(s) vanaf 2024. Het is o.i. niet redelijk te verwachten dat deze impact in één jaar opgevangen kan worden. Realiseert Menzis Zorgkantoor dat het realiseren van additionele ombuigingen inrichtingstijd vraagt van zorginstellingen en zou derhalve niet een gefaseerde afbouw van het tarief passender zijn geweest? Waarom heeft Menzis Zorgkantoor hiervoor niet gekozen c.q. is een heroverweging op dit punt mogelijk?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Het richttariefpercentage is op basis van zorgvuldig kostprijsonderzoek vastgesteld. De huidige inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule. Voor wat betreft de opmerking over het bijstellen van het prijsbeleid en inrichtingstijd, wijst Menzis Zorgkantoor erop dat Menzis Zorgkantoor reeds in de aanbiedersbijeenkomst van 2022 heeft aangegeven dat zij in de loop van de tijd zich zal conformeren aan het landelijk beleid. Zorgaanbieders hebben hier dus al langer op kunnen anticiperen. Het beleid wordt niet heroverwogen.
16	Voorwoord	Kan Zorgkantoor Menzis aangeven waaraan de vrijgekomen middelen tussen het huidige tarief op basis van 97,5% en 95,5% zoals dit nu wordt voorgesteld, zullen worden besteed?	De vergelijking van het huidige tarief en het richttariefpercentage gaat niet op omdat het 97,5% niet vergelijkbaar is met het richttariefpercentage van 95,5%. Dit is slechts een uitgangspunt. De huidge inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule.
17	Voorwoord	Ter aanvulling op eerdere vraag. Het recent aangekondigde kostenonderzoek zal naar verwachting gedurende de periode 2024 - 2026 gaan leiden tot nieuw inzicht / een nieuwe (geactualiseerde) kostprijs. De vraag is of op dat moment het gehanteerde uitgangspunt dat 75% van de zorgverleners een positief of neutraal resultaat moet kunnen genereren nog actueel is en of daarmee het huidig voorgesteld richttariefpercentage nog relevant is. Deelt Zorgkantoor Menzis dat de uitkomsten van het recent aangekondigde kostenonderzoek een andere zienswijze kan geven op de nu	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

		voorgestelde uitgangspunten met betrekking tot het richttariefpercentage?	
18	Voorwoord	Deelt u het standpunt van de minister om de recent aangekondigde kortingen te verwerken? Zo nee, op welke wijze heeft u dit kenbaar gemaakt richting het ministerie c.q. bent u bereid dat we hierin samen met onze koepel in optrekken?	Zorgkantoren hebben een wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen. VWS heeft de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering, dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
19	Voorwoord	Het gepresenteerde zorginkoopbeleid van Menzis Zorgkantoor heeft betrekking op de periode 2024-2026. Onduidelijk is of de basis (lees: de landelijke visie waaraan alle zorgkantoren zich gecommitteerd hebben) betrekking heeft op de gelijke periode danwel de mogelijkheid bestaat dat periodiek tijdens de periode van 2024-20226 tot herijking van deze landelijke visie gekomen kan worden. Heeft Menzis Zorgkantoor dit gerealiseerd en op welke wijze wordt met deze onzekerheid rekening gehouden richting de zorgverlener?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden. Wijzigingen in de landelijk visie kunnen van invloed zijn op het inkoopbeleid van de zorgkantoren, waarbij we opmerken dat ons regionale inkoopbeleid voor 3 jaar vast staat. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 van het Regionaal Inkoopdocument 2024-2026 kunnen er wijzigingen in het beleid worden doorgevoerd.
20	Voorwoord	In het voorwoord geeft Menzis Zorgkantoor aan dat om betreffende clienten, die afhankelijk zijn van langdurige zorg, de gewenste zorg te kunnen blijven bieden met de zorgverlener gekeken zal worden naar hoe de langdurige zorg betaalbaar en kwalitatief goed kan worden georganiseerd om zo de toegankelijkheid van de kwetsbare client te kunnen waarborgen. Deze passage wekt de indruk dat Menzis Zorgkantoor de mening is toegedaan dat zorgverleners op dit moment niet efficient en kwalitatief goed werken. Op basis waarvan wordt deze conclusie voor onze stichting getrokken en op welke wijze ziet Menzis Zorgkantoor optimalisatiemogelijkheden naast de sturing welk reeds op kwaliteit en tarief in dit beleid worden afgedwongen?	Zoals in alle bedrijfsvoering kunnen processen altijd efficiënter en effectiever ingeregeld worden en dat geldt ook voor de zorg en andere sectoren. Daarom ontwikkelen wij een doelmatigheidsmodel.
21	Voorwoord	Is er bij het opstellen van het beleid inspraak geweest vanuit clientenvertegenwoordiging en verzekerden?	Ja, er is periodiek overleg met de regionale cliëntenraden.
22	Voorwoord	Wij merken op dat iedere vraag ook dient te worden gelezen als een melding van bezwaren/onduidelijkheden/onvolkomenheden zoals bedoeld in paragraaf 3.1.4 van het Regionaal Inkoopbeleid.	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan.
23	Voorwoord	p. 52 paragraaf 5.2. Menzis voorwaarden Wij vertegenwoordigen als bovenregionale coöperatie een groot aantal kleinschalige zorgaanbieders. Gelden de Menzis voorwaarden voor alle zorgaanbieders binnen onze cooperatie als we inschrijven op modules of is het voldoende	Indien de Coöperatie inschrijft en de contractpartner is, moet deze voldoen aan de voorwaarden, en aan de Menzis voorwaarden indien inschrijving op modules wordt overwogen.

		dat in de Menzis-regio een aantal van hen aantoonbaar kunnen voldoen aan álle basisvoorwaarden?	
24	Voorwoord	Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben wij er alle vertrouwen in dat we in samenwerking met Menzis Zorgkantoor de transformatie kunnen inzetten die nodig is om de ouderenzorg toekomstbestendig te organiseren, met behoud van beschikbaarheid en kwaliteit.	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan
25	Voorwoord	Hoe kijkt zorgkantoor Menzis aan tegen het vernieuwend verantwoorden en staan jullie er open voor? Dit om andere ander de administratieve lastendruk te verminderen.	In het kader van de Beleidsregel Experiment Vernieuwend verantwoorden heeft Menzis Zorgkantoor de afgelopen jaren haar medewerking verleend aan een aantal - door de Nza goedgekeurde - pilots. Het is op dit moment niet duidelijk hoe continuering van de Beleidsregel zal plaatsvinden. De huidige beleidsregel loopt tot en met 31 december 2023.
26	Voorwoord	p. 24 1.3.3 Verpleging en verzorging (V&V) Kleinschalige zorg wordt gestimuleerd. Echter de toegankelijkheid van de basis medisch generalistische zorg staat onder grote druk. Huisartsen weigeren steeds vaker cliënten die in kleinschalige geclusterde woonvormen wonen. Wat gaan de zorgkantoren hier in doen? Waar kunnen deze klanten zich melden?	Zorg via mpt en vpt wordt inderdaad gestimuleerd. Het is Menzis Zorgkantoor bekend dat het voor komt dat huisartsen ouderen met een zorgvraag die met een vpt wordt ingevuld, weigeren. Menzis is in gesprek met huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in subregio's, met als doel dit vraagstuk aan te pakken en wordt graag geïnformeerd over deze signalen, zodat actie kan worden ondernomen.
27	Voorwoord	p. 56 paragraaf 5.2.1 Overzicht Menzis voorwaarden Wij vertegenwoordigen als coöperatie ruim 250 kleinschalige zorgaanbieders met elk hun eigen onderneming, personeelsbeleid, (vastgoed)exploitatie en jaarrekening. Onze zorgaanbieders leveren uitsluitend WLZ-zorg op basis van MPT en VPT. Hoe verwacht het zorgkantoor van coöperaties de volgende zaken: - Verantwoording van de huisvestingscomponent - Inzichtelijk maken van zorgvastgoed exploitatie bij gescheiden wonen en zorg - Beleidsplan duurzame inzet van personeel - Vastgoedbeheerplan (voldoen aan Green Deal Duurzame zorg) - Samenwerkingsafspraken met onderwijsinstellingen en arbeidsovereenkomsten?	Wij verwachten van coöperaties, dat alle bij u aangesloten leden, de door uw genoemde punten in een beleidsplan geïmplementeerd hebben zodat ook verduurzaming van de zorg bij al uw leden ingeregeld is.
28	Voorwoord	Op pagina 22 geeft u aan dat het zorgkantoor van zorgaanbieders verwacht om vanaf 1-1-2024 geen groei wordt gerealiseerd in het aantal cliënten met een ZZP VG3,4 en LG2. Dit is niet in overeenstemming met de keuzevrijheid die Wlz geïndiceerde cliënten hebben. Wat zijn de consequenties voor de zorgaanbieder wanneer de cliënt met een ZZP VG3,	Menzis Zorgkantoor wil de inzet van mpt en vpt stimuleren in lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1..3.2. van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd.

		VG4 en LG2 kiest voor verblijf en niet voor VPT of MPT. Bent u dan bereid om de keuze van de cliënt te honoreren? Zo nee waarom niet?	
29	Voorwoord	Stichting Samen Zorgen, agb-code 43430711	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan
30	Voorwoord	Pag 10., 1.2. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor blijkt dat onze drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor alle drie de sectoren (GGZ, GZ en V&V). Wel zien we verschillen in de mate waarin zorgaanbieders binnen een regio stappen hebben gezet in de transitie of klaar zijn om de transitie aan te gaan. Dit is ons inziens erg abstract, worden hier voorbeelden van gedeeld?	Voor een nadere toelichting verwijzen wij u naar de link naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor, zoals genoemd in deze paragraaf.
31	Voorwoord	Datum: 15 juni 2023 Kenmerk: 44-MZ-KV-EH Onderwerp: Bezwaarschrift Careander inzake tariefsystematiek Geachte lezer , Careander maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis reele tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis niet. Richttariefpercentage	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geindexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijigingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model

Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%.

In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben.

In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg.

In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden.

In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent Careander dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd.

is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Wij handhaven ons beleid.

		In de vierde plaats maakt Careander bezwaar tegen het feit dat Menzis in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren.	
32	Voorwoord	Vervolg bezwaar: In de zesde plaats dient Careander de exploitatie sluitende te houden door een verlieslatende zorgverlening te compenseren door zeer weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege tekort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt Careander bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Menzis en verzoekt zij Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten. Tariefdifferentiatie Menzis hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is of, en zo ja in welke mate Careander in aanmerking kan komen voor tariefopslagen. Careander verzoekt Menzis dan ook i) te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en ii) een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor Careander navolgbaar is onder welke	Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid. Voor ZG-instellingen gelden dezelfde financiële voorwaarden.

		omstandigheden en in welke mate zij een beroep kan doen op tariefopslagen. ZG In uw Inkoopbeleid gaat u niet specifiek in op ZG. Het is daarmee onvoldoende transparant welke financiële voorwaarden komen te gelden voor ZG-instellingen, zodat niet kan worden vastgesteld of Menzis reële tarieven hanteert voor, onder andere, ZZP ZG-Aud3 en ZZP ZG-Vis5. Careander verzoekt Menzis dan ook te verduidelijken welke financiële voorwaarden worden gehanteerd voor ZG-instellingen en hoe Menzis hiertoe is gekomen. Careander ziet uw reactie op het bovenstaande bezwaar graag zo spoedig mogelijk tegemoet. Met vriendelijke groet, Afbeelding met handschrift, schets, kalligrafie, typografie Automatisch gegenereerde beschrijving Karin Veltstra Bestuurder a.i. Careander	
33	Voorwoord	Is er voldoende rekening gehouden met regionale en organisatiespecifieke aspecten? Wat is hiervan de onderbouwing? Geldt dan nog steeds dat voor 75% van de aanbieders in de Menzis regio het richttarief kostendekkend is?	Het richttariefpercentage is het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling en maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale tariefaanpassingen verder vormgeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. Middels dit zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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. Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal

			of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Het 75ste percentiel is landelijk bepaald.

Leeswijzer

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	Leeswijzer	U vraagt van zorgaanbieders om zich te verbinden voor een contractperiode van 3 jaar (2024-2026) met optionele verlengingen van 1 jaar (2027 en 2028) met tegelijkertijd voor het zorgkantoor volop disclaimers waarbij u eenzijdig tarieven en/of voorwaarden van de overeenkomst gedurende de looptijd aan kan passen. Tegen de mogelijkheid van tussentijdse aanpassing door het zorgkantoor maken wij bezwaar, gegeven de grote financiële onzekerheden die dit voor onze zorgorganisatie met zich mee kan brengen. - Onderschrijft u dat tussentijdse aanpassingen grote (financiële) risico's voor een zorgorganisatie met zich mee kunnen brengen? Zo nee, waarom niet? - Hoe denkt u dat het bestuur van de zorgorganisatie bij dit soort disclaimers kan instaan voor de financiële continuïteit van de organisatie?	Zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders dienen rekening te houden met (veranderende) wet- en regelgeving, ook gedurende de looptijd van de overeenkomst. Menzis Zorgkantoor begrijpt dat dit enige onzekerheid/risico's met zich meebrengt voor zorgaanbieders. Zorgaanbieders dienen hierin een afweging te maken.
2	Leeswijzer	2.4.2 Modules en opslagen blz 32 onderaan; Kopje Extra middelen VG7 Kunnen deze middelen ook ingezet worden bij een verzilvering van VG7 middels een MPT ?	Bij deze Nota van inlichtingen informeren we u over het aanvullend beleid over de inzet van deze middelen. Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar dit aanvullend beleid.
3	Leeswijzer	Wat betreft al onze hierna gestelde vragen geldt: Iedere vraag dient ook te worden gelezen als een melding van bezwaren/onduidelijkheden/onvolkomenheden zoals bedoeld in paragraaf 3.1.4 van het Regionaal Inkoopbeleid.	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan.
4	Leeswijzer	Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen de tariefsstelling van 95,5% in combinatie met een generieke korting wanneer het macro kader onvoldoende is. Wanneer het macrokader overschreden wordt en een generieke korting wordt toegepast kan de zorg niet kostendekkend worden gegeven. Dit is nu al het geval bij een MPT. Dit bezwaar wordt ingediend voor Nza-code 300-1675 en Nza-code 300-3083.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan staan de zorgkantoren er voor open om gezamenlijk het gesprek aan te gaan met VWS. De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen.

			Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen.
5	Leeswijzer	De nummering van de hoofdstukken/paragrafen in Mercell komt niet overeen met die van het document Regionaal Inkoopbeleid 2024 2026, hetgeen onhandig is. Waarom is hiervoor gekozen?	De nummering van de hoofdstukken/paragrafen in Mercell komen niet overeen met het Regionaal Inkoopbeleid. Vanwege een technische reden was het niet mogelijk om dit anders te regelen.
6	Leeswijzer	Betalingen 2.7 Voor intramuraal zorg veranderd niks is er nog een verandering betreft betaling voor MPT extramuraal ? (vb, extra voorschot etc.)	In bijlage 5 Declaratieprotocol Wlz 2024 leest u het proces omtrent betalingen en declaraties.
7	Leeswijzer	U benoemt het volgende: 'Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan uw tariefpercentage 2023 indien dit percentage lager is dan het richttariefpercentage'. Kunt u toelichten waarom een tariefafpraak uit het verleden gecontinueerd moet worden aangezien het een nieuw beleid, nieuwe periode en mogelijk ook nieuwe/aangepaste dienstverlening bij de zorgaanbieder betreft?	Deze stap blijft gehandhaafd. De gedachte achter de stap is dat het tariefpercentage niet standaard verhoogd zou moeten worden naar het richttariefpercentage, wanneer de zorgaanbieders eerder uitkonden met een lager percentage.
8	Leeswijzer	U benoemt het volgende: 'Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan uw tariefpercentage 2023 indien dit percentage lager is dan het richt-tariefpercentage'. Bent u van mening dat een zorgaanbieder die voldoet aan de kwaliteit-, dienstverlening- en doelmatigheidvoorwaarden recht heeft op een reëel kostendekkend tarief percentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
9	Leeswijzer	In uw leeswijzer staat de landelijke visie als bijlage benoemd, echter is het in deze aanbesteding als apart perceel in het MERCELL-portaal gezet. Waarom is dat? Dit kan niet kloppen, want op een visie kan niet ingeschreven worden? Kunt u gemotiveerd en onderbouwd toelichten waarom het is ingericht als twee percelen? En als dit in een fout betreft, wilt u dit	Door de landelijke visie als apart perceel op te nemen in Mercell hebben we deze visie duidelijk willen onderscheiden van de nadere invullling die wij als Menzis hebben opgeschreven in ons regionaal inkoopbeleid. Beide documenten geven tezamen het inkoopbeleid van Menzis weer. De vragen die in beide percelen zijn gesteld worden ook beantwoord. De percelen waarop u daadwerkelijk kunt inschrijven worden gepubliceerd op 7 juli 2023.

		dan herstellen? Uiteraard met beantwoording van de vragen die in dat perceel gesteld zijn.	
10	Leeswijzer	In de inkoopdocumenten ontbreekt nog bijlage 6 (Voorschrift zorgtoewijzing Wlz) van het inkoopbeleid. Het is voor ons niet mogelijk om te beoordelen of wij hier nog vragen over hebben.	Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Beide onderdelen kunnen van invloed zijn op de inhoud van het Voorschrift zorgtoewijzing. Dit is de reden dat deze later wordt gepubliceerd. Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
11	Leeswijzer	De vragen die door ons worden ingediend dienen geïnterpreteerd te worden als een melding van bezwaren/onduidelijkheden/onvolkomenheden zoals bedoeld in paragraaf 3.1.4 van het Regionaal Inkoopbeleid.	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan
12	Leeswijzer	Paragraaf 2.8: Indien de capaciteit van een organisatie in de loop van het jaar toeneemt, dit met kennis daarover van Menzis, op welke wijze houdt u in de herschikking daarmee rekening? Zo nee, hoe voldoet u dan aan het geld volgt cliënt principe?	De gepubliceerde herschikkingsystematiek is leidend. Eventuele aanpassingen daarop in overleg met uw zorginkoper is maatwerk.

1. Regionaal Beleid 2024, 2025 en 2026

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	1	De zorgaanbieder wordt gevraagd aan diverse projecten deel te nemen of informatie aan te leveren. Dit betreffen projecten / uitvragen welke op dit moment niet worden gevraagd aan de zorginstelling. Dit leidt tot een verzwaring van de belasting van onze medewerkers terwijl de tarieven naar beneden worden bijgesteld. Hoe zijn deze twee zaken volgens Menzis met elkaar te rijmen?	Inschrijven op een module is niet verplicht. De 4 landelijke bewegingen/de kanslijnen zijn niet nieuw. In het afgelopen jaar zijn wij al met zorgaanbieders in gesprek geweest over hoe zij inspelen op deze bewegingen. Wij zien de bewegingen ook terug in de jaarplannen voor 2023 en de meerjarenstrategie van zorgaanbieders. In elk voorstel (maximaal 4 A4, dus per aanbieder maximaal 12 A4) verwachten wij voor de betreffende beweging een concretere uitwerking van deze beweging uit de jaarplannen/meerjarenstrategie voor 2024 en verder. Wij sluiten aan bij waar zorgaanbieders al mee bezig zijn en zijn daarom van mening dat maximaal 4 A4 een beperkte administratieve last is in verhouding tot de contractomvang. Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
2	1	Wat betreft de deelname aan diverse projecten of het aanleveren van informatie worden de zorgaanbieders gevraagd zich aan te passen aan het tempo van het zorgkantoor in plaats van dat zij zelf haar tempo kan bepalen. Hoe gaat het zorgkantoor dit vormgeven zodat recht wordt gedaan aan de belangen van de zorgaanbieder?	Menzis Zorgkantoor stelt de kaders. Wanneer er zorgaanbieders zijn die een sneller tempo hebben en direct mee willen doen aan de projecten of het doelmatigheidsmodel, dan juichen wij dit toe en gaan we ervan uit dat we dit terug zien in de inschrijving.
3	1	Dag, Kan ik deze weken alvast de offerte indienen in verband met mijn vakantie of kan dit niet eerder dan 3 juli?	De start van de inschrijvingsmogelijkheid via Mercell begint op 7 juli 2023. Eerder is het niet mogelijk om in te schrijven.
4	1	Zijn opslagen op de tarieven jaarlijks te bepalen bijvoorbeeld een opslag ingaande 2025 in plaats van per 2024 ?	Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Voor 2024 dient u zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 uur in te schrijven op een module. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.

5	1	Er wordt verwacht dat zorgaanbieders zich houden aan de afspraken uit de Green Deal 3.0. Wordt hiermee impliciet bedoeld dat Menzis verwacht dat zorgaanbieders de Green Deal ook feitelijk ondertekenen?	Menzis Zorgkantoor en andere zorgverzekeraars verwachten dat zorgaanbieders zich commiteren aan de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en duurzaamheid verankeren in hun strategie. Onder committeren aan de Green Deal verstaan wij dat de zorgaanbieder de doelen van de Green Deal onderschrijft en daarnaar handelt.
6	1	“Het richttariefpercentage is landelijk bepaald op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend (inclusief resultaat) voor de Wlz is.” Op welke wijze is die 75% bepaald? Is daarbij rekening gehouden met alle kortingen die vanuit het ministerie van VWS worden doorgevoerd met ingang van 2024? Zoals de NHC korting, de generieke Wlz-tariefsverlaging en de korting vanwege de doorontwikkeling op de kwaliteitsmiddelen? Graag uw toelichting.	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen." 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.
7	1	We zouden de zelfredzaamheid van de klant en de inzet van de omgeving moeten vergroten. Het gaat hier om intramurale zorg. Hoe ziet u dit voor zich?	Ook in de intramurale zorg kan de zelfredzaamheid van de klant worden vergroot. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het inzetten van Medido in de intramurale zorg, zodat de klant de eigen regie over zijn medicatie kan behouden.
8	1	In_welke mate en op welke wijze heeft het zorgkantoor onafhankelijke clientondersteuning in regio Groningen gerealiseerd?	Op onze website hebben wij het nieuwe inkoopbeleid voor onafhankelijke cliëntondersteuning 2024-2025 gepubliceerd. Hierin kunt u lezen in welke mate en op welke wijze wij dit realiseren. Op dit moment zijn Zorgbelang Groningen, Mee Groningen, Stichting Clionn Partisipaasje en Thuis in Clientondersteuning de organisaties die zijn gecontracteerd.

9	1	In_welke mate is de visie van 'regiodeal Oost-Groningen van leefbaarheid naar toekomstkracht' meegewogen in het regionaal inkoopbeleid van Menzis?	De regiodeal Oost-Groningen is niet meegenomen in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 van Menzis Zorgkantoor.
10	1	In_welke mate is het Inkoopbeleid Menzis aangesloten op de visie van de 'regionale woondeal 2022-2030 regio Oost-Groningen'?	De regiodeal Oost-Groningen is een meerjarige samenwerking tussen het Rijk, de provincie Groningen en de gemeenten Oost Groningen. Het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 van Menzis Zorgkantoor is hierop niet aangesloten.
11	1	Waar_is het geloof in de grotere zelfredzaamheid van de klant op gebaseerd?	Uit onderzoek van onder andere Movisie blijkt dat bij ouderen met gezondheidsproblemen, het niet de gezondheidsproblemen zelf zijn die het welbevinden van ouderen verminderen. Dat was de vermindering van zelfvertrouwen, vertrouwen in eigen competenties en eigen regie die gepaard gaan met gezondheidsproblemen. Wanneer men weer meer het gevoel krijgt dat ze hun leven in eigen hand hebben, dan neemt het gevoel van welbevinden toe.
12	1	Kan_het geloof in een grotere zelfredzaamheid onderbouwd worden voor de regio Groningen?	Wij geloven dat zorgaanbierders de zelfredzaamheid van klanten meer kunnen vergroten wanneer vanaf het begin van zorgverlening/bij de intake het zorgleefplan bespreekbaar wordt gemaakt. Door met de klant te bespreken wat hij/zij zelf kan en dit regelmatig terug te laten komen.
13	1	Waar_is het geloof in de grotere rol van het netwerk op gebaseerd?	De overheid wil dat we zoveel mogelijk ons eigen netwerk inschakelen als we hulp nodig hebben. Deze intentie hebben veel burgers ook, dit horen wij ook terug van mantelzorg organisaties en clientenraden
14	1	Wij_vragen uw visie op de externe ontwikkelingen (randvoorwaarden) v.s. haalbaarheid/realistisch in regio Oost-Groningen.	De relevante externe ontwikkelingen (waaronder overheveling Behandeling) is onvoldoende bekend. Hierdoor kunnen wij de haalbaarheid voor de regio Oost-Groningen niet inschatten.
15	1	Regiobeeld:_hoe verhouden de specifieke kenmerken voor Groningen, zowel provinciaal als gemeentelijk niveau, uit het regiobeeld zich tot het inkoopbeleid.	Menzis Zorgkantoor heeft oog voor de regionale situatie. Door (onder andere) rekening te houden met het Groninger Zorgakkoord, houdt Menzis Zorgkantoor rekening met de specifieke kenmerken voor Groningen in het inkoopbeleid (zie paragraaf 1.2).
16	1	Op_welke wijze neemt u de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid en de aanbestedingsbeginselen in acht?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 in overeenstemming is met de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid en de aanbestedingsbeginselen. Mocht de vragensteller van mening zijn dat dit niet het geval zou zijn, lag het op de weg van de vragensteller om in de vraag duidelijk aan te geven op welke aspecten van het regionale inkoopbeleid volgens de vragensteller hier niet aan wordt voldaan.
17	1	Hebben_we cliëntondersteuning in de regio?	Ja, er is onafhankelijke cliëntondersteuning in de regio. Op onze website hebben wij het nieuwe inkoopbeleid voor onafhankelijke cliëntondersteuning 2024-2025 gepubliceerd. Hierin kunt u lezen in welke mate en op

			welke wijze wij dit realiseren. Op dit moment zijn Zorgbelang Groningen, Mee Groningen, Stichting Clionn Partisipaasje en Thuis in cliëntondersteuning gecontracteerd in zorgkantoorregio Groningen.
18	1	Wat_wordt er concreet verwacht van zorgaanbieders in de samenwerking met de onafhankelijke clientondersteuners?	De zorgaanbieders kunnen klanten verwijzen naar de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO), zodat ze goed geïnformeerd voor de juiste leveringsvorm of zorgaanbieder kiezen. De OCO geeft informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling.
19	1	Hoe_ziet de scherpe rolverderling tussen zorgkantoor en onafhankelijke clientondersteuner eruit?	Zowel de afdeling Zorgadvies als de onafhankelijke cliëntondersteuning geeft informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling. Het verschil is dat de onafhankelijke cliëntondersteuner onafhankelijk is. Een hele scherpe rolverdeling is niet aanwezig, waardoor de rollen niet altijd duidelijk zijn.
20	1	Wat_wordt bedoeld met de zinnen "Wel zien we verschillen in de mate waarin zorgaanbieders binnen een regio stappen hebben gezet in de transitie of klaar zijn om de transitie aan te gaan. Om deze reden maken we in ons regionale zorginkoopbeleid geen onderscheid naar regio, maar kijken we samen met de zorgaanbieders in de regio welke stappen en veranderingen gewenst zijn." (pagina 10) ?	Menzis Zorgkantoor ziet in alle regio's dat qua 'extramuralisering' van zware zorg stappen gezet kunnen worden.
21	1	Er_wordt geen onderscheid gemaakt in regio, maar wat betekent dit voor onze organisatie in Oost-Groningen waar sprake is van regionaal specifieke eigenschappen (zie regiobeeld)? In het regiobeeld uit u zelf uw zorgen over deze regio, maar daarvan zien wij in het inkoopbeleid niets van terug. Dat geldt in het bijzonder ten aanzien van de inspanningen ten aanzien van een toename van cliënten met een mpt of vpt, die in onze specifieke regio in aanzienlijk mindere mate tot uitvoer kunnen worden gelegd vanwege de (financiele) kwetsbaarheid avn de bewoners in deze regio.	In paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid is aangegeven op welke wijze Menzis Zorgkantoor rekening houdt met regionale factoren. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis oog voor de regionale situatie zoals de afspraken met VWS, zorgaanbieders en Menzis Zorgkantoor in het Groninger Zorgakkoord.
22	1	Waar_is de verwachting van het gebruik van bewezen technologie op gebaseerd?	Vilans heeft tijdbesparende technologieën voor de ouderenzorg in kaart gebracht. Hieruit bleek dat diverse zorgtechnologieën in potentie tijdbesparing op de werkvloer met zich meebrengen.
23	1	Welke_verschillen in de mate waarin zorgaanbieders klaar zijn voor de transitie worden gezien door Menzis?	Het gaat om het besef dat er een transitie noodzakelijk is en dat we daar gezamenlijk aan werken. We hebben gezien dat zorgaanbieders verschillen in de mate van het oppakken van zaken die wij in ons beleid hebben opgenomen.
24	1	Op_welke manier heeft Menzis zorgaanbieders betrokken bij de totstandkoming van het inkoopbeleid?	Menzis Zorgkantoor heeft in 2022 zorgaanbiedersbijeenkomsten gehouden om input te krijgen van zorgaanbieders over inhoudelijke thema's ten behoeve van het zorginkoopbeleid 2024. In 2023 zijn er regionale

			bijeenkomsten gehouden om de zorgaanbieders te informeren en om input op te halen. Door input te geven konden zorgaanbieders betrokken raken bij het inkoopbeleid 2024 en verder.
25	1	Regio-_en organisatie specifiek: grotere rol sociaal netwerk? Wat wordt hier precies mee bedoeld?	We verwachten dat er meer gevraagd mag worden van de naasten/mantelzorg/buurt en daarom verwachten wij een grotere rol van het sociale netwerk.
26	1	Regio-_en organisatie specifiek: groter wordende complexiteit en kwetsbare klanten? Hoe ziet Menzis deze ontwikkeling in relatie tot de in te zetten beweging?	Door krapte op de arbeidsmarkt en een grote toename van ouderen streven wij ernaar dat er nog steeds een keuze is. Ook al zijn de mogelijkheden beperkt. Dat betreft niet alleen keuze in leveringsvorm (eerst in mpt, dan in vpt, tot slot intramuraal) maar ook in zorgaanbieder. Zodat de meest kwetsbare en complexe klanten daar waar nodig intramuraal opgenomen kunnen worden.
27	1	Regio-_en organisatie specifiek: grotere zelfredzaamheid klant? 'Leefkracht' - verwachten dat organisatie dit en inzet omgeving vergroot. Is dat realistisch bij onze klanten?	Zorgaanbieders, mantelzorgers en naasten vormen een groot netwerk in de eigen omgeving van de klant. Hierdoor kan de leefkracht van de klant behouden of vergroot worden. Of dit voor uw klanten realistisch is, kunnen wij hier niet inschatten.
28	1	Om_te sturen op digitale zorg en mogelijkheden dient de infrastructuur geschikt te zijn. Worden hier financiele middelen voor vrijgemaakt (ook in het kader NHC)?	Menzis Zorgkantoor stelt geen financiële middelen beschikbaar om de infrastructuur voor digitale zorg op orde te krijgen.
29	1	Organisatiespecifiek:_vanzelfsprekendheid van digitale zorg is in onze organisatie niet zo. Is er ruimte om hier naartoe te werken? Op welke wijze kan deze stap (budgettair) gemaakt worden? Wie bepaald het tempo? De organisatie of het zorgkantoor? In lijn arbeidsbesparing en leveren van zorg op afstand - sluit dat aan bij mensen woonachtig in deze regio en bij de fase van digivaardigheid van onze medewerkers?	Zowel in de kwaliteitsgelden VV sector als in de honoreringslijst VV van de afgelopen 5 jaar hebben zorgaanbieders inzet van digitale zorg vergoed kunnen krijgen. Vanzelfsprekendheid van digitale zorg moet aanwezig zijn in de organisatie, anders kun je niet vernieuwen. Het tempo wordt nu vooral door de demografische ontwikkelingen bepaald. Door de module digitale zorg kan een organisatie een verdere stimulans krijgen om hierop in te zetten.
30	1	Wie_bepaalt het tempo en de richting van de transformatie naar doelmatige inzet van de zorg? "Menzis wil graag in gesprek over een gezonde toekomstige bedrijfsvoering." Gaan ze daarmee niet over een grens?	Het is een van de taken van het zorgkantoor om doelmatige zorg in te kopen, Menzis zorgkantoor stelt daar nu kaders voor op. Een gezonde bedrijfsvoering heeft invloed op de betaalbaarheid van de zorg en is daarmee een relevant gespreksonderwerp.
31	1	Op_welke wijze is rekening gehouden met regionale factoren die belemmeren/versterken?	In paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid is aangegeven op welke wijze Menzis Zorgkantoor rekening houdt met regionale factoren. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis oog voor de regionale situatie.

32	1	Op_welke wijze zijn organisatiespecifieke kenmerken die van invloed zijn meegenomen in de totstandkoming van het regionaal inkoopbeleid?	Het regionaal inkoopbeleid 2024 en verder bespreekt diverse thema's gebaseerd op een totaalbeeld. Specificieke organisatiekenmerken hebben hierop geen directe invloed
33	1	1.3.3,2 bladzijde 24 thuis als het kan, leveren van VPT gespikkeld mits u kan aantonen hoe dit verantwoord en doelmatig is. In de wijkverpleging geldt de norm bij een oproep/alarmering direct telefonisch contact (al dan niet via zorgcentrale) waarbij een gewenst zorg moment een aanrijtijd van maximaal 30 minuten geldt. Welke norm geldt voor een dergelijke oproep in geval van VPT?	In de Nza wet- en regelgeving vpt is geen norm genoemd waarin is aangegeven hoe snel na een oproep zorgmedewerkers aanwezig moeten zijn. We gaan ervanuit dat u passend bij de zorgvraag beschikbaar bent om de zorg te leveren.
34	1	Mogen modules overstijgend over de verschillende doelgroepen beantwoord worden? (GZ/GGZ/V&V) Of wordt dit apart van elkaar gezien.	Voor de modules schrijft u in op de modules die voor uw sector die bij uw organisatie dominant is (meer dan 50% van uw klanten). In deze modules kunt u aangeven op welke wijze de overige sectoren worden meegenomen in uw voorgestelde beweging.
35	1	Zorgaanbieder heeft een klein percentage GGZ cliënten. Hoe verhoudt het beperkte aantal WLZ GGZ cliënten van de zorgaanbieder zich tot de voorwaarde van het hebben van een betaalde en geschoolde ervaringsdeskundige (GGZ) zich?	De voorwaarde voor het in dienst hebben en inzetten van betaalde en geschoolde ervaringsdeskundige is van toepassing op de inschrijvingen voor de modules GGZ. Aangezien u aangeeft dat slechts een klein percentage van uw clienten GGZ indicatie heeft zullen de modules van de GZ/V&V voor u van toepassing zijn. Bij deze modules is deze voorwaarde (betaalde en geschoolde ervaringsdeskundige) niet van toepassing.
36	1	Waaraan moeten onze woningen voldoen bij een VG 5 en hoger en LG 3 en hoger? Wat zijn de minimale eisen?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar de van toepassing zijnde Bouwregelgeving zoals het Bouwbesluit; https://rijksoverheid.bouwbesluit.com/Inhoud/docs/wet/bb2012
37	1	GGZ is maar een klein onderdeel van ons, willen we erop inschrijven? (dan worden we ook dossierhouder voor clienten met een GGZ 1, 2 en 3). Als we ons niet inschrijven, wat betekent dit voor onze huidige GGZ cliënten?	U bent dossierhouder voor cliënten die bij u in zorg zijn. Mocht u zich niet inschrijven voor deze contractperiode dan verwachten wij dat de cliënten in zorg naar een passende zorgaanbieder worden doorbemiddeld of dat u via PGB deze zorg blijft aanbieden
38	1	Moeten voorwaarden al in gang gezet zijn of mogen het plannen zijn?	Wij gaan ervan uit dat u met uw vraag doelt op de Menzis voorwaarden, zoals beschreven in paragraaf 5.2 van ons Regionaal Inkoopdocument 2024-2026. Aan deze voorwaarden moet u - om te kunnen inschrijven op modules - voldoen op moment van inschrijven. Verder verwijzen u voor uw vraag naar genoemde paragraaf 5.2
39	1	Welke indicatoren hanteren jullie voor goed werkgeverschap en hoe verhoudt zich dat tot betaalbaarheid van de zorg/gezonde bedrijfsvoering.	Wat wij onder goed werkgeverschap verstaan en hoe wij dit monitoren, staat beschreven in paragraaf 5.2. onder Goed werkgeverschap. Goed werkgeverschap draagt bij aan een gezonde bedrijfsvoering en betaalbaarheid van zorg. Een resultaat van Goed werkgeverschap kan bijvoorbeeld zijn het terugdringen van inzet van PNIL.

40	1	Artikel 1 F bepaalt dat enkele bijlagen (waaronder het Voorschrift Zorgtoewijzing en de instemmingsverklaring) van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Het betreft de telkens meest actuele versie van deze documenten: het gaat hier om een eenzijdig wijzigingsbeding. Wij maken bezwaar tegen dit artikel waarbij ons bezwaar zich richt op de gecursiveerde zinsnede, die inhoudt dat op voorhand instemming wordt gevraagd voor documenten die gedurende de looptijd van de overeenkomst eenzijdig door het Zorgkantoor (kunnen) worden aangepast. Wij achten het onredelijk dat wij geacht worden in te stemmen met documenten die wij niet kennen. Bent u bereid om bij wijziging van de documenten die integraal onderdeel uitmaken de geactualiseerde versie ter instemming voor te leggen aan de zorgaanbieder. Zo nee, waarom niet?	Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
41	1	U schrijft in uw inkoopdocument: “Als gevolg van de toenemende druk op de langdurige zorg zullen de normen voor kwaliteit van zorg en de manier waarop kwaliteit ervaren wordt, veranderen” Kunt u aangeven of dat voor 2024 al het geval is, en welke kwaliteitsnormen mogelijk zullen veranderen?	In paragraaf 1.2.3 zullen we 'normen voor kwaliteit van zorg' wijzigen in 'definitie van kwaliteit'. Met deze aanpassing verwijzen wij u voor het antwoord op uw vraag naar paragraaf 2.5 van de landelijke 'Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg'.
42	1	Kan Menzis uitleggen waarom er voor de gebiedende en sturende toon in het regionale inkoopbeleid is gekozen?	Menzis Zorgkantoor wil met het regionale inkoopbeleid de transitie in de regio op gang brengen.
43	1	Dit regionale inkoopbeleid getuigd niet van samenwerken en vertrouwen hebben in de zorgaanbieders om de enorme opgave waar wij met zijn allen voor staan samen aan te pakken. Wat is hiervoor de aanleiding bij Menzis?	Menzis Zorgkantoor begrijp deze vraag aldus dat de vraag betrekking heeft op het te contracteren tarief. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor heeft daarbij wel degelijk oog voor de situatie van individuele zorgaanbieders en hoopt daarmee een betrouwbare en bereikbare partner te blijven voor de zorgaanbieders.
44	1	Wij maken bezwaar tegen het inkoopbeleid van Menzis zoals door de VGN is verwoord in het aan te spannen kort geding.	Menzis kan zich niet vinden in de bezwaren zoals die (onder andere) door VGN zijn verwoord in de dagvaarding.

		Kan Menzis zich vinden in de bezwaren zoals die door de VGN zijn verwoord?	
45	1	AANGETEKEND Menzis Zorgkantoor Afdeling Bezwaar & Klacht Wlz Postbus 477 7500 AL ENSCHEDE Datum: 14 juni 2023 Onderwerp: bezwaar zorgaanbieder tegen Inkoopbeleid Langdurige zorg 2024-2026 Geachte heer/mevrouw, zorgaanbieders maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis Zorgkantoor in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis Zorgkantoor gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis Zorgkantoor reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis Zorgkantoor dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis Zorgkantoor niet. Richttariefpercentage Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%. In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Menzis Zorgkantoor wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Menzis Zorgkantoor zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Menzis Zorgkantoor in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geïndexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijgingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.

gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent zorgaanbieders dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd. In de vierde plaats maakt zorgaanbieders bezwaar tegen het feit dat Menzis Zorgkantoor in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren. In de zesde plaats dient zorgaanbieders de exploitatie sluitende te houden door een verlieslatende zorgverlening te compenseren door zeer weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege tekort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt zorgaanbieders bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Menzis Zorgkantoor en verzoekt zij Menzis Zorgkantoor een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten. Tariefdifferentiatie Menzis Zorgkantoor hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis Zorgkantoor heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is of, en zo ja in welke mate zorgaanbieders in

		aanmerking kan komen voor tariefopslagen. Zorgaanbieder verzoekt Menzis Zorgkantoor dan ook i) te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en ii) een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor zorgaanbieder navolgbaar is onder welke omstandigheden en in welke mate zij een beroep kan doen op tariefopslagen. Zorgaanbieder ziet uw reactie op het bovenstaande bezwaar graag zo spoedig mogelijk tegemoet. Met vriendelijke groet, Met vriendelijke groet, Zorgaanbieder	
46	1	Wat zijn de ontwikkelingen van de VV4? In het inkoopbeleid van Menzis wordt hier niets over vermeld, maar van andere zorgkantoren is bekend dat de financiering van de VV4 intramuraal wijzigt naar WLZ zorg thuis. Wat is het standpunt van Menzis?	Wij volgen hierin de landelijke ontwikkelingen. Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
47	1	Het lijkt dat de bureaucratie rondom de zorginkoop steeds verder toeneemt en we willen het zorgkantoor oproepen om hun transformatie zichtbaar te maken zodat ook daar met minder mensen en minder geld effectiever gewerkt gaat worden zodat we de lasten meer gelijkelijk verdelen	Menzis Zorgkantoor maakt in het Regionaal Inkoopbeleid al transparant hoe de transformatie naar vernieuwing in de zorg moet plaatsvinden. Onder andere door een overeenkomst voor 3 jaar aan te bieden pogen we de administratieve lasten laag te houden. Verder worden de administratieve lasten waar mogelijk laag gehouden. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het aantal documenten dat bestaande aanbieders moeten aanleveren.
48	1	U stelt: Als mpt geen passende leveringsvorm is, levert u de zorg bij voorkeur via vpt. Wij zien vpt als manier om de zorg zoveel mogelijk vanuit de thuisomgeving te leveren. Wat als dit maar beperkt mogelijk is binnen onze organisatie, gelet op onze doelgroepen?	Menzis Zorgkantoor verwacht van zorgaanbieders dat zij de beweging maken om zorg thuis aan te bieden. Wij realiseren ons dat de module niet voor alle doelgroepen binnen de GGZ geschikt is. Wij verwachten dan ook in uw voorstel voor welke doelgroepen u de beweging wil inzetten.
49	1	Pag 12, 1.2.2. U schrijft: We verwachten van onze gecontracteerde zorgaanbieders dat digitale zorg vanzelfsprekend is. We moeten samen verschuiven naar een digital first mindset. We zouden hier graag een nuance in zien, namelijk toevoegen: ndien dit mogelijk is binnen de complexiteit van de doelgroep	Technologie/digitale zorg kan helpen om het leven voor mensen met een complexe zorgvraag aangenamer te maken. Er is ook voor deze groep veel mogelijk om in te zetten maar je moet wel naar de cliënt kijken wat het meest passend is. We nemen uw voorstel tot nuance niet over
50	1.1	Er wordt gestuurd op uitgangspunten WOZO. In het kader van transparante uitleg, waaruit blijkt dat?	De uitgangspunten van WOZO zijn in het Regionaal inkoopbeleid 2024-2026 verwerkt onder andere in 1.1.1. de 4 bewegingen uit de landelijke visie.
51	1.1	Gesteld wordt dat er een meerjarenafspraak wordt gemaakt zodat zorgaanbieders meer financiële zekerheid hebben. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, waaruit blijkt dat met een laag richtlijnpercentage en een lagere NHC? En hoe verhoudt zich dat, tot het feit dat u lopende het contract modules wel of niet toevoegt?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven met meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

52	1.1	Pg 7, WOZO Menzis sluit bij het programma WOZO aan “door in onze inkoop vooral te sturen op leveringsvormen voor zorg thuis”. Vraag: We vragen aan Menzis een inhoudelijke toelichting, hoe het zorgkantoor Menzis monitort en waarborgt dat er voldoende toegankelijke, duurzame verpleeghuiszorg capaciteit (verblijfszorg) en de benodigde middelen daartoe blijft in de regio’s.	Menzis Zorgkantoor monitort de komende jaren hoe het aantal klanten met leveringsvorm intramuraal, mpt en vpt zich ontwikkelt. De zorginkoper gaat deze gegevens met de zorgaanbieder bespreken. De procedure voor vaststellen van de intramurale capaciteit per zorgaanbieder is beschreven in paragraaf 1.3.3.
53	1.1	Zorgorganisatie helpt graag het (landelijk) inkoopbeleid van Menzis vorm te geven door zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Op welke wijze kun je als (kleine) zorgorganisatie in aanmerking komen voor de transitiegelden uit IZA, GALA en TAZ?	Om in aanmerking te komen voor de transformatiegelden IZA kunnen zorgaanbieders plannen indienen bij de zorgverzekeraar in de regio waar zij werkzaam zijn. Het plan wordt vervolgens door de twee grootste zorgverzekeraars in een regio beoordeeld. Het aanvragen van de middelen voor GALA is voorbehouden aan gemeenten en kunnen dus niet door zorgaanbieders aangevraagd worden.
54	1.1	Zorgorganisatie levert heden GZ en GGZ in verschillende producten (ambulant, langdurig in VPT). Het huidige contract staat op GZ. Is het mogelijk om voor zowel GZ en GGZ een contract te krijgen teneinde de wachtlijsten en betreffende zorgvraag in de regio adequaat op te lossen.	Het is niet nodig om zowel een GZ- als GGZ-contract te hebben om deze doelgroepen te bedienen. Uw verwijzing richting de wachtlijsten is voor ons niet duidelijk.
55	1.1	De overheid is naast thema's uit de landelijke visie ook grenzen stellen aan de groei van de zorgkosten. Dit komt niet terug in thema's. Dit uitgangspunt voor komende jaren is van invloed op de uitwerking en de afspraken. Hoe wordt dit uitgangspunt hierbij betrokken?	Ons inkoopbeleid is opgesteld om juist ook te anticiperen op een beperkte groei van het Wlz-budget en om de langdurige zorg betaalbaar te houden. Dit komt onder andere terug bij de vernieuwing van zorg en het thema doelmatigheid
56	1.1	U schrijft 'vooral te sturen op leveringsvormen van zorg thuis'. Deze sturing gaat voorbij aan de sociaal economische omstandigheden in de regio Groningen waar veelal sprake is van lage inkomens. Een leveringsvorm als vpt is niet voor iedere inwoner financieel haalbaar. Hoe verhoudt uw inkoopbeleid zich tot dit gegeven en tot uw eigen constateringen over de sociaal economische omstandigheden zoals weergegeven in het meest recente door u opgeleverde regiobeeld?	Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd. Wij verwachten dat zorgaanbieders met de klant in gesprek gaan om te kijken wat passende zorg is.
57	1.1	onder WOZO U schrijft 'vooral te sturen op leveringsvormen van zorg thuis'. In uw inkoop dient u echter ook rekening te houden met zorg die in de intramurale setting wordt geleverd. Gezien de toename van zorgzwaarte blijft die setting de komende jaren nog even belangrijk. Kunt u aangeven hoe u kijkt naar de intramurale zorg en hoe u denkt dat deze adequaat	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Indien de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend. Ook dit is onderdeel van het inkoopbeleid.

		uitgevoerd kan worden met een inkoopbeleid dat zich 'vooral richt op zorg thuis'?	
58	1.1	U schrijft 'vooral te sturen op leveringsvormen van zorg thuis'. Dit gaat er vanuit dat iedere zorgmedewerker in de wijk danwel bij mensen thuis wil werken. In de praktijk is dit niet het geval: medewerkers kiezen bewust voor werken bij mensen thuis of juist in een intramurale setting. Een zorgmedewerker is geen pion die door de werkgever heen en weer geschoven kan worden over een bord. Hoe verhoudt uw inkoopbeleid zich tot het behoud van zorgpersoneel en werkplezier, zoals in de alinea over TAZ ook verwoordt?	We verwachten dat de zorgaanbieder goed werkgeverschap toont en kijkt naar behoud van werkplezier van de medewerker in een veranderend zorglandschap.
59	1.1	onder gala p8 U schrijft in deze alinea over 'voorkomen dat mensen ziek worden en het 'dempen van instroom in de Wlz'. Kunt u aangeven wat u hiermee bedoelt ten aanzien van de zorg voor ouderen? Met het ouder worden krijgen mensen nu eenmaal ouderdomskwalen, vaak in comorbiditeit. Kunt u aangeven wat u in deze context dan verstaat onder 'preventie' en 'demping naar de Wlz'?	Onder preventie kunt u denken aan leefstijlinterventies of interventies als Reablement, maar ook meer bewegen zodat ouderen actiever en fitter worden waardoor minder zorg nodig is en mogelijk een lagere instroom richting de WLZ.
60	1.1	Aansluiten van zorgkantoor op de beweging van het WOZO-programma (meer extramuraal MPT en VPT) strookt niet met huidige wetgeving waarin cliënten binnen de Wet langdurige zorg recht hebben op zorg met verblijf. Hoe kan het dat de financiering middels de modules hier volop op inzet terwijl wet-en regelgeving hiervoor nog niet op orde is?	Menzis Zorgkantoor verwacht dat de zorgaanbieder de klant actief wijst op de leveringsvormen mpt en vpt. De keuzevrijheid van de klant is leidend.
61	1.1	Op dit moment kunnen clienten aangeven welke zorglocatie hun voorkeur heeft en wordt daarmee een zogenaamde "dossierhouder" toegewezen. Op welke wijze gaat dit veranderen met het verstevigen van de inzet van clientondersteuning vanuit het Zorgkantoor?	1. De rol van de zorgaanbieder gaat niet wezenlijk veranderen. In het voorschrift zorgtoewijzing staan de rollen van de diverse functies dossierhouder, coördinator zorg thuis beschreven. 2. De (onafhankelijke) cliëntondersteuner kan de klant ondersteunen om voor de juiste zorgaanbod te kiezen
62	1.1	Op bladzijde 7 van het regionaal inkoopbeleid staat onder TAZ dat de toegevoegde waarde van leren en ontwikkelen wordt gezien. Leren en ontwikkelen betekent over het algemeen hogere inschaling van personeel. Door het stimuleren van leren en ontwikkelen met een hogere inschaling van het personeel als gevolg, blijft de zorg niet toegankelijk en betaalbaar. Op welke wijze denkt Menzis zorgkantoor de	Menzis Zorgkantoor is van mening dat leren en ontwikkelen, en leren om te gaan met de transitie in de langdurige zorg, essentieel is voor duurzame toegankelijkheid van zorg. De tarieven voor zorg bieden standaard de mogelijkheid om de kosten voor leren en ontwikkelen te bekostigen. Daarnaast kan daarvoor een beroep worden gedaan op onder meer sectorfondsen.

		combinatie tussen leren en ontwikkelen en de zorg toegankelijk en betaalbaar houden, te kunnen realiseren?	
63	1.1	7. Pagina 17: In de visie op de zorg per sector wordt ingezet op ‘Thuis als het kan’. Mensen met een Wlz-indicatie hebben volgens de Rijksoverheid altijd recht op verblijf in een zorginstelling. Daarnaast indiceert de zorgaanbieder niet en kan daarmee geen verantwoordelijkheid dragen voor het aantal Wlz-indicaties inclusief verblijf. Op welke wijze gaat u cliënten informeren dat u de wens heeft om de indicatie met verblijf thuis in te willen zetten.	Menzis Zorgkantoor stimuleert de inzet van mpt en vpt en communiceert dit actief, ook naar cliënten. In de situatie dat de cliënt geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de cliënt leidend.
64	1.1	2. In de disclaimer schrijft Menzis ‘De zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in het visiedocument toe te passen. Dit geldt met name als de overheid na bekendmaking van deze documenten maatregelen treft die van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte……’ De zorgaanbieder zou zich dus voor 3 tot 5 jaar verbinden terwijl de visie tussentijds nog aangepast kan worden, waarbij de (financiële) effecten niet duidelijk zijn. Wij maken bezwaar tegen deze mogelijke eenzijdige wijzingen alsook de mogelijke effecten van deze wijzigingen op de komende jaren.	Zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders dienen rekening te houden met (veranderende) wet- en regelgeving van de overheid. Menzis Zorgkantoor begrijpt dat dit enige onzekerheid/risico's met zich meebrengt voor zorgaanbieders, maar van Zorgkantoren kan niet verlangd worden dat zij deze maatregelen/verplichtingen niet doorvoeren in hun beleid c.q. het beleid daarop aanpassen.
65	1.1.1	Het aanspreken van het netwerk is erg complex. Als organisatie kan die wens en het beleid er zijn echter is het netwerk soms ook overbelast, beperkt, laten ouders kinderen in de steek en zijn vrijwilligers moeilijk te werven. Hier wordt onvoldoende rekening mee gehouden in het beleid. Het aanspreken van het netwerk is zeer, zeer complex! Hoe moeten ouders zorgen bij een full time baan? Hoe moeten vrijwilligers geworven en behouden worden in een overvolle maatschappij? Waarom wordt de proffesionel bij niet zorgtaken buiten spel gezet?	De zorgporfessional wordt door ons niet buitespel gezet bij niet zorgtaken. Vanwege de op ons afkomende krapte op de arbeidsmarkt en toename van klanten in de WLZ zetten wij in op maximale benutting van het netwerk van de klant. Uiteraard voor zover dat mogelijk en verantwoord is
66	1.1.1	Blz 24: punt 2. Thuis als het kan Is het ontwikkelen van deeltijdverblijf inclusief behandeling een optie binnen deze module?	Het ontwikkelen van deeltijdverblijf is geen onderdeel van deze module
67	1.1.1	Organiseren van een passend zorgaanbod voor complexe en kwetsbare doelgroepen. Vindt Menzis dat een passend zorgaanbod alleen noodzakelijk is voor complexe en kwetsbare doelgroepen?	Passende zorg geldt voor alle klanten met een Wlz-indicatie, zodat ze op een verantwoorde manier hun zorg (zo mogelijk eerst mpt, dan vpt en tot slot verblijfszorg) verzilverd kunnen krijgen.

68	1.1.1	Het zorgkantoor heeft aandacht voor innovatie. Hier staat beschreven dat innovaties worden benut doordat zorgaanbieders innovaties implementeren die bij andere zorgaanbieders bewezen succesvol bewezen zijn. Hoe worden bewezen innovaties gedeeld met andere organisaties?	Vanuit het Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn worden allerlei innovaties in beeld gebracht die inzichtelijk zijn voor zorgaanbieders. Daarnaast verwachten wij dat binnen brancheverenigingen aandacht is voor dit thema. Verder verwachten wij van onze zorgaanbieders proactief kennis te delen over succesvolle innovaties, maar ook een actieve houding om bij collega aanbieders kennis op te halen.
69	1.1.1	Passend zorgaanbod, vragen: - wat wordt bedoeld met passend zorgaanbod? - Hoe kunnen we dat realiseren en met welk doel? Graag een toelichting. - In de regio zijn al verschillende pogingen gedaan met zorgaanbieders om tot een passend zorgaanbod te komen voor complexe en kwetsbare doelgroepen. Dit komt niet van de grond mede vanwege financiering en domeinoverstijgende vraagstukken. Het is wenselijk dat Menzis hiervoor een sturende en ondersteunende rol gaat vervullen. Ziet Menzis deze rol ook zo voor zichzelf? Graag een toelichting.	Menzis Zorgkantoor stelt vast dat voor verschillende zorgprofielen samenwerking tussen sectoren en domeinen gewenst is teneinde de passende zorg te kunnen leveren. Menzis Zorgkantoor wil daarin een rol spelen, binnen de (formele en juridische) kaders waarmee een zorgkantoor te maken heeft.
70	1.1.1	'Organiseren van een passend zorgaanbod voor complexe doelgroepen' In de tekst wordt de verantwoordelijkheid hiervoor vooral bij de ZA gelegd. Wat gaat het ZK doen om de zorg voor de complexe doelgroep in de regio te behouden?	Menzis Zorgkantoor heeft door middel van modules en opslagen een beleid gepresenteerd dat gericht is op het behoud van de (kennis van) complexe doelgroepen in de regio.
71	1.1.1	In uw beleid vraagt om het organiseren van een passend zorgaanbod voor complexe doelgroepen, die vaak multiproblematiek kennen. De SGLVG behandelcentra behandelen daarvoor VG cliënten (thuis of in de kliniek) en zorgen daarmee dat een vervolgplek meer passend is. In uw complexe zorgvraag komt de SGLVG behandelzorg op geen enkel moment terug. Betekend dit dat Menzis het belang niet onderkent?	In ons beleid richten we ons specifiek op klanten met een verstandelijke beperking (Wlz VG indicatie) met forse gedragsproblematiek, omdat wij een knelpunt ervaren voor deze doelgroep in het kunnen (door)plaatsen naar een passende (permanente) verblijfsplek. Dat betekent zeker niet dat Menzis het belang van SGLVG behandelzorg niet onderkent.
72	1.1.2	Menzis (landelijk) wil meedenken aan een gezonde toekomst bestendige bedrijfsvoering van de zorgorganisaties. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, waarom wordt dan het richtlijntarief verlaagd? En op welke manier denkt het Zorgkantoor mee te denken? Zorg dat zorgorganisaties geen zorgen hebben over de financiën van de huidige ZZP’s, zodat de aandacht kan naar vernieuwingen.	Het richttariefpercentage is op basis van zorgvuldig kostprijsonderzoek vastgesteld. De stelling dat het richttariefpercentage is verlaagd ten opzichte van eerdere inkoopprocedures is onjuist. De huidige inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). Het richttariefpercentage is overigens niet in alle gevallen gelijk aan het tarief op grond waarvan een overeenkomst met Menzis Zorgkantoor wordt gesloten. De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk

			benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule. Bij de beoordeling van het beroep op de hardheidsclausule en het traject doelmatigheidsverbetering, zie paragraaf 1.2.3 van het Regionale Inkoopbeleid 2024-2026, denkt Menzis Zorgkantoor mee.
73	1.1.2	U geeft aan mee te willen denken over en het willen bieden van gewenste ondersteuning waar mogelijk? - Hoe ziet u dat voor zich? Wat dienen wij hieronder concreet te verstaan?	Op basis van declaratiedata en openbare bronnen kunnen wij met uw organisatie het gesprek aangaan over doelmatigheid.
74	1.1.2	Wie bepaalt wat goede kwaliteit is? Hoe gaat het zorgkantoor communiceren met de klant en naasten inzake behoeften aangezien uit het inkoopdocument noodzakelijkerwijs voortvloeit dat zorg niet op de huidige wijze voorgezet kan worden.	Diverse partijen houden zich bezig met kwaliteit. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op kwaliteit van zorg. Ook Het Zorginstituut Nederland heeft een prioriteitenlijst van het ontwikkelen van kwaliteitsproducten voor het stimuleren van de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg, bepaalt wat goede kwaliteit van zorg is. Op dit moment wordt er door diverse partijen gewerkt aan een Generiek kwaliteitskompas (V&V) als leidraad voor kwaliteit van bestaan. Het kompas zal uiterlijk 1 december 2023 aangeboden worden aan het Zorginstituut. Menzis Zorgkantoor zal monitoren hoe dit nieuwe kompas gebruikt kan worden bij de zorginkoop. Menzis Zorgkantoor gaat met klanten en naasten communiceren om het bewustzijn en acceptatie te vergroten.
75	1.1.2	Hoe verhoudt zich inzetten op innoveren (nieuwe ontwikkelingen) tot het inzetten van bewezen innovaties? Innoveren (vernieuwen) en bewezen innovaties spreekt zich tegen.	De ene zorgaanbieder is verder met innovatie en gaat zich bezighouden met nieuwe innovaties, die nog niet bewezen zijn. Terwijl andere zorgaanbieders zich net bezig gaan houden met implementatie van bewezen innovaties. Beide zijn mogelijk.
76	1.1.2	Hier staat "we monitoren het aantal klanten met leveringsvorm verblijfszorg, mpt en vpt per zorgaanbieder en verwachten dat de minder intensieve klantgroepen hun indicatie verzilveren via MPT en VPT in plaats van verblijfszorg". Kan het zorgkantoor hier aangeven welke aantallen/percentages ze voor ogen heeft voor de bepaalde leveringsvorm? En op welke manier draagt het zorgkantoor bij aan de ontwikkeling van VPT/MPT in een regio als deze er nog niet is?	We hebben geen concrete aantallen/percentages voor ogen. Dat kan per regio en zorgaanbieder verschillen. In de 3 Menzis Zorgkantoor regio's zijn het algelopen jaar Masterclasses VPT georganiseerd samen met Deloitte. VV-organisaties zijn uitgenodigd om hieraan deel te nemen. In deze Masterclasses zijn goede voorbeelden omtrent wonen en hoe een sluitende business case mpt/vpt gerealiseerd kan worden gedeeld. De PowerPoint van de Masterclass is gedeeld met de deelnemers.
77	1.1.2	Menzis verwacht dat alle gecontracteerde zorgaanbieders op verzoek aansluiten bij het doelmatigheidsmodel dat momenteel wordt ontwikkeld. Is het voor een zorgorganisatie verplicht om hieraan deel te nemen? En wat zijn eventuele consequenties?	Het is niet verplicht voor zorgaanbieders om zich hiervoor aan te melden. Op dit moment zijn er nog geen consequenties gesteld aan het niet deelnemen. Dit kan wellicht in de toekomst wel gebeuren. Wij gaan ervan uit dat zorgaanbieders, net als wij, de urgentie voelen om zo doelmatig mogelijk te werken.
78	1.1.2	Om de regionale samenwerking te versterken zijn voor de GZ en V&V transitiemiddelen beschikbaar. Komen deze ook	Voor zover wij weten, komen er geen aparte transitiemiddelen voor de GGZ. Daar waar mogelijke dwarsverbanden met GZ zijn, kunnen GGZ-

		voor de GGZ beschikbaar? Zo ja, hoe wordt dit vorm gegeven? Zo nee, waarom niet?	zorgaanbieders samen met GZ aanbieders, plannen indienen onder Tranche 1.
79	1.1.2	Hier staat "we geloven in een grotere rol van zijn netwerk. Daardoor is minder inzet van formele zorg nodig". Binnen de GGZ zijn er veel cliënten zonder of met een zeer beperkt netwerk. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze beweging (zelf als het kan) in relatie tot deze doelgroep?	Wij beseffen dat niet alle clienten een netwerk tot hun beschikken hebben, danwel dat het netwerk uitgeput is. Wij vragen de zorgaanbieders om de klant te ondersteunen bij het herstel van het netwerk of bij het versterken van het netwerk.
80	1.1.2	Er wordt getoetst in welke mate het de zorgaanbieder lukt om klanten te laten participeren met passende daginvulling. Ook wordt de mate getoetst waarin het is gelukt om vrijwilligers te verbinden en stimuleren. Kan het zorgkantoor aangeven op welke manier dit wordt getoetst en welke richtlijn hiervoor gebruikt wordt?	Bij uw inschrijving op een module verwachten wij een SMART voorstel op welke wijze u invulling wil geven aan deze beweging. In dit voorstel neemt u onder andere op welke wijze uw beweging inzichtelijk (Meetbaar) wordt gemaakt (zie bijlage A). De procedure rondom de beoordeling van uw voorstel is te lezen in Hoofdstuk 4 van het regionaal inkoopbeleid.
81	1.1.2	Het zorgkantoor stelt dat het een kans is om het werkplezier te vergroten en de werkdruk, administratieve belasting en personele inzet per klant te verlagen door inzet van digitale zorg. Hoe stelt het zorgkantoor voor dat de werkdruk verlaagt door inzet van digitale zorg? Het kan zijn dat de inzet per client minder wordt maar de werknemer zal, in de tijd, die bij die cliënt bespaard is moeten inzetten bij andere cliënten waarmee de werkdruk even hoog blijft. Hoe ziet het zorgkantoor, de verminderde werkdruk?	Door de inzet van digitale zorg (beeldbellen, spraakgericht rapporteren, gps) kan de medewerker efficiënter met zijn tijd omgaan, omdat er bijvoorbeeld minder/geen reistijd is.
82	1.1.2	U hebt een sterke voorkeur voor een Modulair Pakket Thuis (mpt) en een Volledig Pakket Thuis (vpt) voor doelgroepen waarvoor dit geschikt is ("thuis als het kan"). Is het niet zo dat het CIZ bepaald - op basis van de keuze van de cliënt - welk zorgtype geschikt is voor de cliënt of ziet u dat anders? Als u dat anders ziet, kunt u dat toelichten?	Het CIZ stelt de indicatie voor de klant vast. Wellicht kan er in een eerder stadium door het CIZ met de klant en naasten gesproken worden om duidelijk te hebben of er voorkeur is voor MPT/VPT.
83	1.1.2	U schrijft dat "implementatie van bestaande innovaties voorrang heeft boven het ontwikkelen van nieuwe innovaties". Welke rol speelt Menzis in het beschikbaar stellen van informatie over bestaande innovaties? In hoeverre kan zij faciliteren in het bepalen van de effectiviteit van innovaties en toepasbaarheid voor de GGZ sector?	1. Informatie over bestaande innovaties worden gedeeld met zorgaanbieders. 2. Menzis Zorgkantoor faciliteert door te verwijzen naar voorbeelden die op het (toekomstige) Nationaal Platform Digitale Zorgtransformatie worden geplaatst. 3. Vilans heeft een inspiratiebox 'Technolgie voor zorg en ondersteuning in de wijk' waar u goede voorbeelden uit kunt halen. https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/technologie-voor-zorg-en-ondersteuning-in-de-wijk
84	1.1.2	De termijn tussen publicatie van de landelijke visie en inkoopprocedure en het indienen van vragen t.b.v. de Nota van Inlichtingen is minder dan 14 dagen. Dit is een zeer beperkte tijd om alle stukken goed door te nemen en vragen over te	Menzis Zorgkantoor acht de gegeven termijn redelijk en zal deze niet verlengen omdat Menzis Zorgkantoor gebonden is aan termijnen die gelden voor de inkoop van Wlz-zorg.

		formuleren. Het is ook in het belang van het Zorgkantoor om alle mogelijke onduidelijkheden weg te nemen. Kunt u de termijn met nog eens twee weken verlengen na dat u te kennen hebt gegeven met ons voorstel akkoord te gaan. Zo nee, waarom niet?	
85	1.1.2	U stelt dat op basis van uw visie u meer wilt inzetten op kwaliteit en doelmatigheid van ondersteuning en het beschikbaar zijn van ondersteuning tijdens de hele 'klantreis'. Eigen regie van de cliënt en de rol van de cliëntondersteuner wordt steeds belangrijker. Als dat zou betekenen dat wij als zorgaanbieder meer tijd moeten investeren in de voorfase van een (intramurale dan wel MPT of VPT)opname, dan maken wij bezwaar tegen dit beleid, tenzij deze investering wordt gecompenseerd in het tarief. Kunt u aantonen hoe u de aanvullende eisen voor de zorgaanbieder richting de cliëntondersteuner aantoonbaar hebt meegenomen in het tarief? En zo niet, hoe ziet u dan de dekking voor de extra kosten en inzet die de zorgaanbieder hiervoor dient te maken? Bent u bereid om een aanvulling in het inkoopbeleid op te nemen in de vorm van een (reëel) opslagpercentage?	Menzis Zorgkantoor contracteert en betaalt de onafhankelijke cliëntondersteuning. (Extra) opslag voor zorgaanbieders is om die reden niet aan de orde. Op onze website hebben wij het nieuwe inkoopbeleid voor onafhankelijke cliëntondersteuning 2024-2025 gepubliceerd.
86	1.1.2	1.1.2 Zorgkantoor Menzis benoemt het implementeren van innovaties welke bij andere zorgaanbieders succesvol zijn geweest. Betekent dit dat er geen waardering (meer) is voor nieuwe / nog te ontwikkelen innovaties in samenwerking met bijvoorbeeld de UT / Saxion?	Nieuwe toepassingen moedigen we zeker ook aan als deze bijdragen aan een toekomstbestendige langdurige zorg met als focus op arbeidsbesparende interventies, echter dit moet ons inziens bekostigd worden uit innovatieregelingen en niet uit reguliere middelen.
87	1.1.2	1.1.2 Onze stichting ondersteunt het versnellen en monitoring van de verduurzaming van de zorgsector. Een landelijk verzoek welke helaas met het nu voorgestelde tarief niet (volledig) realiseerbaar zal zijn. Op welke wijze kan/gaat Zorgkantoor Menzis een bijdrage leveren aan deze duurzaamheidsdoelstelling? Is Zorgkantoor Menzis bereid zich in te spannen om financiering vrij te spelen bij de overheid om deze opdracht te kunnen realiseren?	Er zijn meerdere landelijke subsidieregelingen die ingaan op de duurzaamheidsdoelstelling waardoor Menzis Zorgkantoor het niet nodig vindt om in dat kader financiering vrij te spelen bij de overheid. Bovendien wordt in het beleid op meerdere manieren rekening gehouden met duurzaamheid. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in de NHC-component, welke rekening houdt met verduurzaaming van vastgoed. Een andere wijze waarop duurzaamheid een plek heeft gekregen in het beleid is dat inschrijven op modules, en daarmee in aanmerking kunnen komen voor opslagen, alleen mogelijk is wanneer zorgaanbieders zich aan duurzaamheidsdoelstellingen committeren, zoals duurzaamheidsdoelstellingen genoemd in de Green Deal 3.0.
88	1.1.2	1.1.2 In lijn met eerdere vraag lijkt Zorgkantoor Menzis te pretenderen op welke wijze onze stichting haar	Aan uw oproep aan Menzis Zorgkantoor om een Plan van Aanpak op te stellen en aan uw organisatie toe te sturen geven wij geen gehoor

		bedrijfsvoering kan verbeteren. Gezien de opgave welke nu voorligt op basis van dit inkoopbeleid ontvangen wij graag voor definitieve inschrijving het verbeterpotentieel c.q. het plan van aanpak van Zorgkantoor Menzis om tot (nog) meer effectiviteit en efficiëntie te komen zonder verlaging van de kwaliteit van zorg.	
89	1.1.2	U schrijft dat de zorg 'doelmatig' moet zijn. De organisatie van zorg moet slimmer en efficienter. Waar baseert u dit uitgangspunt op? Hoe verhoudt zich dit tot hoe wij in de afgelopen inkoopperiode hebben samengewerkt? Hoe verhoudt zich dit tot de honoreringslijst van de afgelopen jaren? Wat verstaat u onder 'doelmatig'? Welke maatstaven worden hierbij gebruikt? Een onderbouwing of een berekeningswijze ontbreekt, kunt dit toevoegen?	Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt en een grote vergrijzing moeten de zorgaanbieders op een andere manier de zorg organiseren of doelmatig(er) oraniseren. De honoreringslijst had diverse thema's medewerker, organisatie en kwaliteit. Doelmatig kan onder organisatie worden geschaard. Onder doelmatige zorg verstaan we Wlz-zorg waarbij een optimale balans tussen kosten en zorgresultaten is gevonden. Zorgresultaten betreft zowel de omvang van de verleende zorg (aantal klanten en zorguren) als de aard van de verleende zorg (kwaliteit van zorg die aansluit op de wens van de klant). Deze definitie geldt voor alle leveringsvormen. Menzis Zorgkantoor ontwikkelt een dashboard waarmee inzicht in doelmatigheid kan worden gegeven. Dit dashboard wordt getoetst bij zorgaanbieders.
90	1.1.2	Om onderdelen uit de 4 thema's op te pakken kost dit financiële inspanning. Daar wordt door Menzis op beloond met een opslag. Vraag: De opslag kan dus niet aangewend worden naar de reguliere intramurale zorg? Dit was in de voorgaande jaren wél het geval. Is er dan eigenlijk sprake van een intramurale bezuiniging?	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
91	1.1.2	In het landelijk beleid wordt aandacht gevraagd voor complexe doelgroepen. Zorgkantoor Zilveren Kruis vertaald dit in opslagen voor SGLVG, beveiligde bedden en Crisiszorg. Waarom vertaald Menzis de opslag alleen naar verblijfsplekken terwijl bekend is dat de tarieven in de complexe zorg niet toereikend zijn?	Menzis Zorgkantoor wil zich in het inkoopbeleid 2024-2026 specifiek richten op klanten met een verstandelijke beperking (Wlz VG indicatie) met forse gedragsproblematiek, omdat wij een knelpunt ervaren voor deze doelgroep in het kunnen (door)plaatsen naar een passende (permanente) verblijfsplek. Module 3 in de GZ is er voor bedoeld om (door)plaatsing te kunnen garanderen naar de aanbieders die inschrijven op deze module
92	1.1.2	Het is landelijk onderzocht dat de VG7 tarieven ook met 100% niet toereikend zijn om de complexe zorg te kunnen financieren. Waarom kiest Menzis voor een lager richttarief dan 100%?	Vaststelling van kostendekkende tarieven - in dit geval voor de doelgroep VG7 - is de verantwoordelijkheid van de Nza. Met de mogelijkheid om 100% (2024) en 99% (2025 en 2026) van het maximum NZa tarief voor de prestatiecodes Z472 en Z473 (VG7) te

			financieren, doen wij als zorgkantoor, gezien onze financiële mogelijkheden, het maximale voor deze doelgroep.
93	1.2	Het zorgkantoor is eraan gehouden regionale opslagen en/of modules (of andere op – en afslagen op het basistarief) voldoende te onderbouwen. Heeft u rekening gehouden met het Groninger Zorgakkoord in deze? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	In het regionale zorginkoopbeleid worden geen regionale opslagen en/of modules gehanteerd. Dit neemt niet weg dat Menzis Zorgkantoor in het regionale inkoopbeleid oog heeft voor de regionale situatie, waaronder het Groninger Zorgakkoord (zie paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid). Menzis Zorgkantoor houdt met het Groninger zorgakkoord rekening in het kader van de Onomkeerbare bouwplannen verpleeghuisplekken.
94	1.2	Regionaal inkoopbeleid; inkoopsystematiek 2.4.2; Als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat u het overeengekomen voorstel voor een module niet zoals afgesproken uitvoert of toch niet aan de gestelde voorwaarden voor de betreffende module voldoet, trekken we de procentuele opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk in. Ons inziens is “met terugwerkende kracht” een harde stelling. Wat als je wel een investering hebt gedaan om het doel van de module te halen maar het is, gemotiveerd, niet geslaagd? Op deze wijze kun je het enthousiasme ook afremmen.	Menzis Zorgkantoor acht het niet ‘een harde stelling’ dat de toegekende opslag geheel of gedeeltelijk terug wordt ingetrokken op moment dat de zorgaanbieder de daar tegenoverstaande prestatie niet (geheel) nakomt/realiseert. Echter, als de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen als gevolg van overmacht of externe factoren, zal daar vanzelfsprekend rekening mee worden gehouden bij het al dan niet (geheel) intrekken van de toegekende opslag.
95	1.2	Regionaal inkoopbeleid; inkoopsystematiek 2.4.2; .. behouden we ons het recht voor om modules en toegekende opslagen te herzien. Indien dit beleid na 2026 verlengd wordt tot 2027 of 2028 kunnen we modules en opslagen opnieuw vaststellen. Gezien de ervaring dat niet altijd de ontwikkelingen inzake CAO en indexering wordt gevolgd kan een herziening van opslag ook inhouden dat een aanbieder de voortgang van de module kan borgen. Is er dan de mogelijkheid om als aanbieder de voortzetting te staken?	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Als u de voorzetting van het plan dat u heeft ingediend om in aanmerking te komen voor de opslag staakt, wordt de opslag stopgezet en ingetrokken.
96	1.2	Dag, Ik ben een bestaande zorgaanbieder en heb een WTZI erkenning. Nu zag ik dat per 1 januari dit is overgegaan naar WTZA. Op de site van CIBG staat dat de erkenning automatisch wordt overgeheveld van WTZI naar WTZA. Hier heb ik echter nooit een brief van ontvangen. Formeel moet ik een WTZA erkenning hebben om mee te blijven doen. Wat nu te doen?	Menzis Zorgkantoor stelt de Wtza-vergunning, wanneer de zorgaanbieder Wtza-vergunningplichtig is, als voorwaarde om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. U kunt het beste contact opnemen met het CIBG over de te ondernemen vervolgstappen.

97	1.2	Hoe is rekening gehouden met de regionale problematiek van vergrijzing?	De regiobeelden geven inzicht in de toekomstige regionale vraagontwikkeling. Wij hebben dit verwerkt in ons inkoopbeleid. U kunt deze informatie gebruiken als basis voor de eigen strategie.
98	1.2	Waarom wordt niet het volledige Nza-tarief gegund maar vindt er een afslag plaats op het Nza-tarief middels het inschrijven op modules? Een doelmatigheidsprikkel hebben zorgaanbieders sowieso al, daar zijn geen modules voor nodig. Graag uw toelichting.	De Nza is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis een prikkel geeft om tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken op basis van de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een bijdrage te leveren aan de landelijk afgesproken bewegingen en de kanslijnen in de langdurige zorg.
99	1.2	Document paragraaf 1.2.3 pg. 14: U somt een aantal programma's op die van belang zijn in het kader van Innovatie, waaronder MedMij. Aangezien er ook vergelijkbare leveranciers zijn als MedMij, gaan wij ervan uit dat aanbieders ook keuzevrijheid in hebben. Klopt dit?	Ja, dat klopt.
100	1.2	Document paragraaf 1.2.4 pg. 16: U zet in op het samenwerken tussen de domeinen, met een goede en efficiënte doorstroom voor de klant naar een ander domein. Hoe ziet u dit in relatie tot de Wlz-indicatie, die immers levenslang wordt afgegeven?	Alhoewel een klant een Wlz-indicatie heeft gekregen die levenslang is, blijft bestaan dat in de thuissituatie nog steeds een goede afstemming moet plaatsvinden over de domeinen heen. Bijvoorbeeld met de gemeente over woningaanpassingen en een goede afstemming met de huisarts (Zvw).
101	1.2	Document paragraaf 1.2.2 pg. 11: U verwacht van aanbieders dat zij samen met de klant kijken naar wat mogelijk is en door grotere inzet van informele zorg, vrijwilligers, zelfhulpgroepen en ervaringsdeskundigen. Deze opsomming wekt bij ons de suggestie op dat ervaringsdeskundigen door u gezien worden als informele (niet vanuit Wlz betaalde) zorg. Klopt deze suggestie? Zo ja, op welke wijze wordt deze inzet van ervaringsdeskundigen gefinancierd?	In het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt voor de sector GGZ aangegeven dat er betaalde en geschoolde ervaringsdeskundingen ingezet kunnen worden die door de zorgaanbieder betaald worden. De ervaringsdeskundige wordt door het zorgkantoor uit de reguliere prestaties gefinancierd betaald.
102	1.2	Document paragraaf 1.1.2 pg. 11; U verwacht van aanbieders dat zij samen met de klant kijken naar wat mogelijk is en door grotere inzet van informele zorg, vrijwilligers, zelfhulpgroepen en ervaringsdeskundigen. Hoe ziet u deze inzet in relatie tot de personeels- en kwaliteitseisen die u in verschillende documenten beschrijft? Zorgaanbieders blijven immers verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede en verantwoorde zorg.	Zorgaanbieders blijven inderdaad verantwoordelijk voor het leveren van goede en kwalitatief verantwoorde zorg. We verwachten van zorgaanbieders om samen met de klant te kijken welk deel van de hulpvraag kan worden uitgevoerd door verschillende mogelijkheden van informele zorg. Zodat zorgprofessionals kunnen worden ingezet op plekken waar dat het meest nodig is en voor zorghandelingen die gedaan moeten worden door bekwaam en deskundig personeel.

103	1.2	Document paragraaf 1.2.2 pg. 12: U beschrijft dat doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie zelfstandig(er) kunnen wonen. Op welke wijze wordt de aanschaf van technologie gefinancierd? Specifiek voor ZZP, VPT en MPT?	Binnen de door de Nza vastgestelde prestaties MPT bestaat reeds de mogelijkheid om thuiszorgtechnologie in te zetten en te declareren. Dat is niet het geval in de intramurale setting. Daarom is hiervoor een opslag mogelijk
104	1.2	Document 1.2.2 pg. 12: U geeft een definitie van systeemaanbieder. Hoe weet een aanbieder of zij gezien worden als systeemaanbieder. Bijvoorbeeld in geval van een grote regionale rol, met een omvangrijk zorgaanbod, een groot aantal klanten, maar niet gericht op de complexe zorgvraag?	Een systeemaanbieder is een zorgaanbieder die: in 1 of meerdere van de 3 Menzis Zorgkantoor regio's een grote regionale rol heeft, een omvangrijk zorgaanbod heeft en een groot aantal klanten heeft die gericht is op de complexe zorgvraag. Het is limitatief, wanneer aan 1 van de voorwaarden niet wordt voldaan dan wordt de zorgaanbieder niet gezien als systeemaanbieder.
105	1.2	U stelt: "We stimuleren u als zorgaanbieder om met de klant in gesprek te gaan over passende zorg". Gaat u er daarmee vanuit dat de Zorgaanbieder dat nu niet of onvoldoende doet? Zo ja, kunt u dat toelichten?	We krijgen signalen dat zorgaanbieders het soms lastig vinden het gesprek aan te gaan over passende zorg. De ene zorgaanbieder is hierin verder dan de andere zorgaanbieder.
106	1.2	Als zorgaanbieder is passende zorg de basis van onze dienstverlening. De cliënt staat centraal, de zorgaanbieder overlegt met de cliënt wat hij/zij passend vindt, de cliënt vraagt de zorg aan bij het CIZ . De zorgaanbieder kan meedenken met cliënt maar uiteindelijk beslist de cliënt welke zorg hij/zij aanvraagd bij het CIZ. Of ziet u dat anders? Kunt u dit toelichten?	Het CIZ stelt de indicatie voor de klant vast op basis van de gegevens van de klant/naasten en mogelijk gegevens van de huisarts/SO. We verwachten niet dat de zorgaanbieder de rol van het CIZ gaat overnemen, maar wel dat de diverse leveringsopties besproken worden.
107	1.2	U geeft aan: "Bij relevante externe ontwikkelingen (bijvoorbeeld wijzigingen van NZa-beleidsregels en/of maximumtarieven, kwaliteits kaders, overheveling behandeling) behouden we ons het recht voor om ook binnen het meerjarig contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek waar deze op worden gebaseerd te herzien." Wanneer er substatiele wijzigingen in het contract zich voordoen dan dient de contractant de mogelijkheid te hebben het contract te ontbinden. Kunt u dit opnemen in de overeenkomst? Zo nee, waarom niet?	De geciteerde passage is niet opgenomen in de overeenkomst 2024-2026 of de overeenkomst 2024. De mogelijkheden voor ontbinding door één van beide partijen zijn opgenomen in de overeenkomst in artikel 13 van Deel II en de artikelen 18 en 19 van Deel III.
108	1.2	Op_welke wijze geeft Menzis vorm aan de actieve en constructieve houding om samen met de zorgaanbieders de problematiek van vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en de stijgende kosten op te lossen die nodig zijn voor verduurzaming en transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Wij zien dat andere zorgkantoren meer aandacht besteden aan de krapte op de arbeidsmarkt en de	Menzis Zorgkantoor is in de regio's actief betrokken bij de regionale tafels die zijn opgericht om de Transitiemiddelen met als thema's goed werkgeverschap, leren, Innovatie verder vormgeven om de krapte op de arbeidsmarkt en andere vormen van zorg te organiseren. Menzis Zorgkantoor ziet een opslag op het basistarief niet als methode om de krapte op de arbeidsmarkt op te lossen.

		modules of opslagen daar op richten. Kunt u uitleggen waarom u er voor heeft gekozen dit niet te doen?	
109	1.2	Hoe_zijn de regiobeelden toegepast in de totstandkoming van het doelmatigheidscijfer?	De regiobeelden geven inzicht in de toekomstige regionale vraagontwikkeling. In de pilot bij de ontwikkeling van de elementen voor doelmatigheid houden wij hier rekening mee.
110	1.2	Koninklijke Visio heeft te maken met minstens 4 zorgkantoren voor een relatief klein productievolume. Dat houdt in dat we met al deze partijen afspraken moeten maken, verantwoording af moeten leggen, plannen in moeten dienen, overleg moeten voeren etc. Ziet Menzis mogelijkheden hier met alle andere zorgkantoren afspraken over te maken dat wij gaan vallen onder één zorgkantoor? Dit zal enorm effect hebben op administratieve lasten en eenduidigheid ten goede komen. Bij verantwoording over de kanslijnen zien we al zo'n lijn ontstaan. Zo nee, waarom niet?	Wettelijk is bepaald dat de zorgaanbieder wordt gecontracteerd door het zorgkantoor dat de Wlz in die regio uit voert. Mede vanwege de behoefte aan eenheid van beleid bij zorgaanbieders die in meerdere zorgkantoorregio's werken, hebben de zorgkantoren gezamenlijk een visie opgesteld die het kader vormt voor het regionale beleid. Menzis Zorgkantoor heeft binnen deze landelijke visie het regionale beleid geformuleerd.
111	1.2	1.2 Is naar mening van Zorgkantoor Menzis het regiobeeld (onder andere instroom/vereiste capaciteiten) voldoende betrokken in het voorgestelde inkoopbeleid en zo ja waaruit blijkt dit en is daarmee de continuiteit/toegankelijkheid van zorg gegarandeerd?	In paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid is aangegeven op welke wijze Menzis Zorgkantoor rekening houdt met regionale factoren. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis oog voor de regionale situatie.
112	1.2	Menzis Zorgkantoor hanteert een termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen. Deze termijn is zeer kort. Hierover de volgende vragen: 1. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten t.o.v. de voorheen gehanteerde termijn van 21 dagen? 2. Bent u bereid deze termijn ter verlengen tot 21 dagen? Zo nee, waarom niet?	1. De termijn is niet ingekort. 2. We verlengen de termijn niet.
113	1.2	Is het juist dat eventuele bezwaren uiterlijk 27 juli 17.00 uur ingediend moeten zijn?	Zoals vermeld in paragraaf 3.1.4 kunnen onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden gemeld worden via het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. Indien u als (potentiële) zorgaanbieder in het kader van de Nota van Inlichtingen ons heeft gewezen op eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden en indien onze reactie niet leidt tot een aanpassing van de aanbestedingsdocumenten, of tot een aanpassing die in uw ogen niet juist of onvoldoende is, dan dient u uiterlijk 24 uur vóór de

			uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de be-voegde voorzieningenrechter.
114	1.2	Op welke wijze kunnen eventuele bezwaren ingediend worden? Moet hiervoor de vraag en antwoord module van Mercell gebruikt worden of dient dit op een andere wijze gedaan te worden? En zo ja, welke wijze?	Menzis Zorgkantoor hanteert geen bezwarenprocedure. Vragen (bezwaren) kunnen worden ingediend in het kader van de Nota van Inlichtingen en worden via deze Nota behandeld.
115	1.2	U verwijst in deze alinea naar afspraken in het GZA. Er zijn echter aanbieders in de regio Groningen die niet zijn aangesloten bij het GZA en de afspraken die u noemt. Alle aanbieders worden echter op een of andere manier wel geconfronteerd met de gevolgen van de aardbevingsproblematiek, al is het alleen al in ziekteverzuim onder medewerkers. Hoe heeft u bij deze aanbieders oog voor de regionale situatie?	Ziekteverzuim bij medewerkers in de zorg is niet alleen in regio Groningen een probleem, maar is een landelijk probleem. Wij hebben hier in alle regio's oog voor.
116	1.2	Bij de inkoopprocedure wordt er gebruik gemaakt van het inkoopplatform Mercell. Vindt ondertekening van de overeenkomst en het vastleggen van de afspraken in een addendum ook via dit portaal plaats of wordt hier Vecozo voor gebruikt?	Ondertekening van de overeenkomst en het vastleggen van de afspraken vindt via Vecozo plaats
117	1.2	U schrijft dat samen met zorgverleners in de regio gekeken gaat worden naar welke stappen in de regio vereist zijn en welke veranderingen daarvoor nodig zijn. Betekent dit dat hierover maatwerkafspraken te maken zijn (omdat er zeer relevante verschillen in regio's/verstedelijkte gebieden zijn) en op welke wijze zou dit vorm kunnen krijgen?	Menzis Zorgkantoor gaat in de VV-sector geen maatwerkafspraken maken, omdat er regionale transitiemiddelen beschikbaar zijn om regionale transities te ondersteunen.
118	1.2	Sommige instellingen zijn gericht op hoog complexe problematiek in een klinische situatie. Leveren van VPT-zorg zit dan minder in het DNA. In de rol van probleemoplosser van moeilijke situaties zijn deze instellingen feitelijk voorwaardelijk voor anderen om VPT te leveren. Het is redelijk deze instellingen te ontzien om deze VPT/MPT doelstellingen te behalen. Zien jullie dit ook zo?	Menzis Zorgkantoor heeft discretionaire bevoegdheid om te bepalen op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Het is niet verplicht om in te schrijven op de module "thuis als het kan". Wel verwachten wij van u dat u (passend bij uw expertise) uw bijdragen levert aan het langer thuis wonen van klanten in uw verzorgingsgebied.
119	1.2	Wat betekent oog hebben voor de regionale situatie? Hoe wordt dit vertaald in het tarief?	Zoals aangegeven op pagina 2 van bijlage 7 biedt het landelijke richttariefmodel een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Vervolgens heeft Menzis Zorgkantoor gekeken naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor. Daaruit is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en

			veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis wel degelijk oog voor de regionale situatie. De regionale situatie kan verwerkt worden in de voorstellen voor de modules.
120	1.2	4. Op pagina 10 geeft Menzis aan dat de landelijke visie is vertaald naar een regionaal beleid, echter is geen verschil gemaakt tussen Menzis-regio's; "Wel zien we verschillen in de mate waarin zorgaanbieders binnen een regio stappen hebben gezet in de transitie of klaar zijn om de transitie aan te gaan. Om deze reden maken we in ons regionale zorginkoopbeleid geen onderscheid naar regio. De reden voor het besluit om geen onderscheid te maken naar regio, wordt niet verklaard in de informatie die er gegeven wordt. Welke verschillen ziet Menzis in regio Arnhem en om welke reden wordt het beleid niet verder op de regio toegespitst?	Zoals aangegeven op pagina 2 van bijlage 7 biedt het landelijke richttariefmodel een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Vervolgens heeft Menzis Zorgkantoor gekeken naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor. Daaruit is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis wel degelijk oog voor de regionale situatie
121	1.2	14. Pagina 17: Uitwisselen beschikbaar personeel (wordt niet omgeschreven als eis). Menzis zegt dat regionale samenwerking kansen biedt voor het uitwisselen van beschikbaar personeel. Op welke wijze ondersteunt Menzis dit financieel omdat dit extra kosten met zich meebrengt?	Er zijn regionale transitiemiddelen beschikbaar om regionale transities te ondersteunen.
122	1.2	15. Pagina 23: Menzis heeft oog voor de regionale situatie bijv. het toenemend aantal migrantenouderen. Op pagina 10 geeft u nog aan voor alle regio's eenzelfde beleid te hanteren, op welke wijze houdt Menzis oog voor verschillen en waarop wordt gebaseerd wanneer er hier wel of geen oog voor is? Bepaalt Menzis de verschillen per regio, welke invloed heeft de zorgaanbieder op de aandacht voor de verschillen en op welke wijze worden deze verschillen omgezet in regionaal beleid?	In de Menzis-regio zien ook wij een toenemend aantal ouderen. Het onderscheid naar migrantenouderen kunnen wij vanuit data niet constateren. Wij zijn hierin afhankelijk van de signalen van het veld.
123	1.2	II Regionaal inkoopbeleid	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan.
124	1.2	2. U geeft aan in uw beleid aan te sluiten bij WOZO, we herkennen in uw beleid de richting van WOZO maar WOZO is onvoldoende uitgewerkt om in uw beleid hierop aan te sluiten. Hiertegen maken bij bezwaar.	WOZO is in ontwikkeling. De richting en doelstellingen zijn helder. Menzis Zorgkantoor sluit zich aan bij de in WOZO geformuleerde richting en doelstellingen.
125	1.2	5. Pagina 11: Menzis stimuleert de zorgaanbieder om met de cliënt in gesprek te gaan over passende zorg, om zo eerst te kijken of MPT en dan VPT een passende leveringsvorm is. De zorgaanbieder stelt geen indicaties, dit valt buiten de bevoegdheid van de zorgaanbieder en kan de zorgaanbieder niet beïnvloeden. We gaan met elke cliënt in gesprek over de	De indicatie wordt gesteld door het CIZ. De leveringvorm, de verzilvering van de indicatie, is aan de klant. Wij vragen de zorgaanbieder waar gewenst de klant te ondersteunen bij die keuze.

		passende leveringsvorm, echter de cliënt behoudt het recht op verblijf.	
126	1.2	6. Pagina 12: Menzis vraagt om de resultaten van digitaal werken en de knel- en verbeterpunten actief te delen. Dit is een administratieve verzwaring voor de zorgaanbieder, waarbij dit het goed werkgeverschap, de reden voor het meerjarige beleid die u zelf aangeeft, tegenspreekt.	Menzis Zorgkantoor ziet dat er nog veel ervaring met digitalisering in de zorg moet worden opgedaan. Het verzoek om resultaten te delen is niet bedoeld als lastenverzwaring, maar om expertise te versterken.
127	1.2	8. Pagina 14: Binnen het Informatieberaad Zorg is eOverdracht: Digitale uitwisseling van de verpleegkundige overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende sectoren. Op welke wijze ondersteunt Menzis de implementatie van eOverdracht?	Het door u genoemde programma is in het Regionaal inkoopbeleid 2024 genoemd en verder als voorbeeld op pagina 14. De genoemde landelijke programma's zijn voorbeelden waarmee zorgaanbieders digitaal kunnen transformeren. Wij ondersteunen hier niet in.
128	1.2	9. Pagina 15: Menzis brengt de zorgaanbieder op de hoogte van bewezen duurzame methodes en verwacht dat de zorgaanbieder deze toepast. Afhankelijk van de specificaties van de zorgaanbieder kan een methodiek wel of niet een bijdrage leveren aan het vergroten van de duurzaamheid dan wel een gewenste of ongewenste impact hebben op andere vlakken binnen de zorg of bedrijfsvoering. Ziet Menzis het doorvoeren van alle methodes waarover gecommuniceerd wordt als eis om door te voeren voor de zorgaanbieder en zo ja op welke wijze wordt dan rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de zorgaanbieder waardoor het wel of niet haalbaar blijkt voor een zorgaanbieder om een methode door te kunnen voeren?	De zorgaanbieder kan uit de methodes kiezen, het is niet verplicht om alle methodes uit te voeren.
129	1.2	10. Pagina 15: Menzis brengt de zorgaanbieder op de hoogte van de bewezen duurzame methodes en verwacht dat de zorgaanbieder deze toepast. Hierin wordt geen termijn genoemd van moment van communiceren als er ook verwacht wordt dat de zorgaanbieder binnen de looptijd van het beleid de methode toepast. Op welk moment gaat Menzis hierover communiceren en hoeveel tijd geeft Menzis tussen communicatie vanuit Menzis en toepassing door de zorgaanbieder?	Menzis Zorgkantoor verwacht uiterlijk 31 december 2023 een lijst beschikbaar te stellen. Het is een dynamische lijst. Dat betekent dat wij succesvolle initiatieven die onderdeel zullen zijn van de lijst voor 31 december al zullen delen. Ook na 31 december blijven we de lijst aanvullen. We stellen voor elke sector een lijst met succesvolle initiatieven beschikbaar. Daarnaast is Menzis Zorgkantoor actief betrokken bij het Kenniscentrum digitale zorg.
130	1.2	12. Pagina 15: Menzis wil in gesprek met de zorgaanbieder over een gezonde toekomstbestendige bedrijfsvoering. Bedrijfsvoering is een verantwoordelijkheid van de organisatie zelf en zolang de zorgaanbieder voldoet aan de inkoopvoorwaarden als gesteld, is Menzis geen partij in de bedrijfsvoering van een zorgaanbieder.	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan.

131	1.2	13. Pagina 16: Zorgaanbieder moet zich op verzoek van Menzis aansluiten bij het doelmatigheidsmodel. Dit model is nog in ontwikkeling en het eindresultaat is niet inzichtelijk voor de zorgaanbieder. Er kan niet verwacht worden commitment te geven aan een model zonder dat dit uitgewerkt is.	Eind 2023 wordt het verzoek om aan te sluiten bij het doelmatigheidsmodel aan zorgaanbieders gedaan, wanneer het model voldoende is ontwikkeld. U hoeft geen commitment op het model te geven.
132	1.2	19. Pagina 27: Een meerjarig contract geeft volgens Menzis meer financiële zekerheid. Echter door het meerjarencontract kan er tussentijds niets meer aangepast worden in een snel veranderende (zorg)samenleving, waar kosten steeds verder stijgen. Het programma WOZO is onvoldoende uitgewerkt om op dit moment meerjarig contracteren in te kunnen vullen. Uit uw aanbod blijkt geen enkele financiële zekerheid omdat dit niet meebeweegt met de inflatie.	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven met meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
133	1.2	31. De NZa maximumtarieven Wlz zijn op het moment van inschrijven nog helemaal niet bekend (en worden door de herrekening met de juiste cijfers hoogstwaarschijnlijk nog later bekend), terwijl u ons een richttarief met eventuele opslagen aanbiedt dat hierop is gebaseerd. Hoe kunt u van ons verwachten hier nu al op in te (moeten/kunnen) schrijven? Wat kunnen wij als zorgaanbieder doen wanneer deze nu nog onbekende (maar vermoedelijk nog verder te verlagen) maximale NZa tarieven door ons te laag bevonden worden? Wij houden ons dan ook het recht voor om wanneer deze NZa maximumtarieven Wlz definitief bekend zijn gemaakt alsnog ook hierover een gerechtelijke procedure te kunnen starten.	Voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
134	1.2	We bevinden ons in de voorbereidende fase ten aanzien van ontwikkeling VPT geclusterd in de wijk, opschalen van zorgtechnologie en het stimuleren van zelfredzaamheid, terwijl we in 2024 al worden afgerekend op het resultaat? Dit is van onze optiek niet redelijk/proportioneel. Hoe ziet u dit?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
135	1.2	We staan voor een grote transitie, die we graag samen met Menzis aangaan. Er wordt echter middels het inkoopbeleid WLZ enorme druk gezet op deze gehele transformatie. Er zijn veel ontwikkelingen gaande waarvan het effect nu nog	In de optiek van Menzis Zorgkantoor wordt er niet vanuit het perspectief van het zorgkantoor een 'besparing' doorgevoerd. Uitgangspunt van Menzis Zorgkantoor is juist om reële/proportionele tarieven te betalen. Dat wil zegen: tarieven die in een redeijke verhouding staan tot de opdracht in

		niet inzichtelijk is. Er wordt een besparing (vanuit het perspectief van het zorgkantoor) doorgevoerd in 2024 t/m 2026 terwijl de impact van de transformatie nog niet duidelijk is? Ons inziens is dit in strijd met het proportionaliteitsbeginsel aangezien de eisen en voorwaarden van de Wlz inkoop niet in redelijke verhouding staan tot de aard en de omvang van de opdracht.	kwestie. Verder blijkt niet concreet uit de vraag welke eisen en voorwaarden in het regionale inkoopbeleid zouden leiden tot disproportionaliteit.
136	1.2	3. Op diverse punten verwijst Menzis naar TAZ als onderdeel van het Inkoopbeleid, echter neemt Actiz geen deel aan dit programma gezien er niet gesproken wordt over de achterstanden in salaris van zorgmedewerkers.	Menzis Zorgkantoor verwacht van zorgaanbieders dat zij in lijn met de afspraken in TAZ bewezen goede innovaties doorvoeren. We verwachten dat de zorgaanbieder goed werkgeverschap toont en kijkt naar behoud van werkplezier van de medewerker in een veranderend zorglandschap. Ook als uw brancheorganisatie zich hieraan niet heeft geconformeerd
137	1.2	16. Pagina 23: Keuzevrijheid wordt keuzemogelijkheid: Keuzevrijheid is op dit moment nog opgenomen in de wet. Volgt Menzis hierin een eventuele aanpassing van de wet en betekent dit wanneer er geen wetswijziging komt, de keuzevrijheid blijft bestaan? De wijze van vormgeven van keuzemogelijkheid is niet beschreven. Hoe ziet dit eruit en welke beperkende impact ziet Menzis hierin voor de zorgaanbieders?	Menzis zorgkantoor volgt vigerende wet en regelgeving. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf is de keuzevrijheid van de klant leidend.
138	1.2	27. Pagina 45: Menzis behoudt zich het recht voor om een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen. Wij zien dit als onredelijk, bent u bereid dit aan te passen? En zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor is niet bereid dit aan te passen. Inherent aan inkoopprocedures is dat wijzigingen worden doorgevoerd.
139	1.2	Welke (financiele) ruimte er is om binnen de regio maatwerkafspraken te maken?	Uit uw vraag wordt niet duidelijk wat u onder (financiële) ruimte en maatwerkafspraken verstaat. De wijze waarop wij (financiële) afspraken willen met onze zorgaanbieders staat beschreven in de inkoopsystematiek in ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
140	1.2.1	Keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid. | Welke ontwikkeling heeft u hierbij in gedachten? Wat stipt u hier nu precies aan in keuzes tussen zorgaanbieders? Waarom een selectie in aanbod ipv benutten actieve zorgaanbieders?	Keuzevrijheid impliceert dat er heel veel te kiezen is. Door gewijzigde omstandigheden zoals krapte op de arbeidsmarkt, het bevriezen van de intramurale capaciteit en de oplopende wachtlijsten wordt de keuze noodgedwongen beperkt. Wij streven ernaar dat er echter nog steeds een keuze is ook al zijn de mogelijkheden beperkt. Dat betreft niet alleen keuze in leveringsvorm (eerst in mpt, dan in vpt, tot slot intramuraal) maar ook in zorgaanbieder. Vandaar de term keuzemogelijkheid. Wie de actieve zorgaanbieders zijn, wat er geleverd wordt en hoe er samengwerkt wordt, is per regio verschillend.
141	1.2.1	Wij delen uw voorkeur voor MPT en VPT, maar een sluitende businesscase is voor ons daarbij wel randvoorwaardelijk. - Beschikt u over voorbeelden van MPT en met name VPT	In de 3 Menzis Zorgkantoor regio's zijn het algelopen jaar Masterclasses VPT georganiseerd samen met Deloitte. VV-organisaties zijn uitgenodigd om hieraan deel te nemen. In deze Masterclasses zijn goede voorbeelden

		waaruit blijkt dat een sluitende business case goed te realiseren is? - Welke voorbeelden uit den lande / de regio kunt u ons ter hand stellen, aan de hand waarvan wij in staat zijn om ook zelf een sluitende businesscase te realiseren?	omtrent wonen en hoe een sluitende business case mpt/vpt gerealiseerd kan worden gedeeld. De PowerPoint van de Masterclass is gedeeld met de deelnemers.
142	1.2.1	U verwacht van ons dat wij waar mogelijk de verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de klant en de inzet van de omgeving vergroot. - Wie beschouwt u in dit kader als klant? De (potentiële) intramurale klant en/of klant die in aanmerking komt voor MPT/VPT?	We zien de klant als een persoon die zowel in de mpt/vpt of intramurale setting een zorgvraag kan hebben.
143	1.2.1	Pg 11. 1.2.1 “Alleen op deze manier kunnen we passende zorg verlenen aan mensen die het écht nodig hebben. ” Vraag: 1. Wat is passende zorg. 2. Wie zijn de mensen die het echt nodig hebben. We vragen op deze twee vragen een inhoudelijk en concreet antwoord.	1. Wij hanteren de definitie van het Zorginsituut Nederland. Namelijk, passende zorg is een manier van samenwerken die ervoor zorgt dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen. Dat is zorg die werkt, waar mogelijk dicht bij de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Het gaat om een ommezwaai in ons denken over zorg. Passende zorg heeft 4 basisprincipes: 1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs. 2. Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen. 3. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd. 4. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid. 2. Passende zorg geldt voor alle klanten met een Wlz-indicatie, zodat ze op een verantwoorde manier hun zorg (zo mogelijk eerst mpt, dan vpt en tot slot verblijfszorg) verzilverd kunnen krijgen.
144	1.2.1	Minder inzet van de formele zorg Dat snappen wij. Wat doet Menzis naar haar klanten om het bewustzijn en acceptatie hiervan te verhogen?	Menzis Zorgkantoor gaat met klanten en naasten communiceren om het bewustzijn en acceptatie te vergroten. In samenwerking met zorgaanbieders, maar ook door te communiceren in de krant.
145	1.2.1	Ook zetten we in op samenwerking tussen domeinen (Wlz, Zvw, Wmo). Wat doet/gaat Menzis doen om deze samenwerking tussen de domeinen in onze regio te bevorderen?	Menzis (Zorgkantoor) is op diverse terreinen bezig. In het zorginkoopbeleid Huisartsen- en multidisciplinaire zorg Menzis 2023-2024 is de integrale zorg voor kwetsbare ouderen die thuis wonen uitgewerkt als onderdeel van het toekomstbeeld huisartsenzorg 2025. Daarnaast is Menzis Zorgkantoor in gesprek met gemeenten en corporaties over de invulling van de woonzorgvisie. Tevens heeft Menzis Zorgkantoor het Experiment Domeinoverstijgend samenwerking, met als thema inzetten van en samenwerken met burgerkracht initatieven worden informele zorg en formele hulp gestimuleerd, ondertekend.

146	1.2.1	In de landelijke visie (pag 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven, zodat zij samen met zorgaanbieders bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Naast de taak om doelmatige zorg in te kopen, hebben zorgkantoren echter ook zorgplicht. Wat ons betreft zou het Budgettair Kader Zorg geen uitgangspunt voor zorgkantoren moeten zijn, maar juist de zorgplicht. Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom zet u geen concrete acties richting VWS? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor heeft als taak om binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven en heeft daarnaast zorgplicht. Beide zijn even belangrijk. Menzis Zorgkantoor en andere zorgkantoren voeren over beide zaken overleg met het Ministerie van VWS en geven tijdig aan waar mogelijk problemen ontstaan.
147	1.2.1	En we geloven in een grotere rol van zijn netwerk. De inzet van informele zorg is een belangrijke beweging in het inkoopbeleid. Het aantal beschikbare mantelzorgers vertoont een dalende trend die in de toekomst zal worden voortgezet. Houdt u rekening met dit toekomstige tekort aan mantelzorgers?	Uit onderzoek van SCP uit 2019 blijkt dat in de komende jaren het aantal mantelzorgers (was 5) per zorgontvanger zal gaan afnemen naar 3 mantelzorgers (in 2040). Menzis Zorgkantoor wil inzetten op langer thuis wonen en dat kan alleen wanneer de verschillende netwerken meewerken
148	1.2.1	Waarop heeft u dit geloof gebaseerd? Graag ontvangen wij een nadere onderbouwing van de haalbaarheid hiervan.	Wij begrijpen uw vraag niet goed maar nemen aan dit betrekking heeft op afstemmen met klanten. Uit gesprekken met cliëntpanels blijkt dat klanten belangrijk vinden om uit te gaan van eigen kracht en wat ze zelf nog kunnen doen. We hebben geen wetenschappelijke studie uitgevoerd
149	1.2.1	Het beleid van Menzis is erop gericht dat langdurige zorg betaalbaar is, van goede kwaliteit is en toegankelijk blijft voor alle Wlz -klanten in onze zorgkantoorregio's. Bestaat er volgens Menzis een causaal verband tussen de betaalbaarheid van zorg en de kwaliteit van zorg? Zo ja, kunt u dat toelichten?	Ja, er bestaat een causaal verband tussen betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. De zorgaanbieder is verplicht zich om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zorgaanbieder over gekwalificeerd personeel. Het nieuwe Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' biedt ruimte om op een andere manier te kijken naar kwaliteit van bestaan en de rol van ondersteuning en zorg daarin. Hierdoor kan er vernieuwing in de zorg komen.
150	1.2.1	Vraag 1. U gaat uit van minder inzet van formele zorg, onder andere door gebruik te maken van bewezen technologie en op samenwerking tussen domeinen. Om welke bewezen technologie gaat het en hoe ziet u de samenwerking tussen domeinen gefinancierd vanuit de reguliere tarieven? Dus zonder inzet van de transitiemiddelen die immers gebaseerd zijn op tijdelijke oplossingen in de domein overstijgede samenwerking. Vraag 2. Met minder zorgpersoneel moet de organisatie van de zorg	1. Vilans heeft een inspiratiebox Technologie voor zorg en ondersteuning in de wijk waaruit u goede voorbeelden kunt halen. https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/technologie-voor-zorg-en-ondersteuning-in-de-wijk Voor inspiratie en/of voorbeelden verwijzen we ook naar het (toekomstige) Nationaal Platform Digitale Zorgtransformatie. 2. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan spraakgericht rapporteren in een intramurale instelling.

		slimmer en efficiënter werken. Kunt u concreet aangeven waaraan u denkt bij een efficiëntere bedrijfsvoering, zonder kwaliteitsverlies voor de cliënt?	
151	1.2.1	De landelijke beweging naar thuis als het kan zien we en ondersteunen we. Hierbij zien we meer inzet vanuit de ZVW/ wijkverpleging. Hier zien we dat de ZWV en de WLZ dicht naar elkaar toe komen en overlappen. VRAGEN: 1. hoe ziet Menzis zorgkantoor de overgang van ZVW naar WLZ, waar ligt het kantelpunt? Graag een toelichting. 2. Waarom zou iemand niet (meer) voor wijkverpleging kiezen maar voor WLZ? Immers vanuit de ZVW wordt ook PV en VP geleverd (anders dan de wetgeving die de financiering regelt). Graag een toelichting. 3. Voorziet Menzis een verschuiving naar WMO/ZVW en hoe vertaalt zich dat naar contractering en financiering?	De aanspraak voor de Wlz is leidend in de overgang van Zvw naar Wlz. Knelpunten rondom deze overgang zijn ons bekend en brengen wij landelijk onder de aandacht. Specifieke knelpunten kunt u met uw inkoper bespreken.
152	1.2.1	Menzis Zorgkantoor geeft aan dat keuzevrijheid en keuzemogelijkheid een reëel toekomstscenario is. - Vraag: Betekent dit dat intramurale verpleeghuiszorg niet meer voor iedereen per definitie dichtbij de oorspronkelijke woonplaats beschikbaar zal zijn?	Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf is de keuzevrijheid van de klant leidend. De mogelijkheid bestaat dat intramurale verpleeghuiszorg niet voor iedereen dichtbij de (oorspronkelijke) woonplaats plaats kan vinden.
153	1.2.1	Kunt_u toelichten op welke wijze u rekening heeft gehouden met de organisatie-specifieke aspecten van de langdurige ouderenzorg waar het gaat om het tekort aan personeel en de maatregelen die enkele jaren geleden vanuit de overheid werden verwacht ten aanzien van het aantrekken van personeel?	Zowel in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 als in het document Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg, kunt u lezen hoe Menzis Zorgkantoor rekening houdt met organisatiespecifieke aspecten van de langdurige ouderenzorg.
154	1.2.1	U schrijft in de visie met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht gaan genereren van thema's met bijbehorende bewezen innovaties. Op dit moment bestaan er verschillende 'overzichten' in de sector, bijvoorbeeld vanuit Vilans en vanuit het Kenniscentrum Digitale Zorg. Kunt u toelichten op welke wijze en wanneer u helderheid gaat verschaffen over het overzicht dat zorgkantoren gaan genereren?	Menzis Zorgkantoor verwacht uiterlijk 31 december 2023 een lijst beschikbaar te stellen. Het is een dynamische lijst. Dat betekent dat wij succesvolle initiatieven die onderdeel zullen zijn van de lijst voor 31 december al zullen delen. Ook na 31 december blijven we de lijst aanvullen. We stellen voor elke sector een lijst met succesvolle initiatieven beschikbaar. Daarnaast is Menzis Zorgkantoor actief betrokken bij het Kenniscentrum digitale zorg.
155	1.2.1	In de Visie (pagina 32) staat over verduurzaming 'We focussen op de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact; de top 3-5 uit de uitvoeringsplannen van de branches (ActiZ, VGN en de Nederlandse ggz).' Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren niet op andere thema's dan de top	Zoals verwoord onder Duurzaamheid in paragraaf 1.2.3 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2025 hebben wij de ambitie om duurzaamheid verder te integreren in de zorginkoop en hanteren daarbij 3 doelen. Deze 3 doelen worden genoemd in deze paragraaf. Wij sluiten hierbij aan bij het landelijke visiedocument, waar u naar verwijst.

		3-5 gaan stimuleren en/of verplichten. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom wijkt u af van de visie van ZN?	
156	1.2.1	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZa- maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord, waarvan één maatregel specifiek de gehandicaptenzorg raakt. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister: ''Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd." Vindt u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, dat het kortingspercentage vanuit het oogpunt van de zorgaanbieders en de (financiële) ontwikkelingen zou moeten worden verlaagd? Zo ja, welke actie gaat u ondernemen richting VWS? Zo ja, wilt u samen met ons actie ondernemen richting VWS? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering, dan staan de zorgkantoren er voor open om gezamenlijk het gesprek aan te gaan met het Ministerie van VWS.
157	1.2.1	Pagina 11 eerste alinea: 'Ons beleid is erop gericht dat langdurige zorg betaalbaar is, van goede kwaliteit en toegankelijk blijft voor alle WLZ klanten in onze zorgkantoorregio's'. Is er een stimulans ingebouwd om mensen in de ZVW te houden en niet de WLZ in laten gaan? - Graag uitleg waarom wel/ niet? - Wat bedoeld Menzis met 'we denken dat keuzemogelijkheid .... alle zorgaanbieders'? Graag krijgen we uitleg en onderbouwing.	1. Er is geen stimulans ingebouwd om mensen in de Zvw te houden. 2. Door gewijzigde omstandigheden, zoals krapte op de arbeidsmarkt, het bevriezen van de intramurale capaciteit en de oplopende wachtlijsten wordt de keuze noodgedwongen beperkt. Wij streven ernaar dat er echter nog steeds een keuze is ook al zijn de mogelijkheden beperkt. Dat betreft niet alleen keuze in leveringsvorm (eerst in mpt, dan in vpt, tot slot intramuraal) maar ook in zorgaanbieder.
158	1.2.1	Doelmatige zorg VRAAG - In voorgaande jaren was het uitgangspunt in de inkoopdocumenten individuele clientgerichte zorg, aansluitend op de vraag van de bewoner/ client. Het lijkt erop dat deze visie los wordt gelaten. Klopt dat? Kunt u aangeven welke aspecten van de individuele zorg we niet meer moeten doen om slimmer en efficiënter te gaan werken?	In hoofdstuk 2.6 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 kunt u lezen dat wij van persoonsvolgende bekostiging uitgaan. Slimmer en efficiënter werken kan per zorgaanbieder verschillen.

159	1.2.1	Doelmatige zorg VRAAG - Een zorgaanbieder goede resultaten heeft en goede kwaliteitsindicatoren. De zorg is doelmatig en efficiënt. Maakt Menzis het dan mogelijk om minder informatie aan te leveren waar de zorgaanbieder of de bewoner niets wijzer van wordt? Of wordt dit op een andere manier beloond?	Menzis Zorgkantoor neemt deel aan het programma KIK-V. Dit programma voorziet er juist in dat de vragen van diverse stakeholders worden gebundeld om zo de administratieve lasten te beperken.
160	1.2.1	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZa- maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord, waarvan één maatregel specifiek de gehandicaptenzorg raakt. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister: ‘’Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd." Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan staan de zorgkantoren er voor open om gezamenlijk het gesprek aan te gaan met het Ministerie van VWS.
161	1.2.1	De volgende tekst is opgenomen in het beleid: Dat betekent dat klanten in de toekomst mogelijk minder keuze hebben dan nu. We denken dat keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid een reëel toekomstscenario is. Bij keuzemogelijkheid heeft de klant nog steeds keuze, maar is bijvoorbeeld het aanbod - noodzakelijkerwijs - een selectie van beschikbare zorgaanbieders in plaats van de volledige breedte van alle actieve zorgaanbieders. Hoe borgt het zorgkantoor dat bewoners van niet stedelijke gebieden/centrum gemeenten toegang blijven houden tot WLZ-zorg? Ook voor zorg inclusief behandeling. Immers de zorg kan hier vanwege afstand en ontbreken van voorzieningen minder doelmatig en efficiënt worden georganiseerd.	Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of deze capaciteit geclusterd, gespikkeld of anders wordt aangeboden. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze MPT en VPT zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd. Voor klanten die intramurale zorg inclusief behandeling nodig hebben, kan de zorg niet voor iedereen dichtbij de oorspronkelijke woonplaats georganiseerd worden.
162	1.2.1	De volgende tekst is opgenomen in het beleid: Dat betekent dat klanten in de toekomst mogelijk minder keuze hebben	Menzis Zorgkantoor hecht veel waarde aan het realiseren van capaciteit door middel van mpt en vpt, ook in landelijk gebied. Het is aan de

		dan nu. We denken dat keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid een reëel toekomstscenario is. Bij keuzemogelijkheid heeft de klant nog steeds keuze, maar is bijvoorbeeld het aanbod - noodzakelijkerwijs - een selectie van beschikbare zorgaanbieders in plaats van de volledige breedte van alle actieve zorgaanbieders. Hoe borgt het zorgkantoor dat bewoners van niet stedelijke gebieden/centrum gemeenten toegang blijven houden tot WLZ-zorg? Ook voor zorg inclusief behandeling. Immers de zorg kan hier vanwege afstand en ontbreken van voorzieningen minder doelmatig en efficient worden georganiseerd.	zorgaanbieder om te bepalen of deze capaciteit geclusterd, gespikkeld of anders wordt aangeboden. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd. Voor klanten die intramurale zorg inclusief behandeling nodig hebben, kan de zorg niet voor iedereen dichtbij de oorspronkelijke woonplaats georganiseerd worden
163	1.2.1	Kunt u toelichten wat u bedoelt met ‘het aanbod – noodzakelijkerwijs - een selectie van beschikbare zorgaanbieders’? Wie maakt deze selectie en op basis van welke criteria? Wat zal dit betekenen voor de toegankelijkheid van Wlz zorg, in het bijzonder op het platteland?	De klant kiest uit de gecontracteerde zorgaanbieders. We streven ernaar dat er nog steeds een keuze is ook al zijn de mogelijkheden beperkt in keuze in leveringsvorm (eerst in mpt, dan in vpt, tot slot intramuraal) maar ook in zorgaanbieder. Samenwerkingsverbanden of concentratie van zorgaanbod, waarbij de wet- en regelgeving rondom mededingsrecht in acht genomen moet worden kunnen de toegankelijkheid van de zorg op het platteland borgen. De consequentie kan zijn dat er niet voor iedereen dichtbij de oorspronkelijke woonplaats een plek zal zijn
164	1.2.1	1.2.1 Kunt u aangeven wat de betekenis in de praktijk zal zijn van "relatief minder zorgpersoneel" in relatie tot de huidige arbeidsmarktkrapte (inclusief verzoek reductie PNIL) alsook de kwaliteit en continuiteit van zorg ?	Indien er minder zorgpersoneel gaat komen, wordt er een groter beroep gedaan op informele zorg/mantelzorgers en partners. De zorgaanbieder moet aan de diverse kwaliteitseisen, zoals gesteld door Zorginstituut Nederland, NZa en IGJ, blijven voldoen maar dit kan in de praktijk tot gespannen situaties leiden.
165	1.2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.1 t/m 1.2.3, 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7) Voor de sector V&V vraagt u zorgaanbieders om te investeren en inspanningen te plegen voor het transitiethema 'thuis als het kan' door de daarop betrekking hebbende Module 1 aan te bieden. Dat laat zien dat u de extra kosten voor deze investeringen en inspanningen wilt bekostigen vanuit de opslag die met deze Module 1 kan worden verkregen. Echter, in par. 1.2.1 t/m 1.2.3 van het inkoopbeleid omschrijft u dat, ook als niet op Module 1 wordt ingeschreven of als Module 1 aan hen niet wordt gegund, aan zorgaanbieders de verplichting wordt opgelegd hierop wordt in te zetten en hierin te investeren. In dat laatste geval wordt dus eenzelfde verplichting opgelegd, maar wordt daar niet de corresponderende bekostigingscomponent (de genoemde opslag) tegenover gesteld, wat betekent dat (ook op dit punt) het richtlijntarief V&V en het Mensis-basistariefpercentage V&V niet	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag

		kostendekkend/niet reëel zijn. Wij verzoeken u dan ook om de tarieven opnieuw te bepalen en hiermee rekening te houden, dan wel de verplichting om op dit thema in te zetten te beperken tot degenen die Module 1 gegund krijgen.	doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
166	1.2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.1 t/m 1.2.3, 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7) Voor de sector V&V vraagt u om extra inzet en investering in preventie, maar koppelt hieraan geen module om dit te bekostigen. Waarom niet? Als het een generieke verplichting is, kunt u dan motiveren of en hoe bij het bepalen van het de tarieven rekening is gehouden met de kosten van de gevraagde extra inzet en investeringen ? Als er geen rekening mee is gehouden, verzoeken wij u de tarieven aan te passen en er alsnog rekening mee te houden.	De beweging 'zelf als kan' is net zo belangrijk als de andere bewegingen, maar die hebben wij niet vertaald in een module. Het is de bedoeling dat alle zorgaanbieders inzetten op samenwerken met het voorveld, preventie, informele zorg en samenwerken binnen de Wlz, zodat uiteindelijk de zelfredzaamheid van de klant groter wordt. Financiering van projecten, waarbij samenwerken voorop staat, is geregeld via de transitiemiddelen. Ook verwijzen wij naar andere financiering, zoals het programma Gezond en Actief Leven (GALA), Nationaal Preventieakkoord en SPUK financiering voor een effectieve valpreventie ketenaanpak.
167	1.2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.1 t/m 1.2.3, 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7) Voor de sector V&V menen wij dat de opslaggen die worden gerekend voor de Modules 1, 2 en 3 niet kostendekkend zijn voor de prestaties die ingevolge de Modules zijn vereist. Wij menen dat dit wel het geval zou moeten zijn. Bij inschrijving op de Modules leveren zorgaanbieders immers extra prestaties en inspanningen (bovenop de reguliere verplichtingen van zorgaanbieders die de Mudules niet gegund krijgen of daarop niet inschrijven), zodat u gehouden bent een reële vergoeding te bieden voor die extra prestaties en inspanningen. Bent u het met ons eens dat de opslagen voor de Modules 1, 2 en 3 niet kostendekkend zijn voor de prestaties die ingevolge de Modules zijn vereist? Zo ja, wilt u dan de opslagen aanpassen, zodanig dat ze wel kostendekkend zijn in vorenbedoelde zin? Zo niet, kunt u dan toelichten waarom de opslagen wel kostendekkend moeten worden geacht?	Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
168	1.2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.1 t/m 1.2.3, 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7) In eerdere jaren waardeerde u andere thema's, volgens de bestaande honoreringslijst. U heeft in die jaren ook verlangd dat zorgaanbieders hierin investeerden. Per 2024 wijkt u hiervan ineens af en wordt bijvoorbeeld geen opslag meer aangeboden voor de kosten van de thema's 'vervullen	De regionale samenwerking mbt de behandeldienst is al langer onderdeel van de landelijke aanvullende voorwaarden. Menzis sluit per 2024 aan bij de landelijke tariefssystematiek. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages,

		regiofunctie', 'samenwerking en terbeschikkingstelling behandeldiensten'. Wij zijn een zorginstelling waarop dit betrekking heeft. Klopt het dat van ons ook per 2024 wordt verwacht dat wij de genoemde functie/thema's handhaven? Indien juist, waarom worden de kosten hiervan niet langer door middel van een opslag gecompenseerd? Wij verzoeken u hiervoor alsnog een module hiervoor op te nemen, dan wel de kosten voor de inzet op deze functies/thema's in een basistariefpercentage te verdisconteren (zo nodig via een apart tarief voor een aparte, nieuwe zorgprestatie).	2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Er wordt geen module toegevoegd.
169	1.2.1	We zien dat diverse locaties momenteel geopend worden VPT en MPT geleverd wordt aan doorgaans minder complexe clienten. Hoe verhoud zich het inkopen van VPT/MPT aan commerciele groeperingen tot de reguliere systeem aanbieders, in het licht van het gegeven dat dan er een toename ontstaat van personeelskrapte waarbij de krapte zich met name richt op de zwaardere zorg. Door dit beleid lopen we risico dat de zwaarste onderdelen van de zorg niet gehandhaafd kunnen worden. Bestaat hier een rationale over? Zo ja, hoe is die?	De inkoopprocedure staat open voor alle zorgaanbieders. Voor alle zorgaanbieders die inschrijven, gelden dezelfde voorwaarden. Menzis Zorgkantoor herkent op basis van de thans beschikbare data, niet dat de werkwijze van 'commerciële' aanbieders voor wat betreft vpt, leidt tot personele krapte (bij andere aanbieders). Wat betreft mpt ziet Menzis - ook op basis van de thans beschikbare data - geen verschillen tussen 'reguliere'en 'commerciële' aanbieders.
170	1.2.1	Sterke voorkeur voor MPT en VPT (thuis als het kan). Door te sturen op MPT en VPT worden cliënten onder andere verantwoordelijk gemaakt voor het betalen van de gasrekening. Schuldenproblematiek is een belangrijke drijver onder de (licht) verstandelijke beperking / ondersteuningsvraag van een cliënt. Ons inziens zal de complexiteit van de gemiddelde cliënt hier in toenemen. Waarom kiezen we (behoudens) een potentiele bezuiniging voor deze route?	In lijn met kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We gaan ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG3, VG4 en LG2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. In het landelijk akkoord is benoemd dat VGN en ZN samen optrekken richting stakeholders om de randvoorwaarden te bepleiten die nodig zijn om de kanslijnen vorm te geven. Voldoende beschikbare en betaalbare huisvestig en daarbij behorende kosten en daarmee het voorkomen van schuldenproblematiek of het kunnen oplossen hiervan is één van deze randvoorwaarden.
171	1.2.1	U beschrijft de beweging "zelf als het kan" als een relevant thema om de verandering binnen de VVT te realiseren. Wij ondersteunen dit standpunt zeer, echter begrijpen we niet waarom hiervoor geen specifieke module is aangewezen; dit in tegenstelling tot hetgeen eerder door u is medegedeeld. Kunt u inhoudelijk aangeven waarom deze verandering ten opzichte van de presentatie d.d. 9 maart is doorgevoerd?	Er zijn tijdens de aanbiedersbijeenkomsten veel vragen gesteld over de module "Zelf als het kan" en de overlap met de transitiemiddelen. Op basis van de discussies hebben wij besloten geen specifieke module "Zelf als het kan" op te nemen in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Financiering van projecten "Zelf als het kan", waarbij samenwerken voorop staat, is geregeld via de transitiemiddelen.

172	1.2.1	Op welke wijze zal het zorgkantoor de zorgorganisaties ondersteunen in de macrocommunicatie en paradigmashift bij de burger waarbij men zelf actie moet ondernemen richting wonen en zorg als men ouder wordt?	Menzis Zorgkantoor gaat met klanten en naasten communiceren om het bewustzijn en acceptatie te vergroten. In samenwerking met zorgaanbieders, maar ook door te communiceren in de krant.
173	1.2.1	Van keuzevrijheid naar keuzemogelijkheid. Hoe wordt geborgd dat onze clienten die identiteitsgebonden zorg vragen en van ons afnemen, dit in de toekomst ook kunnen blijven ontvangen? Wij maken bezwaar tegen het inperken van de keuzevrijheid voor identiteitsgebonden zorg	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt, ongeacht geloofsovertuiging of identiteitsgebonden zorg.
174	1.2.1	De volgende tekst is opgenomen in het beleid. Dat betekent dat klanten in de toekomst mogelijk minder keuze hebben dan nu. We denken dat keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid een reëel toekomstscenario is. Bij keuzemogelijkheid heeft de klant nog steeds keuze, maar is bijvoorbeeld het aanbod - noodzakelijkerwijs - een selectie van beschikbare zorgaanbieders in plaats van de volledige breedte van alle actieve zorgaanbieders. Hoe borgt het zorgkantoor dat bewoners van niet stedelijke gebieden/centrum gemeenten toegang blijven houden tot WLZ-zorg? Ook voor zorg inclusief behandeling. Immers de zorg kan hier vanwege afstand en ontbreken van voorzieningen minder doelmatig en efficient worden georganiseerd.	Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd. Voor klanten die intramurale zorg inclusief behandeling nodig hebben, kan de zorg niet voor iedereen dichtbij de oorspronkelijke woonplaats georganiseerd worden. De consequentie kan zijn dat er niet voor iedereen dichtbij de oorspronkelijke woonplaats een plek zal zijn.
175	1.2.1	In de intensieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking staan de tarieven onder druk wat maakt dat implementatie van innovaties niet zomaar realiseerbaar is. Hoeveel verwacht u dat wij, uit deze reguliere tarieven, uit gaan geven aan de implementatie van deze innovaties? En hoeveel verwacht u dat dit ons als aanbieders gaat opleveren?	We verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten voor de landelijke bewegingen 'digitaal als het kan', waarmee en waardoor zorg slimmer en/of efficienter ingericht kan worden; kwalitatief goede zorg blijft daardoor toegankelijk en betaalbaar. Via de module 'Digitaal als het kan" willen wij zorgaanbieders stimuleren en honoreren zich hier extra voor in te zetten. Daarnaast zijn er financiele mogelijkheden via de transitiemiddelen. Hiervoor verwijzen wij u naar Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026 Wij spreken geen verwachting uit hoeveel u vanuit de reguliere tarieven gaat uitgeven aan de implementatie van innovaties.
176	1.2.1	Vanuit de overeenkomst volgt een doorleverplicht. Echter betekend een doorleverplicht het leveren van 'gratis' zorg wanneer het macro budgetair kader overschreden wordt. Vindt u het realistisch en proportioneel van aanbieders te verwachten dat zij zorg leveren waar geen vergoeding tegenover staat met alle financiële risico's vandien?	In de afgelopen jaren is het macro budgetair kader niet overschreden en is er geen sprake geweest van doorleverplicht. Wanneer blijkt dat het macro budgetair kader dreigt te worden overschreden gaat ZN tijdig in gesprek met VWS/NZA
177	1.2.2	U geeft aan het aantal klanten met leveringsvorm verblijfszorg, MPT en VPT per zorgaanbieder te gaan monitoren en	Er is geen eenduidige definitie te geven van minder intensieve klanten. Dit is afhankelijk van meerdere factoren, zoals de zorgvraag maar ook de

		daarbij te verwachten dat de minder intensieve klantgroepen hun indicatie verzilveren via MPT en VPT in plaats van via verblijfszorg. - Welke klantgroepen vallen bij u onder de noemer minder intensief? - Welke indicaties typeert u als zodanig? - Wat consequenties verbindt u aan de aantallen zoals door u gemonitord?	aanwezigheid van mantelzorg. De indicatie is hierin niet leidend. Op dit moment worden er geen consequenties verbonden aan de monitoring.
178	1.2.2	Hoe worden de voorstellen getoetst? Niet alles is smart te definiëren en dan is het mogelijk dat er per zorgkantoor afwijkend gekeken wordt naar voorstellen en kun je per regio afwijkende tarieven betaald krijgen.	In hoofdstuk 3.1.6 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024 - 2026 leest u hoe Menzis Zorgkantoor de inschrijvingen beoordeelt. En in hoofdstuk 2, paragraaf 2.4 en in Bijlage A Toelichting modules per sector, ziet u hoe de modules worden beoordeeld.
179	1.2.2	Hoe kijken zorgkantoren aan tegen uitbreiding van MPT en VPT in landelijk gebied? Deze uitbreiding is financieel voor zorgaanbieder alleen haalbaar als dit geclusterd plaats vindt.	Menzis Zorgkantoor hecht veel waarde aan het realiseren van capaciteit door middel van mpt en vpt, ook in landelijk gebied. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of deze capaciteit geclusterd of gespikkeld, of anders, wordt aangeboden. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd.
180	1.2.2	Hoe om te gaan met zorgaanbieders die reeds bezig zijn met deze onderdelen? Dan zijn de bewegingen reeds ingezet en dan kun je niet nog meer behalen. Dit zou een nadeel in tarief kunnen betekenen.	Gezien de demografische ontwikkelingen verwachten wij dat de bewegingen die al ingezet zijn nog verder doorgezet moeten worden om alle toekomstige Wlz klanten te helpen.
181	1.2.2	Blz 12: punt 4. Vraagt u hier om een verdeling van de doelgroepen in de regio over de verschillende zorgaanbieders?	Om een passend zorgaanbod voor complexe doelgroepen toegankelijk te houden, wordt deze zorg gecentraliseerd.
182	1.2.2	Inzet van informele zorg. Wat betekent het als deze informele zorg niet kan worden ingezet?	Informele zorgverleners kunnen ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en mantelzorgers zijn die een belangrijke rol spelen bij de klant. Wanneer die niet aanwezig zijn, vragen wij u een vangnet rondom de klant te creëren. Als het echt niet anders kan, is formele zorg het vangnet.
183	1.2.2	Menzis beloont via de inkoopsystematiek voor het leveren van digitale zorg. In het kader van transparante uitleg, op basis van welke informatie bepaalt Menzis de beloning?	In hoofdstuk 2.4 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024 - 2026 kunt u lezen hoe de module voor opslagen op basistariefpercentage vorm zijn gegeven en wat voor opslag hiervoor wordt gegeven. En zie daarnaast Bijlage A Toelichting modules per sector.
184	1.2.2	Pg 11. 1.2.2. punt 1 “We verwachten van u als zorgaanbieder dat u waar mogelijk de verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de klant en de inzet van de omgeving vergroot.”	Kijkend naar de dreigende personeelstekorten kunnen zorgaanbieders klanten bij de intake voor mpt/vpt, maar ook zeker intramurale opname, vragen wat ze zelf of wat de partner/mantelzorg kan verrichten zodat er meer informele zorg ingezet kan worden.

		Vraag: Wat moeten we van het Zorgkantoor anders doen dan nu?	
185	1.2.2	Pg 12. 1.2.2. punt 2. Menzis verwacht dat minder intensievere klantgroepen hun indicatie verzilveren via mpt/vpt in plaats van verblijfszorg. Vraag: Wat doet Menzis als een zorgorganisatie eind 2024, eind 2025, eind 2026 (nieuwe) cliënten heeft van minder intensieve klantgroepen in verblijfszorg en de zorgorganisatie daardoor een bezetting heeft met ook minder intensieve zorg?	De verwachting is dat de minder intensieve klantgroepen in de thuissituatie blijven, waardoor langzamerhand de complexe zorgvraag of palliatieve zorg in de intramurale setting groter gaat worden. Wij verwachten niet dat zorgaanbieders in 2026 alleen nog maar een bezetting hebben met minder intensieve zorg.
186	1.2.2	Pg 12. 1.2.2. punt 2. Vraag: Vindt Menzis het billijk van cliënten te verwachten dat zij binnen de muren van een verpleeghuis hun geïndiceerde Wlz indicatie verzilveren, gezien de hoge huurprijs als gevolg van de verrekening van algemene ruimtes die in een verpleeghuis hoger zijn dan in een reguliere nultrede/cluster woning? We vragen een inhoudelijk onderbouwd antwoord.	Als de klant kiest voor een intramurale opname, dan hoeft hij geen huur te betalen. De zorgaanbieder krijgt in de integrale tarieven een bijdrage voor de algemene ruimtes. De verrekening van de algemene ruimtes zijn niet meegenomen in geclusterde woonvormen (vpt) of nultredenwoningen (mpt), daarom is de subsidieregeling ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting (SOO) ter beschikking gesteld.
187	1.2.2	Pg 12.1.2.2. punt 2. Vraag: De vraag naar verpleeghuiszorg blijft groot (regiobeeld). Wij vinden het daarom niet reëel om van verpleeghuizen te verwachten dat zij verpleeghuiszorg om zetten naar vpt/mpt. We vragen daarop een reactie van Menzis.	De vastklikprocedure loopt tijdens deze inkoopprocedure. Hoe groot de intramurale capaciteit is, is dus nog niet bekend. Ook is de verdeling van plekken over de regio's nog niet bekend.
188	1.2.2	Pg 12.1.2.2. punt 2. Vraag: Verwacht Menzis omzetting van verpleeghuiszorg naar vpt/mpt? Zo nee, is Menzis het er dan mee eens dat het voor verpleeghuiszorgorganisaties gaat om een uitbreiding van aantal cliënten, wil deze organisatie vpt/mpt gaan bieden?	Nee, Menzis Zorgkantoor verwacht niet dat bestaande intramurale capaciteit wordt omgezet naar mpt/vpt. Als u meer klanten gaat helpen met mpt/vpt, dan betekent dit een uitbreiding van het aantal klanten.
189	1.2.2	Pg 12. 1.2.2. punt 2. Vraag: Verwacht Menzis omzetting van verpleeghuiszorg naar vpt/mpt? Zo nee, dan is de zorgorganisatie (en het zorgkantoor) afhankelijk van woningen voor geclusterd of gespikkeld wonen elders. Vraag: welke praktische actie onderneemt het Zorgkantoor Menzis om in de regio voldoende geschikte woningen voor geclusterde zorg (vpt/mpt) te realiseren voor haar klanten?	Nee, Menzis Zorgkantoor verwacht niet dat bestaande intramurale capaciteit wordt omgezet naar mpt/vpt. Wij verwachten dat uitbreiding van zorg vooral plaatsvindt in mpt/vpt. Menzis Zorgkantoor overlegt met gemeenten/corporaties om te komen tot een woonzorgvisie waarin voldoende woningen voor aandachtsgroepen worden gerealiseerd.
190	1.2.2	Pg. 12 Menzis verwacht dat zorgorganisaties de klant bewust maakt van de mogelijkheden van mpt en vpt en dat wij samen met de klant en de naasten vaststellen of verblijfszorg werkelijk nodig is. Vraag: op welke grond kan de zorgaanbieder vaststellen of verblijfszorg werkelijk nodig is?	Door het vaststellen van een vaste Wlz-capaciteit in de VV-sector kan er een tekort van verblijfsplekken onstaan. Als Zorgkantoor willen wij het liefst deze plekken gebruiken voor klanten die deze zorg het hardste nodig hebben, zodat er minder ondoelmatige overbruggingszorg hoeft te worden ingezet. Als een klant zijn recht op zorg met verblijf in een instelling tot gelding wil brengen kan hij hiervoor kiezen, maar dit is geen verplichting. Veel klanten willen thuis blijven wonen, maar dat is niet altijd verantwoord. Door

			in gesprek te gaan met de klant en de naasten kan er gekeken worden of de klant niet naar een geclusterde woonvorm of een intramurale instelling kan gaan.
191	1.2.2	Pg 12 punt 1.2.2 punt 2: Vraag: Wat is de grondslag voor de zorgaanbieder om standaard met mensen die bij hun aankloppen voor een verblijfsplaats (mensen met een Wlz indicatie afgegeven door het CIZ, dus mensen met recht op langdurige zorg) te bespreken of mpt/vpt niet beter zou zijn voor ze? Is dit een taak die de zorgaanbieders volgens de Wlz en onderliggende beleidsregels hebben?	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
192	1.2.2	Pg 12 punt 1.2.2 De beweging die Menzis stimuleert vraagt niet alleen inzet van verpleeghuiszorg, maar ook van de huisartsen en wijkverpleging. Vergroten van vpt en mpt in de Wlz, betekent vergroten van de inzet van de huisartsen en thuiszorg. Vraag: Hoe bewaakt het zorgkantoor Menzis dat ook deze sectoren gelijktijdig voldoende meebewegen. Hoe worden de Wlz leveranciers gecompenseerd als de inzet van huisartsen en thuiszorg onvoldoende is en de Wlz dus onverkort belast blijft?	Menzis Zorgkantoor verwacht dat Wlz-zorgaanbieders binnen het totale systeem (over de domeinen) voldoende afstemmen, zodat zorg efficiënter georganiseerd kan worden en daardoor de (personeels)tekorten verminderen. Menzis Zorgkantoor probeert in overleg met Menzis zorgverzekeraar de inzet van de huisartsen te bevorderen. De zorgaanbieder wordt voor zijn inspanningen niet gecompenseerd of extra beloond.
193	1.2.2	Pg 12. 1.2.2. Cliënten worden gestimuleerd om in eerste instantie hun Wlz indicatie te verzilveren via mpt, als dat niet kan via vpt en als laatste via verblijfszorg. Dit heeft consequenties voor cliënten wat betreft hun voorzieningen thuis, eventueel benodigde woningaanpassing en technologie, financiën. Wij vragen van Menzis een toelichting hoe het Zorgkantoor in deze beweging rekening houdt met de gevolgen voor de cliënten.	Wanneer klanten hun Wlz-indicatie verzilveren in de thuissituatie vergoedt de gemeente de woningaanpassingen. Dit is reeds bestaand beleid en is niet gewijzigd. https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wonen/woningaanpassingen In de mpt bestaat reeds de mogelijkheid om via de prestatie thuiszorgtechnologie zorg op afstand aan een klant te realiseren waarbij de zorgaanbieder een gedeelte van de techniek vergoed krijgt. Bovenstaande is reeds bestaand beleid en zal de komende periode niet veranderen. Hierdoor kunnen klanten langer in de thuissituatie blijven wonen.
194	1.2.2	Ook voor de meest complexe doelgroepen moet de zorg toegankelijk blijven. Met als uitgangspunt regionaal en dichtbij de klant als het kan, gecentraliseerd en mogelijk verder weg als dat nodig is om de kwaliteit en toegankelijkheid te borgen Wat verstaat u onder ‘de meest complexe doelgroepen’? Hoe ziet u de zorg voor deze doelgroepen voor zich als u dat vertaalt naar de situatie in Groningen? Ziet u Groningen als één regio? En hoe komt dit uitgangspunt concreet terug in uw inkoopkader?	In Bijlage A Toelichting modules per sector kunt u bij Module 3 lezen wat wij verstaan onder 'de meest complexe doelgroepen'. Kijkend naar de regio Groningen verwachten wij dat deze zorg gecentraliseerd vormgegeven gaat worden. Menzis Zorgkantoor is door het Ministerie van VWS aangewezen als Wlz-uitvoerder voor provincie Groningen. In de regio zijn er verschillende subregio's. In het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 komt het uitgangspunt terug in het inkoopkader.
195	1.2.2	U verwacht dat de zorgaanbieder de inzet van de omgeving van de cliënt vergroot. Dit Is erg vaag. Kan Menzis concreet	Wij verwachten dat de zorgaanbieders in de regio het netwerk rondom de klant versterkt voor zover mogelijk. Dit kan op verschillende manieren. Er

		aangeven welke maatregelen zij verwacht van de zorgprofessional? En kunt u in de beantwoording aangeven welke rol u verwacht van de zorgprofessional bij het overwinnen van weerstand of praktische onmogelijkheden/beperkingen van informele zorgverleners?	zijn thuiszorgtools, maar er kan ook gedacht worden aan het maken van handige video's voor mantelzorgers over het aan- en uittrekken van steunkousen, het helpen bij het aankleden/uitkleden op bed, hulp bij omgaan met dementie enzovoort. En door informatiebijeenkomsten te organiseren of mantelzorgers korte cursussen te geven, zodat zij zich bekwaam voelen.
196	1.2.2	Tot waar reikt de verantwoordelijkheid van zorgprofessional in de context van inzet van informele zorg, vrijwilligers, zelfhulpgroepen en ervaringsdeskundigen('het verschuiven naar informele zorg', zoals Menzis het zelf beschrijft)?	U moet zich aan de geldende wet- en regelgeving houden. Door het Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan in de V&Vsector, ligt er een mooie visie om de kwaliteit van zorg en ondersteuning rondom de klant passend te maken. De concrete aanpak, maar ook wie is waarvoor verantwoordelijk, is echter nog niet uitgewerkt en zal nog moeten plaatsvinden.
197	1.2.2	Eerst kijkt u in gesprek met de klant of mpt een passende leveringsvorm is voor de klant. Door zoveel mogelijk klanten via mpt zorg te leveren zijn we in staat om meer klanten zorg te bieden. Deze visie lijkt gestoeld te zijn op de gedachte van een stedelijke omgeving/centrum gemeente en is volgens ons niet passend voor zorgverlening op het platteland, niet stedelijke gebieden of centrum gemeente. Wat is de visie van Menzis op zorglevering op het platteland, niet stedelijke gebieden of centrum gemeente? Hoe ziet Menzis de verbinding met haar eigen beleid t.o.v. het gerealiseerde binnen de opdracht van het woondomein (zijn er geschikte woningen om mensen thuis te laten wonen).	Menzis Zorgkantoor hecht veel waarde aan het realiseren van capaciteit door middel van MPT en VPT, ook in landelijk gebied. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of deze capaciteit geclusterd of gespikkeld, of anders, wordt aangeboden. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze MPT en VPT zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd.
198	1.2.2	Is Menzis bereid om structureel (in tarief) bij te dragen als volgens zorgaanbieder blijkt dat zorgtechnologie bijdraagt aan doelmatigheid (arbeidsbesparing), maar duurder is in materiaal? Dit leidt tot hogere kosten.	Menzis Zorgkantoor is niet bereid om structureel in tarief bij te dragen wanneer blijkt dat het materiaal duurder is dan de opslag. Menzis Zorgkantoor gaat wel in gesprek met de NZa en ZN om dit onder de aandacht te brengen.
199	1.2.2	Op welke wijze borgt het zorgkantoor de belangen van de niets systeemaanbieders, dus de middelgrote en kleinere zorgaanbieders? Deze aanbieders hebben lokaal immers een belangrijke taak om domeinoverstijgend te werken.	De belangen van alle zorgaanbieders worden behartigd, want iedereen kan zich voor één of meerdere modules inschrijven. Alle zorgaanbieders hebben een belangrijke taak om domeinoverstijgend samen te werken.
200	1.2.2	Hier valt bijna niet op te sturen en het is de vraag waar de zorgaanbieder de tijd en het geld vandaan moeten halen om hierin te investeren. Door de toenemende vraag blijven alle plaatsen hoe dan ook bezet. De selectie aan de poort begint bij de indicatiestelling. Als een klant een indicatie heeft, is het niet aan ons om de klant de deur te wijzen. Als u verwacht	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Indien de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend. Voorlichting is onderdeel van de reguliere zorgverlening en wordt niet aanvullend bekostigd.

		dat wij daar tijd en geld in gaan steken, dan dient daar ook een adequate vergoeding tegenover te staan.	
201	1.2.2	Welke beloning ontvangen zorgaanbieders van u? Het voorkomen van een tariefkorting door de Modules niet te realiseren is naar onze mening geen beloning.	Door in te schrijven op een module kan de zorgaanbieder een opslag toegekend krijgen. Als tegenprestatie wordt van de zorgaanbieder iets extra's verwacht. Wanneer de zorgaanbieder dit vervolgens niet (volledig) realiseert, is het naar mening van Menzis Zorgkantoor niet onlogisch om de opslag dan ook (deels) terug te vorderen.
202	1.2.2	Wij zijn van mening dat wij aan al onze cliënten passende zorg leveren. U presenteert dit als een nieuwe verwachting. Kunt u aangeven wat u concreet van ons verwacht? En kunt u aangeven hoe wij dit in het proces moeten borgen? Daarnaast: welke stimulans mogen wij van u verwachten?	Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden verwachten wij van de zorgaanbieder dat hij in de bewegingen mee gaat. Menzis Zorgkantoor verwacht dat u in gesprek gaat met klanten om te praten over passende zorg. Hoe u dit in uw proces borgt, is de verantwoordelijkheid van uw organisatie. Menzis Zorgkantoor wil met het opslagpercentage zorgaanbieders extra stimuleren.
203	1.2.2	Wij werken als zorgaanbieder in de provincie Groningen. Wij zien de regio specifieke context niet terugkomen. Kun u aangeven welke regio specifieke context u heeft geïdentificeerd? En op welke wijze heeft u hier rekening gehouden in het opstellen van het Regionaal inkoopbeleid?	In paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid is aangegeven op welke wijze Menzis Zorgkantoor rekening houdt met regionale factoren. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis oog voor de regionale situatie zoals de afspraken met VWS, zorgaanbieders en Menzis Zorgkantoor in het Groninger Zorgakkoord.
204	1.2.2	U stuurt aan op zo lang mogelijk thuis geclusterd en gespikkeld mpt/ vpt waarbij een gezonde bedrijfsvoering van essentieel belang is. Hoe verhoudt dit zich tot regionale bereikbaarheid (voornamelijk in de nacht) die vanuit de extramurale zorg rust op het principe "geen zorg tenzij". Dit staat haaks op het WLZ 24 uurs zorg in nabijheid. Verwacht u dat zorgaanbieders dit ook regionaal gaan organiseren? Zo ja: komt er dan een splitsing in de extramurale zorg zvw/ wlz?	Wij verwachten dat de zorgaanbieder dit regionaal organiseert. Binnen de Wlz maakt dit onderdeel uit van het integraal tarief.
205	1.2.2	Mogen de zorgaanbieders zelf de normen bepalen waarin MPT, VPT en verblijfszorg gegeven kunnen worden?	Aan de leveringsvormen zijn voorwaarden verbonden. Bij een mpt en vpt moet de zorg naar het oordeel van het Zorgkantoor verantwoord en doelmatig kunnen worden geleverd.
206	1.2.2	U verwacht dat wij aandacht hebben voor goed werkgeverschap. Eén van de onderdelen daarvan is een goede beloning. Hoe verhoudt zich dit tot de door u geboden tariefpercentages?	Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen.

207	1.2.2	Hoe houdt u rekening met gevolgen van publicatie van nieuwe landelijke beleidsstukken en richtlijnen?	We houden rekening met mogelijk nieuwe landelijke beleidsstukken en richtlijnen. Zodra dat van toepassing is, informeren wij hier zorgaanbieders tijdig over.
208	1.2.2	De technologische ontwikkelingen gaan erg snel. Wat is de reden dat u ervoor kiest om implementatie van bestaande innovaties voorrang te geven boven het ontwikkelen van nieuwe innovaties? Hoe verwacht u dat nieuwe innovaties vanuit de zorgsector worden ontwikkeld, wanneer deze innovatie niet wordt gestimuleerd? Hoe verwacht u dat nieuwe innovaties worden ontwikkeld, wanneer daar feitelijk geen adequate ontwikkelvergoeding tegenover staat?	Nieuwe toepassingen moedigen we zeker ook aan als deze bijdragen aan een toekomstbestendige langdurige zorg met focus op arbeidsbesparende interventies, echter dit moet ons inziens bekostigd worden uit innovatieregelingen en niet uit reguliere middelen.
209	1.2.2	Er is een groot tekort aan levensloopbestedinge woningen. Als MPT en VPT daarmee niet of onvoldoende tot de mogelijkheden behoren, dient het de zorgaanbieders niet aangerekend te worden dat de beweging naar meer MPT en VPT niet mogelijk is. Hoe houdt u hier rekening mee?	In overleg met gemeenten en corporaties brengen wij onder de aandacht dat er meer levensloopbestendige woningen of geclusterde woonvormen gerealiseerd moeten worden. Als er onvoldoende woningen zijn, wordt dit de zorgaanbieders niet aangerekend.
210	1.2.2	Welke concrete acties mogen wij van Menzis verwachten bij de reductie van administratieve lasten van zorgpersoneel op cliënt(dossier) niveau?	Menzis Zorgkantoor draagt op verschillende manieren bij aan het verminderen van de administratieve lasten, zoals: - we gaan met u in gesprek zodat wij goede voorbeelden kunnen delen en ophalen, - we sluiten aan op Kik-V - we gaan in gesprek over het gebruik van technologie, bijvoorbeeld spraakgestuurd rapporteren.
211	1.2.2	Menzis monitort het aantal klanten met leveringsvorm verblijfszorg, mpt en vpt per zorgaanbieder en verwachten dat de minder intensieve klantgroepen hun indicatie verzilveren via mpt en vpt in plaats van verblijfszorg. Is deze verwachting alleen voor nieuwe klanten, of verwacht Menzis dat ook bestaande klanten met minder intensieve zorg en een ZZP financiering omgezet gaan worden naar een vpt of mpt?	Menzis Zorgkantoor vraagt zorgaanbieders om bij nieuwe klanten nadrukkelijk de mogelijkheid van mpt en vpt onder de aandacht te brengen, en monitort het aantal nieuwe klanten met deze vorm van zorglevering. Het staat de zorgaanbieder vrij om daarnaast bij bestaande klanten deze vormen van zorg (mpt en vpt) onder de aandacht te brengen als de zorgaanbieder van mening is dat deze zorgvormen voor de klant adequaat zijn.
212	1.2.2	U wilt dat klanten hun indicatie verzilveren door meer mpt/vpt af te nemen in plaats van via verblijfzorg. Hoe gaat u daar aan bijdragen en hoe denkt u dat zorgorganisaties dat kunnen bewerkstelligen?	Menzis Zorgkantoor gaat met klanten en naasten communiceren om het bewustzijn en acceptatie te vergroten. In samenwerking met zorgaanbieders, maar ook door te communiceren in de krant. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze MPT en VPT zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd.
213	1.2.2	Vraag 1. U gaat uit van inzet van de omgeving en het vergroten van informele zorg. Wat betekent dit voor kwaliteitseisen als het gaat om bijvoorbeeld hygiëne, toezicht en dergelijke? Vraag 2.	1. De toepasselijke kwaliteitskaders blijven leidend. 2. Ten aanzien van het vergroten van de zelfredzaamheid is Menzis Zorgkantoor van mening dat dit onderdeel is van het zorgplan, en binnen de bestaande formatie kan worden opgepakt. Menzis Zorgkantoor schrijft niet voor dat de zorgaanbieder met minder personeel moet werken. Wel signaleert Menzis Zorgkantoor dat de krapte op de arbeidsmarkt de

		Met minder personeel efficiënter werken en toch gaat u ervan uit dat wij tijd besteden aan een passende leveringsvorm. We zijn het volledig eens met passende zorg en vergroten zelfredzaamheid. Om dat voor elkaar te krijgen is echter tijd (en geld) nodig. Hoe gaat u voorzien in geld hiervoor? Vraag 3. Waar zit volgens u de scheidslijn tussen wijkzorg (Zvw) en mpt/vpt thuis? Vraag 4. Wat maakt dat u denkt dat mpt een efficiënte zorgleveringsvorm is, terwijl er bij een mpt sprake kan zijn van meerdere zorgaanbieders bij eenzelfde cliënt, wat in beginsel kostenverhogend en kwaliteitsverlagend werkt? Vraag 5. Hoe ziet u de samenwerking tussen huisarts, wijkverpleging en mpt/vpt thuis? Hoe gaat u bevorderen dat de cliënt thuis centraal staat, terwijl de ontschotting in regelgeving niet gerealiseerd is en er sprake is van personeelstekorten in al die sectoren? Wat verwacht u van de zorgaanbieders om dit op te lossen terwijl wij met minder geld toe moeten? Vraag 6. U verwacht dat minder intensieve klantgroepen hun indicatie verzilveren via mpt/vpt in plaats van verblijfszorg. Wat is uw definitie van intensieve klantgroepen? En wat is de consequentie van uw verwachting: blijft er nog intramurale zorg mogelijk voor minder intensieve klantgroepen? Vraag 7. Door middel van uw inkoopsystematiek beloont u zorgaanbieders die de inzet van digitale zorg verder opschalen. Betekent dit dat beloning uitsluitend mogelijk is via de modules? Gaat u er daarbij vanuit dat digitale zorg geen onderdeel is van het reguliere tarief? Waarom maakt u het voor zorgaanbieders niet mogelijk om vooruitgang te boeken binnen het reguliere tarief? Waarmee u tijd en energie van allerlei losse projecten bespaart?	zorgaanbieder in de positie kan brengen dat keuzes moeten worden gemaakt tern aanzien van inzet van personeel. 3. MPT wordt vanuit de WLZ betaald, het CIZ heeft daarvoor een indicatie afgegeven. Dat betekent dat sprake is van een behoefte aan langdurige zorg. Bij de wijkzorg, bekostigd uit de ZVW, is niet altijd sprake van een langdurige behoefte aan zorg. 4. Een MPT is kosteneffectief omdat vanuit de totale financiele middelen meer klanten zorg geboden kan worden. Het feit dat meerdere zorgaanbieders (eventueel in onderaanneming) hierbij betrokken worden, is niet per definitie kostenverhogend. 5. Wij verwachten dat u de MGZ organiseert. 6. Er is geen eenduidige definitie te geven van minder intensieve klanten. Dit is afhankelijk van meerdere factoren, zoals de zorgvraag maar ook de aanwezigheid van mantelzorg.De verwachting is dat de minder intensieve klantgroepen in de thuissituatie blijven, waardoor langzamerhand de complexe zorgvraag of palliatieve zorg in de intramurale setting groter gaat worden. 7. In de Mpt bestaat reeds de mogelijkheid om thuiszorgtechnologie in te zetten en te declareren. Dat is niet het geval in de intramurale setting daarom is hiervoor een opslag mogelijk.
214	1.2.2	In het document paragraaf 1.2.3 pg. 15: U brengt ons op de hoogte van bewezen duurzame methodes en verwachten dat u deze toepast. Zorgaanbieders hebben hierin al hun eigen plannen, prioritering en begroting,	In de beleidsregel 2024 van de ZZP's staat een verhoging van de NHC met gemiddeld 3,25% vanwege de verduurzaming van vastgoed. Wij verwachten als Menzis Zorgkantoor dat u dit inzet voor verduurzaming

		dus dit komt er mogelijk aan extra eis bij. Op welke wijze worden zorgaanbieders geacht deze extra investering te financieren?	
215	1.2.2	Met het implementeren van innovaties in de zorg is een grote investering gemoeid. De tariefsopslag is slechts 0,2% en staat niet in verhouding tot de daadwerkelijk investeringen die gedaan moeten worden. 1. Hoe bent u tot dit percentage gekomen? 2. Waarom geldt dit percentage niet voor de MPT en VPT clienten?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
216	1.2.2	Wij maken bezwaar tegen het eenzijdig opleggen van 'bewezen duurzame methodes' met de verplichting die toe te passen. Verzoek om dit uit het beleid te schrappen.	Menzis Zorgkantoor kan zich niet vinden in het bezwaar en zal het inkoopbeleid op dit punt dan ook niet aanpassen.
217	1.2.2	U geeft aan: "Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan het richttariefpercentage van de sector waarvoor u inschrijft, indien uw tariefpercentage 2023 groter of gelijk is aan het richttariefpercentage Of: Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan uw tariefpercentage 2023 indien dit percentage lager is dan het richttariefpercentage". Dit is een vorm van rechtsongelijkheid. Immers de Zorgaanbieder kan niet in onderhandeling over het tarief maar een aantal aanbieders krijgt een hoger richttarief dan een andere Zorgaanbieder, terwijl dezelfde producten worden afgenomen. Kunt u in de overeenkomst opnemen "Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan het richttariefpercentage van de sector waarvoor u inschrijft" (zonder de bovenstaand opgenomen toevoegingen)? Zo nee, waarom niet?	Het uitgangspunt van Menzis Zorgkantoor is dat reële/proportionele tarieven worden betaald. Het richttariefpercentage wat uit het kostprijsonderzoek (bijlage 7) volgt, is slechts een uitgangspunt. Bij dit uitgangspunt zijn, ten eerste, afwijkingen naar boven toe mogelijk aan de hand van zorgkantoor specifiek beleid voor regionale aanpassingen (modules) en de hardheidsclausule. Omdat het richttariefpercentage een uitgangspunt is, is, ten tweede, naar beneden toe afwijken ook mogelijk. Ook dit kan leiden tot een reëel/proportioneel tarief. In het geval zorgaanbieders in het verleden uitkonden met een lager percentage dan het richttariefpercentage, dan vermag Menzis Zorgkantoor niet in te zien waarom een hoger richttariefpercentage zou moeten worden gekozen om uit te komen op een reëel/proportioneel tarief.
218	1.2.2	Menzis wil de zelfredzaamheid vergroten door een deel van de zorg te verschuiven naar informele zorg, zodat het beroep op de formele zorg verlaagd wordt. - Vraag: Mantelzorgers zijn in de regel zwaar overbelast	Kijkend naar de (dreigende) personeelstekorten kunnen zorgaanbieders bij de intake voor intramurale opname, mantelzorgers vragen of ze een rol kunnen vervullen bij de intramurale zorg

		wanneer cliënten intramuraal worden opgenomen. Verwacht Menzis ook dat mantelzorgers een grotere rol gaan vervullen bij cliënten die intramuraal verblijven?	
219	1.2.2	U geeft aan dat wij als zorgaanbieder eerst moeten kijken naar een MPT plek als optie, dan naar een VPT plek als optie, wanneer beide plekken geen passende leveringsvorm zijn, pas dan komt iemand in aanmerking voor intramuraal verblijf. - Vraag: Is het niet de taak van het Zorgkantoor om met de cliënt te kijken naar wat de meest geschikte vorm is (MPT/VPT/Intramuraal verblijf)? Eventueel ondersteunt door een cliëntondersteuner? Waarom wordt deze taak bij de aanbieder neergelegd? - Vraag: Hoe gaat dit in zijn werk wanneer je als organisatie alleen intramuraal verblijf biedt en geen MPT en VPT zorg? Verwacht Menzis dan dat je als organisatie doorbemiddeld naar een andere organisatie?	1. Menzis helpt de klant bij het maken van de juiste keuzes. Ook de onafhankelijke cliëntondersteuner kan de klant ondersteunen om voor het juiste zorgaanbod te kiezen. Echter de zorgaanbieder heeft beter zicht of de klant en klantvraag past binnen het zorgaanbod van de zorgaanbieder. 2. In het Voorschrift Zorgtoewijzing staan de rollen van de diverse functies van dossierhouder en coördinator zorg thuis beschreven. Wanneer een klant kiest voor vpt en uw organisatie hiervoor uitkiest, dan wordt u dossierhouder. 3. Indien u deze zorg niet levert, dient de zorgaanbieder in contact te treden met de klant om dit aan te geven. Ook dient u aan de klant een alternatief aan te bieden.
220	1.2.2	Positieve gezondheid en behoud van zelfstandigheid en leefkracht van de klant als uitgangspunt. Vragen: - Bedoeld Menzis hiermee dat de zorgaanbieders positieve gezondheid moeten invoeren? - Wat verstaat Menzis onder leefkracht, en hoe meten we dat? - Met deze regionale invulling is Menzis beleid aan het invullen voor de zorgaanbieders, waar dit naar ons idee de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders is; het HOE is aan de zorgaanbieders. We leggen dit graag uit in de reguliere afstemmingsmomenten. Is Menzis het hiermee eens, en waarom wel/ niet? Graag een toelichting. - Past Menzis de inkoopvoorwaarden hierop aan? - 'We verwachten ... van de omgeving vergroot.' Bedoelt Menzis hiermee dat de WLZ wordt afgeschaald? Zo niet, hoe wordt deze zin dan wel bedoeld? Graag een toelichting.	1. Menzis Zorgkantoor stelt niet verplicht dat zorgaanbieders positieve gezondheid moeten invoeren. Veel zorgaanbieders werken op diverse afdelingen/locaties met positieve gezondheid. We zien het als een belangrijk onderdeel voor de noodzakelijke transformatie. 2. Leefkracht staat voor de postieve kracht van gezond leven, zodat de klant nog activiteiten kan doen die voor hem/haar belangrijk zijn. Dit is niet wetenschappelijk te meten. 3. Wij vragen de zorgaanbieder om de verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de klant, in de inzet van de omgeving, te vergroten. Wij schrijven de zorgaanbieder niet voor HOE ze dat moeten realiseren. 4. Menzis Zorgkantoor past de inkoopvoorwaarden hierop niet aan. 5. We verwachten dat wanneer de omgeving meer wordt ingezet, de Wlz niet wordt afgeschaald.
221	1.2.2	Digitaal als het kan 'Wij vragen u om actief de effecten van digitaal werken te toetsen op tevredenheid, kwaliteit, kosten en arbeidsbesparing. Ook verwachten wij dat u de resultaten, knel- en verbeterpunten actief met ons deelt. Door middel van onze inkoopsystematiek belonen we zorgaanbieders, die de digitale zorg verder opschalen. ' - Het monitoren van de effecten en rapporteren hierover aan	Menzis Zorgkantoor vindt digitalisering van belang als antwoord op onder meer betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Menzis Zorgkantoor wil weten of digitalisering het beoogde effect heeft, en zal om die reden de zorgaanbieders om rappportages vragen.

		Menzis geeft extra administratieve lasten. Dit is tegenstrijdig met het gestelde in de inleiding dat de bedoeling is van Menzis om de zorgaanbieders niet op te zadelen met extra administratie. Klopt deze stelling? Zo ja, is Menzis bereidt om deze metingen en rapportages te laten vervallen? Zo nee waarom niet? Graag een onderbouwing. - Hoe ziet Menzis dat deze effecten gemeten worden en hoe vaak? - Wanneer is het goed en wanneer is het niet goed? - Zijn er sancties als de 'scores' onvoldoende zijn? Zijn er opslagen als er voldoende wordt gescoord? Hoe gaat dit in zijn werk? Graag een toelichting.	
222	1.2.2	Thuis als het kan We zien de beoordeling door het CIZ en door zorgaanbieders als een dubbele beoordeling en dus dubbele kosten. Bovendien is een risico dat er anders naar de zorgvraag wordt gekeken. - Is de achterliggende bedoeling dat er minder zware indicaties worden afgegeven? Graag een toelichting. - wat is de toegevoegde waarde voor de client/ bewoner?	Het CIZ is een onafhankelijke indicatiestellend orgaan en stelt de indicaties vast en dat kunnen lichte en zware indicaties zijn. Doordat de zorgaanbieder in gesprek gaat met de klant ontstaat er een beter beeld van de zorgvraag, netwerk en inzet van de mantelzorger
223	1.2.2	Thuis als het kan Het indiceren door het CIZ en beoordelen door de zorgaanbieder of het thuis kan maakt het zorgkantoor een inefficiencyslag de verkeerde kant op, namelijk weer terug naar de ZVW. Deze inefficiency is structureel. Naar ons idee is het beter om in te zetten op zorgaanbod voor die mensen die een WLZ plek nodig hebben. Is Menzis het eens met deze stelling? Zo ja, worden de inkoopvoorwaarden hierop aangepast?	Menzis Zorgkantoor is het niet eens met de stelling. Door gewijzigde omstandigheden, zoals krapte op de arbeidsmarkt, het bevriezen van de intramurale capaciteit en de oplopende wachtlijsten wordt de keuze noodgedwongen beperkt en blijven klanten langer thuis wonen met een Wlz-indicatie. We streven ernaar dat er nog steeds een keuze is, ook al zijn de mogelijkheden beperkt.
224	1.2.2	Digitaal als het kan De inzet van digitale middelen bij WZL cliënten met een zwaardere ZZP in intramurale setting is beperkt toepasbaar. Zij worden hiermee benadeeld en dit stimuleert de beweging naar selectie van lichtere cliënten. Is er op enige manier differentiatie in de gewenste digitalisering naar zorgzwaarte?	De module "digitaal als het kan" richt zich op de grootschalige inzet van digitale zorg op intramurale locaties. In uw voorstel dient u in te gaan op de wensen en mogelijkheden van de klant en zijn naasten bij het gebruik van digitale middelen. U kunt daar zelf keuzes in maken.
225	1.2.2	Organiseren van passend aanbod Wordt van systeemaanbieders gevraagd om beschikbaarheid van crisisbedden en voor opvang van 'restcategorien' cliënten die nergens geplaatst kunnen worden?	Menzis Zorgkantoor heeft in elke regio met systeemaanbieders afspraken gemaakt over het aantal crisisbedden VV. Voor wat betreft 'moeilijk plaatsbare klanten: dit wordt regiobreed opgepakt.

226	1.2.2	Kunt u nader toelichten op welke manier zorgaanbieders beloond worden die de inzet van digitale zorg verder opschalen?	U kunt zich inschrijven voor een module, zoals beschreven in paragraaf 2.4.
227	1.2.2	In deze paragraaf stelt u onder: Zelf als het kan, dat zorgaanbieders geacht worden advies, voorlichting en instructies te geven aan de klant of zijn netwerk. Thuis als het kan, dat de zorgaanbieder in gesprek met de klant moet gaan. Eveneens dat de zorgaanbieder de klant bewust maakt van de mogelijkheden van VPT en MPT. Hierover hebben wij de volgende vragen: (i) In welke context worden deze activiteiten geacht plaats te vinden en onder welke betaaltitel? Wij maken bezwaar tegen deze uitbreiding van activiteiten als hiervoor geen aanvullende, reële bekostiging is, tenzij u dit kunt onderbouwen. (ii) Op grond van artikel 3.3.1 ev Wlz heeft de cliënt recht op vier mogelijke verzilveringsvormen, zijnde Zorg met Verblijf, VPT, MPT en PGB. De cliënt verzilvert zijn indicatie bij de Wlz uitvoerder, het Zorgkantoor. Desgewenst kan de cliënt gebruik maken van clientondersteuning. Wat is de reden dat u het gesprek over de verzilvering bij de zorgaanbieder neerlegt? (iii) Bent u het ermee eens dat het een oneigenlijke taak is de zorgaanbieder te belasten met de gesprekken over de verzilvering? Zo neen, waarom niet? (iv) Hoe komt deze extra taak terug in de reële tarieven? (v) U stimuleert de leveringsvormen VPT en MPT, hoe stimuleert u dat anders dan in de modules? (v) Hoe verhoudt het wettelijk recht van de client zich ten opzichte van uw verwachting dat het aantal minder intensieve cliënten de keuze maakt voor VPT/MPT? (vi) Wat verstaat u onder het begrip ‘minder intensieve zorg’? (vii) Verbindt het Zorgkantoor consequenties aan de toename van VPT/MPT repectievelijk het uitblijven daarvan, zo ja welke zijn dat?	Advies, instructie en voorlichting (AIV) zijn onderdeel van de reguliere zorgverlening en worden niet aanvullend bekostigd. Ditzelfde geldt voor zorgbemiddeling. Dit is onderdeel van het reguliere proces van een zorgaanbieder, zoals ook in het voorschrift zorgtoewijzing toegelicht. Indien nodig, maar niet standaard, kan de onafhankelijke cliëntondersteuner worden ingezet. Menzis Zorgkantoor wil klanten stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zorgaanbieder wordt gestimuleerd via de modules, zoals beschreven in bijlage A.

228	1.2.2	U beschrijft dat u zorgaanbieders stimuleert om in gesprek te gaan over passende zorg, waarbij eerst wordt gekeken naar MPT, dan naar VPT en dan naar verblijf. Tevens schrijft u dat VPT alleen geschikt is als een zorgaanbieder het volledige pakket zelf levert. Voor sommige cliëntgroepen is geclusterd wonen middels VPT meer passend dan MPT ondanks dat de cliënt per saldo (nog) niet zoveel formele zorg ontvangt. Daarnaast richten sommige zorgaanbieders zich juist op specialisaties, waardoor voor zaken als huishoudelijke hulp of maaltijdondersteuning daarom bewust wordt gewerkt met onderaannemers die voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Bent u het met ons eens dat in de dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder flexibel kan worden omgegaan met het onderscheid tussen het inzetten van VPT en MPT?	Menzis Zorgkantoor gaat bij het maken van contract afspraken over mpt en vpt ervan uit dat deze zorg doelmatig wordt verleend. Het contracteren en leveren van een vpt die niet helemaal wordt uitgenut, is niet doelmatig: er wordt meer zorg betaald dan geleverd.
229	1.2.2	In het document geeft u aan "beperken administratieve lasten". Hoe gaat u dit concreet invullen? Hoe gaat Menzis er voor zorgen dat aanbieders minder administratieve lasten ervaren?	Menzis Zorgkantoor draagt op verschillende manieren bij aan het verminderen van de administratieve lasten, zoals: - We gaan met u in gesprek zodat wij goede voorbeelden kunnen delen en ophalen. - We sluiten aan op Kik-V. - We gaan in gesprek over het gebruik van technologie, bijvoorbeeld spraakgestuurd rapporteren.
230	1.2.2	1.2.2 Wat bedoeld Zorgkantoor Menzis met passende zorg / "waar mogelijk dichtbij bij de cliënt"? Zorg wordt namelijk reeds dichtbij de cliënt geleverd.	Dat is inderdaad correct en heeft ook onze voorkeur, maar u kunt bijvoorbeeld ook beeldzorg inzetten in de thuissituatie.
231	1.2.2	1.2.2. U beschrijft een stappenplan waarbij de cliënt keuzevrijheid heeft om te opteren voor vpt/mpt danwel verblijfszorg. Binnen onze stichting zullen wij uitvoering geven aan deze route (inclusief bewustwording mogelijkheid vpt/mpt) echter hoe acteert Zorgkantoor Menzis als mocht blijken dat desondanks de vraag om verblijfszorg ongewijzigd (= wachtlijsten) danwel verder toeneemt?	Indien de wachtlijsten gaan oplopen zal Menzis Zorgkantoor dit onder de aandacht brengen van het Ministerie van VWS
232	1.2.2	In lijn met eerdere vraag: U schrijft dat u de ontwikkeling van het aantal klanten met leveringsvorm verblijfszorg, mpt en vpt zult gaan monitoren en verwacht dat de minder intensieve doelgroepen hun indicaties verzilveren via vpt/mpt. Kunt u aangeven wat de minder intensieve doelgroepen zijn, hoe de keuzevrijheid meeweegt in deze monitoring en wat tenslotte de uitgangspositie gaat zijn?	Menzis Zorgkantoor stimuleert de inzet van mpt en vpt en communiceert dit actief, ook naar cliënten. In de situatie dat de cliënt geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de cliënt leidend. Er is geen eenduidige definitie te geven van minder intensieve klanten. Dit is afhankelijk van meerdere factoren, zoals de zorgvraag maar ook de aanwezigheid van mantelzorg. De indicatie is hierin niet leidend. Op dit moment worden er geen consequenties verbonden aan de monitoring.

233	1.2.2	Regionaal inkoopbeleid, hoofdstuk 1.2.2, onder punt 2., 1e alinea, pagina 11 en pagina 12 1e alinea Wat betekent volgens u 'toegang tot de zorg'? Mensen met een indicatie hebben recht op verblijf in een VVT-instelling. U lijkt voorbij te gaan aan dit recht. Kunt u uitleggen hoe dit recht volgens u wel gewaarborgd is in uw inkoopbeleid? Daarop doorgaand geeft het CIZ de indicatie af, daar zijn wij als zorgaanbieder niet bij betrokken. U geeft aan dat wij als zorgaanbieder het gesprek met de cliënt moeten voeren over de plek van de zorg. Dit is (dus) mosterd na de maaltijd omdat de indicatie, en daarmee het recht van de cliënt, al gegeven is en wij geen invloed meer kunnen uitoefenen. U legt dus een opdracht bij ons neer wij waar wettelijk gezien geen invloed op kunnen uitoefenen. De aanbesteding voldoet hiermee niet aan de geldende wet- en regelgeving. Bent u bereid dit aan te passen?	Het CIZ is een onafhankelijke indicatiestellend orgaan en stelt de indicaties vast. Doordat de zorgaanbieder in gesprek gaat met de klant ontstaat er een beter beeld van de zorgvraag, netwerk en inzet van de mantelzorgerMenzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Indien de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijft, is de keuzevrijheid van de klant leidend. Wij gaan dit niet aanpassen in het inkoopbeleid.
234	1.2.2	U schrijft op pagina 12 ‘We verwachten dat onze gecontracteerde zorgaanbieders, en specifiek ‘systeem-aanbieders’, samen zorgen voor voldoende zorgaanbod gericht op de ondersteuning en zorg voor complexe doelgroepen.’ De zorgplicht is volgens de Wet langdurige zorg in het stelsel belegd bij zorgkantoren, niet bij zorgaanbieders. Uw verwachting dat zorgaanbieders samen zorgen voor voldoende zorgaanbod strookt daar geenszins mee. Onderschrijft u dat? Zo nee, waarom niet?	Om als zorgkantoor aan de zorgplicht te kunnen voldoen is onze opdracht om voldoende zorg in te kopen bij de door ons gecontracteerde zorgaanbieders. Binnen het gecontracteerde zorgaanbod moet ook de zorg voor de meest complexe doelgroepen toegankelijk blijven. Met als uitgangspunt: regionaal en dichtbij de klant als het kan; gecentraliseerd en mogelijk verder weg als dat nodig is om de kwaliteit en toegankelijkheid te borgen. Deze centralisatie zal (moeten) plaatsvinden bij de zogenoemde systeem-aanbieders die gezamenlijke de door het zorgkantoor ingekochte zorg voor de complexe doelgroepen kunnen borgen en daarmee garanderen
235	1.2.2	Kan Menzis specificeren wat het bedoelt met ervaringsdeskundigen en waarom de inzet hiervan bijdraagt aan 'zelf als het kan'? Immers, inzet van een derde is niet per se 'zelf' en inzet van ervaringsdeskundigen is niet per se (integendeel) goedkoper of doelmatiger.	Ervaringsdeskundigen zetten zich, op basis van persoonlijke en gedeelde ervaringskennis, professioneel in voor anderen. Ze begrijpen wat klanten meemaken en dit schept vertrouwen en daardoor kunnen klanten makkelijker praten over hoe zij hun achteruitgang/ziekte beleven. Hierdoor kan welzijn en eenzaamheid van de klant verminderd worden en kan de mantelzorg ook ontlast worden.
236	1.2.2	pag.16 U geeft bij het verbeteren van doelmatigheid aan dat u gebruik gaat maken van een doelmatigheidsmodel met spiegelinformatie. Kunt u aangeven op welke manier dit model wordt gevalideerd? Nog maar enkele jaren geleden heeft de Nza hetzelfde geprobeerd met benchmarking waarbij een aanbieder spiegelinformatie krijgt van een aantal peers. In de praktijk bleek dat deze informatie moeilijk bruikbaar is omdat de omstandigheden per aanbieder vaak te specifiek zijn en	De kern van de pilot is om te bepalen met welke indicatoren doelmatigheid geduid kan worden, zodat daarmee ook het verbeterpotentieel bepaald kan worden. Dit moet nog verder doorontwikkeld worden. Er is geen besparingsdoelstelling ingeboekt, omdat het doelmatigheidsmodel daarvoor niet gebruikt is. Het model staat los van het landelijk richttariefpercentage.

		teveel verschillen. Waarom kiest u desondanks voor het inzetten op een doelmatigheidsmodel dat nog in ontwikkeling is en zijn waarde nog niet heeft bewezen, terwijl u wel de besparing al inboekt? Wat betekent het voor het tarief als uw model niet slaagt? Wij nemen dat dit niet proportioneel is. Wilt u dit onderdeel scharappen, dan wel motiveren waarom u eraan vasthoudt, met inachtneming van bovengenoemde bezwaren?	
237	1.2.2	onder innovatie Zelfs de makers van verschillende a.i.-applicaties hebben recentelijk in het nieuws aangegeven dat ze niet in staan voor de veiligheid. Toch noemt u het meerdere malen in dit inkoop beleid. Hoe kijkt u naar de kwaliteit en veiligheid van het gebruik als de makers dit zelf al niet kunnen garanderen?	Het is belangrijk dat ook bij nieuwe technologie kwaliteit en veiligheid voorop staat. Als zorgaanbieder moet je altijd kijken of AI voor de cliënt ook als echt waardevol wordt ervaren.
238	1.2.2	Wat wordt concreet bedoeld met 'Wij vragen u om actief de inzet van digitaal werken te toetsen op tevredenheid, kwaliteit, kosten en arbeidsbesparing."?. Welke activiteiten stelt Menzis zich hierbij voor die de zorgprofessional en de zorgaanbieder als geheel extra gaan doen om de toets te kunnen uitvoeren?	U kunt bijvoorbeeld een cliënttevredenheidsonderzoek of medewerkerstevredenheidsonderzoek uitvoeren om te toetsen of het digitaal werken resulteert in de bijdrage aan welzijn, zodat het geen lastenverzwaring met zich meebrengt.
239	1.2.2	U verwacht dat zorgaanbieders samen zorgen voor voldoende zorgaanbod. Welke rol ziet u voor uzelf bij het zorgen voor passend zorgaanbod?	Menzis Zorgkantoor gaat de komende jaren meer mpt- en vpt-zorg inkopen, zodat er passend zorgaanbod kan plaatsvinden.
240	1.2.2	onder 2 U schrijft dat 'klanten zoveel mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen'. In onze ervaring is dat vaak niet zo: wanneer de zorg te zwaar wordt verandert de situatie. Waar baseert u uw stelling op?	Uit verschillende onderzoeken van o.a. Nivel (kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen) en het Planbureau voor de Leefomgeving (Zelfstandig thuis op hoge leeftijd, 2019) en het Aanjaarteam Langer zelfstandig wonen (van Tehuis naar huis, 2016) blijkt dat veel mensen thuis willen blijven wonen.
241	1.2.2	onder 2. U somt op in welke volgorde u wilt dat wij de client benaderen. Bij stap 1 vermeldt u dat we met de inzet van mpt in staat zijn meer klanten zorg te bieden'. Kunt u aangeven waar u dit precies op baseert? Wanneer steeds meer clienten mpt of vpt in het eigen huis gaan ontvangen krijgen we te maken met reisbewegingen van medewerkers en individuele aandacht en zorg voor clienten in plaats van een groepssetting. Hoe ziet u dit voor zich? Zijn er data waarop u zich baseert? En bovendien: (hoe) zijn die reisbewegingen meegenomen in de berekening van de tarieven?	1.Bij mpt krijgt de klant de zorg die op dat moment nodig is, gemiddeld genomen kost dit minder dan een vpt, waardoor er meer klanten zorg kunnen verkrijgen 2. Wanneer er meer klanten thuis blijven wonen moeten de zorgmedewerkers inderdaad meer gaan reizen 3. Nee, er is (nog) geen data beschikbaar. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd. 4. de reisbewegingen zijn niet verdisconteerd in de tarieven

242	1.2.2	Inkoopbeleid - 1.2.2. 'door grotere inzet van informele zorg, vrijwilligers, zelfhulpgroepen en ervaringsdeskundigen. We roepen zorgaanbeiders op om advies, voorlichting en instructies te gevan aan de klant of zijn netwerk'. Wij ondersteunen deze beweging en zetten ons hier voor in. Het organiseren van informele zorg buiten de directe cirkel van betrokken mantelzorg vraagt communicatie/afstemming/werving van derden. Bedoelt u te zeggen dat dit kan worden gedeclareerd als AIV?	Advies, instructie en voorlichting (AIV) geven aan de klant of zijn netwerk zijn onderdeel van de reguliere zorgverlening en worden niet aanvullend bekostigd.
243	1.2.2	Het zorgkantoor verwacht dat de minder intensieve klantgroepen hun indicatie verzilveren via mpt en vpt, echter wat wordt verstaan onder minder intensieve klantgroepen? Het ontbreekt aan een juiste definiëring. Door abstract te blijven, wordt er geen duidelijke koers bepaald als het gaat om de extramuralisering (zoals bijvoorbeeld in 2015 t.a.v. de ZZP 1 t/m 3). Hierdoor zijn wij als zorgaanbieder onvoldoende in staat om de juiste financiële afwegingen te maken. Kan het zorgkantoor meer transparantie (conform uw verplichting op grond van het transparantiebeginsel) geven over welke ZZP’s er de komende 3 jaar worden geëxtramuraliseerd (VV4, VV6?)? Hoe verhoudt zich dit tot de wettelijke verankering om wel te leveren, conform huidig Nza beleid. Het inkoopbeleid schuurt met de wet- en regelgeving. Toegang tot verpleeghuis wordt beperkt (ZZP4) terwijl de mensen wel recht hebben op deze zorg. Het recht op verblijfzorg kunnen cliënten afdwingen. Is het zorgkantoor bereid om in het contract een voorziening op te nemen dat partijen (zorgkantoor en aanbieder) in overleg treden als een cliënt afdwingt om opgenomen te worden? Wordt de zorgaanbieder hiervoor financieel gecompenseerd? Zo nee, waarom meent u dat het redelijk is om deze risico’s bij de zorgaanbieder neer te leggen?	Menzis Zorgkantoor stimuleert aanbieders om klanten zorg via een mpt of vpt aan te bieden. En met de klant en zijn naasten te beoordelen of de zorg in een niet-intramurale setting plaats kan vinden. Menzis Zorgkantoor beperkt niet de toegang van bijvoorbeeld VV4. Menzis Zorgkantoor stelt vast dat zorgaanbieders klanten met een VV4 indicatie die op de wachtlijst staan, niet opnemen. Hier heeft Menzis Zorgkantoor ook onderzoek naar gedaan. Clienten met een indicatie met aanspraak op verblijf, die een dringend beroep doen op zorg met verblijf, zullen in principe moeten worden opgenomen, tegen de vigerende tarieven, die voorzien in de kosten voor verblijf. Het is niet correct om te stellen dat de risico's bij de zorgaanbieder worden neergelegd.
244	1.2.2	Kan de inzet van een Verpleegkundig Specialist binnen VPT (geclusterd en in de wijk) en MPT ook worden opgenomen als prestatie? Zij kan namelijk veel taken van de huisarts/ SO overnemen. Als de financiering van de VS goed geregeld is, bespaard dit tijd en kosten voor de inzet van de huisarts en SO.	Vanaf 2020 bestaat reeds onder de beleidsregel mpt de mogelijkheid om de prestaties H335 en H336 te verruimen waardoor de Verpleegkundig specialist (VS) kan declareren.
245	1.2.2	'We roepen zorgaanbieders op om advies, voorlichting en instructies te geven aan de klant of zijn netwerk' Wat gaat Menzis zelf doen richting de betreffende verzekerde?	Menzis Zorgkantoor gaat met klanten en naasten communiceren om het bewustzijn en acceptatie te vergroten. In samenwerking met zorgaanbieders, maar ook door te communiceren in de krant.

246	1.2.2	In al onze regio's neemt het aantal mensen met een vorm van dementie toe. Het is daarom van belang dat er voldoende dementievriendelijke woonvormen zijn in een dementievriendelijke samenleving. Daarnaast is voor de medisch generalistische zorg de samenwerking met de betrokken huisarts(en) en specialist ouderengeneeskunde belangrijk.Nieuwe wetgeving over de verantwoordelijkheden van de diverse partners (zorgkantoor, zorginstelling, woningcoöperatie) is nog in ontwikkeling. Daardoor zullen er gedurende looptijd van de inkoopbeleid te weinig dementievriendelijke woonvormen beschikbaar zijn, terwijl het aantal verpleeghuisplaatsen wordt bevroren. Hoe gaat het zorgkantoor hierop anticiperen?	Menzis Zorgkantoor onderschrijft de noodzaak van dementievriendelijke woningen en een dementievriendelijke samenleving. Menzis Zorgkantoor zoekt actief het contact op met gemeenten en provincies om te bereiken dat meer geschikte woningen voor ouderen (met dementie) worden gerealiseerd. Menzis Zorgkantoor zal bij gemeenten ook aandacht vragen voor het belang van leefbare wijken met voorzieningen voor kwetsbare klanten.
247	1.2.3	Blz 23: keuzevrijheid naar keuzemogelijkheid: Wilt u zeggen dat de keuzemogelijkheid gericht wordt op leveringsvormen thuis? Komen er extra criteria voordat zorg in natura als leveringsvorm wordt toegekend?	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend. Wij begrijpen uw vraag m.b.t. Zorg in Natura niet. Wij volgen landelijk beleid.
248	1.2.3	In hoeverre is het hebben van een visie op zorgtechnologie van invloed op de honorering?	De zorgaanbieder moet voldoen aan de Menzis voorwaarden zoals gesteld in hoofdstuk 5.2.1. om zich in te kunnen schrijven voor een module. En zie daarnaast Bijlage A Toelichting modules per sector.
249	1.2.3	Omdat we verwachten dat dit staande praktijk is bij zorgaanbieders hanteren we in dit inkoopbeleid dan ook een deel van de items van de honoreringslijst als voorwaarden om in aanmerking te komen voor opslagen in de inkoopsystematiek Aangezien zorgaanbieders de afgelopen jaren andere prioriteiten kunnen hebben gesteld die hebben bijgedragen aan de kwaliteit en/of continuïteit en/of toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van zorg, is dit uitgangspunt volgens ons niet fair. Bent bereid om deze zorgaanbieders ook een opslag aan te bieden? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij bieden daar geen opslag voor. In de afgelopen 5 jaar hebben zorgaanbieders de mogelijkheid gekregen om op verschillende thema's een opslag te verkrijgen via de honoreringslijst. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
250	1.2.3	Meerjarige financiële afspraken Meerjarige financiële afspraken helpen ons, maar wij zijn dan veelal wel gebonden aan wettelijke financiële regels en bijvoorbeeld afschrijvingstermijnen. Alle voorbehouden die in het inkoopkader zijn opgenomen ten aanzien van meerjarige financiële afspraken, zijn voor ons daardoor een belangrijk risico. Deze risico's worden volledig bij de zorgaanbieder neergelegd. Hoe kijkt u hier tegenaan? Bent u bereid om deze risico's over te nemen? Zo nee, waarom niet?	Het is voor Menzis Zorgkantoor onmogelijk om rekening te houden met alle financiële regels die al dan niet op de zorgaanbieders van toepassing zijn. Het is Menzis Zorgkantoor niet duidelijk op welke specifieke voorbehouden/risico's wordt gedoeld. Menzis Zorgkantoor merkt in zijn algemeenheid op dat zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders rekening moeten houden met (veranderende) wet- en regelgeving, ook gedurende de looptijd van de overeenkomst. Menzis Zorgkantoor begrijpt dat dit enige onzekerheid/risico's met zich meebrengt voor zorgaanbieders. Zorgaanbieders dienen hierin een afweging te maken.

251	1.2.3	Hoe definieert Menzis doelmatigheid? En hoe vertaalt Menzis dit concreet naar de context van MPT, VPT en intramuraal? Kan Menzis de definitie specificeren naar leveringsvorm?	In het regionaal beleid hanteren we doelmatigheid als belangrijke pijler voor de bedrijfsvoering. De Zorgkantoren zijn belast met de administratie en controle van de verleende zorg aan verzekerden in de regio of regio's waarvoor zij zijn aangewezen en moet erop toezien dat er verantwoord en doelmatige zorg wordt verleend. De Wet langdurige zorg legt nadruk op doelmatigheid. In artikel 1 lid 2 van deel III van de overeenkomst wordt gepast gebruik gedefineerd. Onder doelmatige zorg verstaan we Wlz-zorg waarbij een optimale balans tussen kosten en zorgresultaten is gevonden. Zorgresultaten betreft zowel de omvang van de verleende zorg (aantal klanten en zorguren) als de aard van de verleende zorg (kwaliteit van zorg die aansluit op de wens van de klant). Deze definitie geldt voor alle leveringsvormen.
252	1.2.3	Ook zorgaanbieders maken zich zorgen over de hoge inzet van PNIL, maar met name over de hoge kosten van PNIL. Is Menzis bereid om positie in te nemen om de winst van uitzendbureaus te beperken, bijvoorbeeld door op landelijk niveau openlijk te pleiten voor maximale multiples voor uitzendbureaus, een verplichting voor gelijke arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden voor uitzendbureaus of een verbod op ZZP-ondernemerschap? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor, maar ook andere zorgkantoren, bepleiten al langer op landelijke tafels om de inzet van ZZP-ers te beperken. Hier blijven we de komende jaren ook mee doorgaan.
253	1.2.3	Menzis streeft ernaar om samen met zorgaanbieders de (organisatie van) zorg continu slimmer en efficiënter in te richten. Hoe gaat Menzis zorgaanbieders hierbij faciliteren? Heeft Menzis aanvullende financiële middelen hiervoor beschikbaar?	Op basis van declaratiedata en openbare bronnen kunnen wij uw organisatie van feedback voorzien en hierover het gesprek aangaan. Wij stellen hiervoor geen aanvullende middelen beschikbaar.
254	1.2.3	Voor de bedrijfsvoering vindt Menzis een afname van PNIL belangrijk. Hiervoor is het noodzakelijk dat de CAO lonen in de VVT substantieel verhoogd worden. Deelt Menzis deze mening?	Menzis zorgkantoren is niet betrokken bij cao-onderhandelingen
255	1.2.3	Wat zijn volgens u criteria voor de cliënt om niet meer thuis te kunnen wonen?	Een mpt en of vpt kunnen alleen worden toegewezen als dit verantwoord en doelmatig is. Voor het proces en de inhoudelijke criteria verwijzen wij u naar het Voorschrift Zorgtoewijzing.
256	1.2.3	Met het spiegelen wilt u meerdere 'zorgleveranciers' met elkaar vergelijken. Wordt de grootte van de zorgorganisatie (in geval van intramurale setting) hierin meegenomen? Dat is namelijk van grote impact op de bedrijfsvoering. Graag uw toelichting.	Bij de spiegelinformatie over de doelmatigheid van de zorg wordt de informatie van een specifieke zorgaanbieder vergeleken met de generieke (spiegel)informatie (die niet herleidbaar is naar een individuele organisatie). In het model is rekening gehouden met corrigerende factoren om een zorgaanbieder met vergelijkbare organisaties te vergelijken.

257	1.2.3	Bent u op de hoogte van het feit dat het onwaar is dat 'de brancheverenigingen' de green deal hebben ondertekend? Bent u bereid dit te rectificeren? Kunt u bevestigen dat de vertaling van Menzis van de 5 doelen van de Green Deal 3.0 zorg zich volgens laten samenvatten in slechts 3 doelen, namelijk "CO2-reductie, duurzamer vastgoed en circulair gebruik van hulpmiddelen"?	Namens de organisaties die Wlz-zorg leveren, hebben de brancheorganisaties Actiz, de Nederlandse GGZ en VGN de Green Deal ondertekend. Bekijk alle deelnemers op https://www.greendealduurzamezorg.nl/deelnemers. In het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 ligt de focus op de drie genoemde doelen. We verwachten dat op deze doelen de komende jaren de meeste impact te behalen is. Echter, ook de andere doelen zijn van belang voor verduurzaming van de zorg, zoals kennis vergroten bij medewerkers (opleiding). De vijf doelen van de Green Deal Duurzame Zorg vindt u op: https://www.greendeals.nl.
258	1.2.3	Bedrijfsvoering: "Onder gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te verlenen. " - Wij zijn van mening dat het uitgangspunt van deze paragraaf gebaseerd is op wantrouwen in plaats van vertrouwen. Hoe ziet Menzis dit punt? Graag een toelichting. "Voor dit traject verwachten we dat alle gecontracteerde zorgaanbieders op verzoek aansluiten bij het doelmatigheidsmodel dat we momenteel ontwikkelen." - Menzis verwacht dat zorgaanbieders meedoen aan de ontwikkeling van een doelmatigheidsmodel. Is het verplicht om hieraan mee te doen? Zo ja, ontvangen we hiervoor extra middelen ter compensatie van de extra capaciteit van onze financiële afdeling die we hiervoor moeten gaan inzetten? Zo nee waarom niet? Graag een toelichting. - Hier is sprake van een extra administratieve belasting, terwijl veel gegevens al bekend zijn bij Menzis. Hoe ziet Menzis dit? - Wat is de toegevoegde waarde van het uitvragen en benchmarken van deze gegevens? In hoeverre draagt dit bij aan de doelen van de zorgaanbieders? - het inzetten van een derde trusted third party brengt extra kosten met zich mee. Gaat dit ten koste van het totale WLZ budget voor de regio? Zo ja hoeveel? Zo nee, hoe wordt dit dan bekostigd? Graag een toelichting.	1. Dit heeft niets met wantrouwen te maken, maar juist met samenwerken aan de transitie en leren van elkaar. 2. Zorgaanbieders krijgen het verzoek om mee te doen, maar het is niet verplicht om hieraan mee te doen. U ontvangt hiervoor geen extra middelen, omdat de gegevens uit onder andere publieke stukken en AW319 worden herleid. 3. De gegevens die worden gebruikt, zijn gebaseerd op informatie die openbaar beschikbaar is (bijvoorbeeld een jaarverslag) en informatie die reeds door zorgaanbieders aangeleverd is via de AW319. 4. Hierdoor kan het verbeterpotentieel binnen de bedrijfsvoering worden ontdekt. 5. Menzis Zorgkantoor betaalt de eventueel ingezette trusted third party. Dit gaat niet ten koste van het totale Wlz-budget. Dit wordt vergoed uit de beheerskosten, die Menzis Zorgkantoor ontvangt.
259	1.2.3	Kunt u bevestigen dat Menzis van mening is dat een zorgprofessional in staat is om adequaat af te wegen wat het doorslaggevend effect van arbeidsbesparing en kwaliteit is, en welke passende zorg daarbij hoort? Kunt u bevestigen dat Menzis van mening is dat het oordeel van de zorgprofessionaal leidend is en dat Menzis het oordeel van de	Menzis Zorgkantoor heeft groot respect en veel waardering voor zorgprofessionals en hun competenties om te beoordelen hoe de zorgvraag van de klant het beste kan worden ingevuld. Daarnaast ziet Menzis Zorgkantoor ook een taak voor de zorgaanbieder om de zorgprofessionals mee te nemen in nieuwe werkwijzen en technologieën.

		zorgprofessional (indien goed beargumenteerd) te allen tijde ondersteunt? Zo nee, waarom niet?	
260	1.2.3	Is Menzis zich ervan bewust dat het niet-leveren van zorg (afschuiven naar informele zorg) NIET bijdraagt aan het vergroten van het werkplezier (oftewel goed werkgeverschap?) en dat de beleidsuitgangspunten dus tegenstrijdig zijn? Aanvullende vraag is hoe Menzis ziet dat zorgaanbieders deze tegenstrijdigheden dienen te wegen. Kan Menzis daar aanvullende guidance voor leveren?	1. Het inzetten van informele zorg kan ook bijdragen aan het vergroten van het werkplezier, omdat de medewerkers worden ingezet daar waar ze voor zijn opgeleid. Werkplezier is een subjectieve ervaring. 2. Menzis Zorgkantoor ziet hierin geen tegenstrijdigheden. 3. Menzis Zorgkantoor levert hiervoor geen guidance.
261	1.2.3	Na lezing van de stukken valt ons op dat de regionale invulling van het beleid eigenlijk helemaal niet regionaal is. Alleen op pagina 10 van het regionaal inkoopbeleid refereert u aan iets typisch regionaals, het GZA. Ook uw keuze om voor uw 3 regio's een generiek inkoopbeleid te maken, geeft aan dat er geen focus op de regio's is, niet anders dan dat u voor alledrie de regio's de partij bent met de zorgkantoorlicentie. Kunt u aan ons aangeven wat er wat u betreft regionaal is aan uw inkoopbeleid? Waarom heeft u er niet voor gekozen om een meer toegespitst inkoopbeleid per regio te maken, gezien de specifieke problematiek in Groningen?	In paragraaf 1.2 van het regionale inkoopbeleid is aangegeven op welke wijze Menzis Zorgkantoor rekening houdt met regionale factoren. Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis oog voor de regionale situatie zoals de afspraken met VWS, zorgaanbieders en Menzis Zorgkantoor en meer specifiek het Groninger Zorgakkoord.
262	1.2.3	1.2.3 U stelt in het regionaal inkoopbeleid dat een deel van de items van de honoreringslijst als voorwaarden gelden voor opslagen in de inkoopsystematiek. Kunt u aangeven welke items uit de honoreringslijst wel/niet als voorwaarden worden gesteld aangevuld met een toelichting op deze keuzes ook omdat tijdens de bijeenkomst van 9 maart onder andere is aangegeven dat logeeropvang zou komen te vervallen als criterium?	In het Regionaal inkoopbeleid 2024 en verder kunt u onder 2.4.1 lezen wat de Menzis voorwaarden zijn. Zoals u kunt lezen staat logeeropvang hierbij niet vermeld en is dat vervallen.
263	1.2.3	1.2.3. Uw keuze om de gegevensuitwisseling te faciliteren / te ondersteunen wordt door onze stichting gedeeld echter hierbij voorwaardelijk is dat alle zorgkantoren dit beleid ondersteunen. Helaas komt deze visie niet in alle inkoopbeleidsdocumenten van andere zorgkantoren prominent terug. Op welke wijze gaat Menzis Zorgkantoor deze verbinding leggen om het beoogde resultaat te maximeren?	Menzis Zorgkantoor en andere zorgkantoren nemen deel aan het programma KIK-V dat er juist in voorziet dat de vragen van diverse stakeholders worden gebundeld, om zo de administratieve lasten te beperken.
264	1.2.3	In de paragraaf duurzaamheid staat de volgende tekst: “We richten ons in gesprekken met u steeds meer op duurzaamheid. Binnen de huidige overlegstructuur met zorgaanbieders krijgen de duurzame thema’s CO2-reductie en circulair werken uit de Green Deal Duurzame Zorg een prominentere	Alle zorgaanbieders, ook zorgaanbieders die onder het Groninger Zorgkantoor vallen, moeten op 01-01-2024 een CO2-routekaart en strategisch vastgoedplan gereed hebben.

		plek op de agenda om zo beweging te creëren. Onderdeel hiervan is de CO2-routekaart en het strategisch vastgoedplan, die zorgaanbieders met meer dan 250 fte op 1 januari 2024 gereed hebben". Hoe wordt van Groninger zorgaanbieders verwacht hier mee om te gaan immers is er nog geen duidelijkheid omtrent onomkeerbare plaatsen en versterking vanuit de NCG voor alle locaties. Duidelijkheid op deze punten is van groot belang voor het strategisch vastgoedplan en voor de investeringen welke zorginstellingen nog willen doen in het kader duurzaamheid. Immers zonder duidelijkheid zou dit kunnen leiden tot kapitaalvernietiging, dit kan niet de bedoeling zijn omdat het maatschappelijke middelen betreft. Hoe gaat het zorgkantoor hierover het gesprek aan met de Groninger Zorgaanbieders?	
265	1.2.3	Op pagina 15 van het inkoopbeleid staat onder Duurzaamheid dat Menzis zorgkantoor verwacht dat we als zorgaanbieder bewezen duurzame methodes waarvan Menzis ons op de hoogte brengt toepast. Het is de vraag of elke zorgaanbieder de gevraagde stappen kan zetten en daarvoor de benodigde investeringen kan doen. Wat zijn de consequenties voor de zorgaanbieder wanneer deze de aangedragen methodes niet of onvoldoende toepast?	Menzis Zorgkantoor heeft hieraan nog geen consequenties verbonden.
266	1.2.3	Op pagina 16 van het inkoopbeleid staat onder verbeteren van doelmatigheid dat Menzis een doelmatigheidsmodel ontwikkeld. Onze ervaring met de pilot is dat de door de third party berekende kengetallen niet altijd een juist beeld gaven van de daadwerkelijke doelmatigheid. Welke inspraak krijgen zorgaanbieders in het ontwikkelen en vaststellen van het doelmatigheidsmodel op basis waarvan ze getoetst en onderling vergeleken worden op de doelmatigheid?	Eind 2023 wordt de huidige pilot afgerond. Op basis van data is een set met indicatoren ontwikkeld die zorgaanbieders helpen om te reflecteren op de kwaliteit en doelmatigheid van de door hun geleverde zorg. Zorgaanbieders krijgen inspraak in het ontwikkelen van thema's van het doelmatigheidsmodel. De lijst met indicatoren is een dynamische lijst.
267	1.2.3	In hoeverre wordt er bij de bepaling van de doelmatigheid van een zorgaanbieder op basis van telling van zorgprofielen rekening gehouden met het totale pakket aan zorg dat de zorgaanbieder levert? Wordt er hierbij ook rekening gehouden met de verschillen in complexiteit van zorg tussen aanbieders binnen hetzelfde zorgprofiel? Als dat niet het geval is tekenen wij bezwaar aan.	De pilot over doelmatigheid loopt in 2023. In het doelmatigheidsmodel wordt rekening gehouden met alle ZZP indicaties die binnen de organisatie aanwezig zijn. In het model worden corrigerende factoren opgenomen om de zorgaanbieder met vergelijkbare organisaties te vergelijken. Vergelijkbaar kan op grootte zijn maar ook op andere aspecten.
268	1.2.3 bedrijfsvoering	Onderstaande vraag behoort bij de subparagraaf 'Verbeteren van doelmatigheid' waar geen aparte referentie voor is aangemaakt.	1. We verstaan onder leren van andere zorgaanbieders: kijken hoe de bedrijfsvoering elders geregeld is, zodat je de eigen bedrijfsvoering op orde krijgt.

		U verwacht van ons dat wij ons inspannen om, op basis van de spiegelinformatie, te leren van andere zorgorganisaties? - Wat verstaat u onder leren van? - Welke verplichte gevolgtrekkingen volgen hieruit? - Kan het zijn dat het zorgkantoor ons op enig moment verplicht op een bepaalde manier onze bedrijfsvoering in te richten?	2. Op dit moment volgen hieruit nog geen verplichte gevolgtrekkingen. 3. indien uw organisatie aantoonbaar ondoelmatig is zal dit onderwerp van gesprek zijn
269	1.2.3 bedrijfsvoering	U geeft aan dat zorgaanbieders op verzoek aansluiten bij het doelmatigheidsmodel. Betekent dit dat, als wij niets horen, wij al doelmatig genoeg werken?	Indien u geen verzoek krijgt, wil dat niet aangeven dat u voldoende doelmatig werkt.
270	1.2.3 bedrijfsvoering	Een gewijzigde functiemix, inzet van technologie, dat verantwoord kan en past binnen de geldende wet- en regelgeving. Welke kaders volgens welke wet- en regelgeving worden hier bedoeld?	Wat bedoeld wordt, is dat de zorgaanbieder verplicht blijft om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: de zorgaanbieder biedt goede zorg en neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze zorg voldoet aan de definitie van gepast gebruik. Daarnaast bedoelen we de beleidsregels van de Nza en de geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen.
271	1.2.3 bedrijfsvoering	Menzis gaat graag met ons in gesprek over een gezonde toekomstbestendige bedrijfsvoering. Welke ideeën heeft Menzis al waar wij als zorgaanbieder ons voordeel mee kunnen doen?	U kunt spiegelinformatie met uw zorginkoper bespreken.
272	1.2.3 bedrijfsvoering	Spiegelinformatie: wat verstaat Menzis onder ‘inzet van de modulaire prestaties speciaal c.q. inclusief beschikbaarheid vergeleken met de reguliere modulaire prestaties?	Door te monitoren kan Menzis Zorgkantoor samen met de zorgaanbieder de inzet van de modulaire prestaties speciaal versus de reguliere prestaties bespreken en scherper definiëren, zodat er passende inzet van de prestaties plaatsvindt.
273	1.2.3 bedrijfsvoering	U geeft aan dat zorgaanbieders op verzoek aansluiten bij het doelmatigheidsmodel. Op welke termijn wordt dit verzoek gedaan aan de zorgaanbieders?	In het laatste kwartaal van 2023 wordt het verzoek gedaan aan de zorgaanbieders, wanneer het model voldoende is ontwikkeld.
274	1.2.3 bedrijfsvoering	pg 16 1.2.3. kopje Verbeteren doelmatigheid: Menzis verwacht dat alle gecontracteerde zorgaanbieders op verzoek aansluiten bij het doelmatigheidsmodel dat Menzis ontwikkelt. We krijgen spiegelinformatie over de doelmatigheid van	Bij de spiegelinformatie over de doelmatigheid van de zorg wordt de informatie van een specifieke zorgaanbieder vergeleken met de generieke (spiegel)informatie (die niet herleidbaar is naar een individuele organisatie).

		zorg (bijvoorbeeld over de kosten van geleverde zorg per uur). Menzis verwacht dat we ons openstellen voor andere zorgaanbieders met een leervraag en dat wij ons inspannen om te leren van andere zorgorganisaties. Vraag: welke informatie zien zorgorganisaties over de spiegelinformatie van collega zorgorganisaties? Kunnen zorgorganisaties van elkaar de kosten van geleverde zorg per uur zien? Sluit de informatie die ingezien wordt aan bij de bepalingen en beperkingen die vanuit de ACM worden gesteld? Sluit de bespreking van de leervragen aan bij de bepalingen vanuit de ACM? We vragen in de beantwoording een inhoudelijke en juridische toelichting.	Bij de ontwikkeling van het model houden wij rekening met de mededingingswetgeving en het toezicht dat de ACM daarop houdt.
275	1.2.3 bedrijfsvoering	Pg 16 1.2.3. Wij kennen dit model niet. Vraag: Waar kunnen we informatie over dit model vinden en wanneer informeert Menzis ons daarover? Wij wensen eind juni hierover geïnformeerd te worden, anders kunnen we dit niet meenemen in onze inschrijving.	Eind 2023 wordt de huidige pilot afgerond. Op basis van data is een set met indicatoren ontwikkeld die zorgaanbieders helpen om te reflecteren op de doelmatigheid van de door hun geleverde zorg. Er kunnen aanvullende indicatoren worden ontwikkeld op basis van de input van de zorgaanbieders en Menzis Zorgkantoor.
276	1.2.3 bedrijfsvoering	Pg. 16 1.2.3. Vraag: Wat is de frequentie van opstellen van de spiegelinformatie en over welke periode wordt deze informatie opgemaakt (actualiteit)?	Eind 2023 wordt de huidige pilot afgerond en zal de werkwijze, waaronder frequentie, worden bepaald.
277	1.2.3 bedrijfsvoering	Pg 16 1.2.3. Vraag: Welke parameters worden gebruikt bij de berekening van de doelmatigheid?	Een aantal van de parameters wordt reeds vermeld op pagina 16, maar eind 2023 wordt de huidige pilot afgerond en wordt de lijst bekend gemaakt. Overigens zal dit een dynamische lijst zijn.
278	1.2.3 bedrijfsvoering	Pg 16. 1.2.3. Vraag: Wat is de doelmatigheid van onze organisatie (berekening Menzis)?	Op dit moment weten wij dat niet, omdat we dat alleen weten van de zorgaanbieders die meedoen met de pilot.
279	1.2.3 bedrijfsvoering	Wat verstaat het zorgkantoor concreet onder sociale- en technologische arbeidsbesparende innovaties?	Als voorbeeld verwijzen wij u naar het onderzoek van Vilans over arbeidsbesparende zorgtechnologie waarin diverse innovaties worden benoemd: https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/tijdbesparende-zorgtechnologieen-gepresenteerd-aan-de-kamer
280	1.2.3 bedrijfsvoering	Op welke wijze denkt het zorgkantoor concreet bij te kunnen dragen aan het verminderen van de inzet van PNIL?	Met het doelmatigheidsmodel gaat Menzis Zorgkantoor in gesprek met de zorgaanbieder, zodat er heel gericht en concreet gewerkt kan worden aan verbetering op specifieke vlakken. Zoals terugdringen verzuim, verlaging van de PNIL-inhuur of tijdige en juiste indiening van declaraties. Daarnaast is dit landelijk onderwerp van gesprek. Menzis Zorgkantoor, maar ook andere zorgkantoren, bepleiten al langer op landelijke tafels om de inzet van ZZP-ers te beperken. Hier blijven we de komende jaren ook mee door gaan.
281	1.2.3 bedrijfsvoering	Hoe voorkomt het zorgkantoor dat het aanleveren van spiegelinformatie tot extra administratieve lasten leidt naast de	De gegevens die worden gebruikt, zijn gebaseerd op informatie die publiekelijk beschikbaar is (bijvoorbeeld een jaarverslag) en informatie wat reeds

		informatie die al bij andere instanties aangeleverd moet worden (zorginstituut, digiMV, NZa)?	door zorgaanbieders aangeleverd is via de AW319. Daarnaast nemen wij deel aan het programma KIK-V dat er juist in voorziet dat de vragen van diverse stakeholders worden gebundeld om zo de administratieve lasten te beperken.
282	1.2.3 bedrijfsvoering	Een van de elementen van een goede bedrijfsvoering is het beperken van administratieve lasten. Wat draagt u bij aan het verminderen van administratieve lasten voor de zorgaanbieders?	Menzis Zorgkantoor draagt op verschillende manieren bij aan het verminderen van de administratieve lasten zoals: - we gaan met u in gesprek zodat wij goede voorbeelden kunnen delen en ophalen, - we sluiten aan op Kik-V - we gaan in gesprek over het gebruik van technologie, bijvoorbeeld spraakgestuurd rapporteren.
283	1.2.3 bedrijfsvoering	We gaan spiegelinformatie ontvangen om vervolgens het gesprek met jullie aan te gaan over het verbeterpotentieel van de organisatie. Wij hebben mee gedaan aan de pilot en deze was gebaseerd op informatie die publiekelijk beschikbaar is (bv. Jaarverslag) en informatie aangeleverde door Menzis (declaratie data). Blijft het hierbij of dienen we hiervoor extra informatie aan te leveren wat weer extra administratieve druk legt bij de zorgaanbieders?	Uw aanname is correct. Echter als het KIK-V programma zich verder ontwikkelt kan via die weg meer informatie afkomstig van zorgaanbieders gebruikt worden. Zonder toename van administratieve lasten.
284	1.2.3 bedrijfsvoering	We voeren al jaren een gezonde toekomstbestendige bedrijfsvoering, die door dit inkoopbeleid overigens fors lastiger zal worden om te continueren, waarom willen jullie hierover met ons in gesprek?	Menzis Zorgkantoor wil in gesprek om te leren van zorgaanbieders die alles op orde hebben.
285	1.2.3 bedrijfsvoering	Een benchmark met andere organisaties is iets wat wij al doen en blijven doen. Hierbij zien we dat cijfers niet alles zeggen maar vooral het verhaal erachter. Maar waarom spiegelen met het zorgkantoor?	Menzis Zorgkantoor beschikt over een unieke database en kan op basis daarvan indicatoren bouwen die veel inzicht kunnen bieden.
286	1.2.3 bedrijfsvoering	U geeft aan dat bij de inhuur van personeel voorkomen moet worden dat de schaarste op de arbeidsmarkt leidt tot het financieel tegen elkaar opbieden. - Vraag: Welke stappen gaat Menzis hierin concreet ondernemen om dit te voorkomen?	Menzis Zorgkantoor, maar ook andere zorgkantoren, bepleiten al langer op landelijke tafels om de inzet van ZZP-ers te beperken. Hier blijven we de komende jaren ook mee door gaan.
287	1.2.3 bedrijfsvoering	Het Zorgkantoor geeft in haar stukken aan: "Om de groeiende zorgvraag op te vangen met relatief minder zorgpersoneel is het anders organiseren van verblijfszorg, thuiszorg en dagbesteding noodzakelijk. Bijvoorbeeld met een gewijzigde functiemix, meer inzet van technologie of minder uren zorg per klant waar dat verantwoord kan en past binnen de daarvoor geldende wet- en regelgeving." Wat zijn de uitgangspunten die hierbij landelijk zijn geformuleerd m.b.t. te hanteren functiemix en minimale uren inzet per klant?	Er zijn geen landelijke uitgangspunten geformuleerd voor de te hanteren functiemix en minimale uren. Voor de strategische personeelsplanning is het belangrijk om te weten: 1. Formatie in balans (toegestane fte, de aanwezige fte en de benodigde fte). 2. Informatie over duurzame inzetbaarheid, leeftijdsbeleid, vitaliteit, tevredenheid, de kwaliteiten van het personeel en het ontwikkelpotentieel.

288	1.2.3 bedrijfsvoering	Pag. 16 Goed werkgeverschap. Wij hebben het programma TAZ als organisatie ondertekend en ons aangemeld voor deelname aan speerpunten en werkgroepen. Echter is onze staf van beperkte omvang in verband met de doelmatige inzet van mensen en middelen. Wij kunnen daarom niet altijd leden voor werkgroepen leveren, waardoor wij nu uitgesloten worden van deelname aan projecten. Indien u deelname als kwaliteitseis hanteert, maken wij hiertegen bezwaar, aangezien er ongelijkheid bestaat tussen organisaties en de toegang die zij krijgen tot leereffecten van het programma. Bent u zich ervan bewust dat er allerlei programma's, subsidieregelingen en modules zijn die de inzet van onze staf vragen die door de omvang hiervan onmogelijk allemaal zijn in te vullen? Zo ja, houdt u daar rekening mee en hoe? Zo neen, bent u bereid om aanpassingen door te voeren in uw inkoopbeleid om deze lasten voor zorgaanbieders te verminderen?	Er zijn inderdaad allerlei programma's en subsidieregelingen waaraan u als zorgaanbieder kunt meedoen. Als zorgaanbieder moet u zelf een afweging maken waaraan u meedoet, maar leidt er niet toe dat wij aanpassingen in onze inkoopbeleid doorvoeren.
289	1.2.3 bedrijfsvoering	Afname personeel niet in loondienst "..., moet er sprake zijn van een gezonde verhouding tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst." - Wat verstaat Menzis onder een 'gezonde' verhouding? Graag een toelichting en concretisering. - wat is de visie van Menzis hoe voorkomen kan worden dat schaarste op de arbeidsmarkt leidt tot het financieel tegen elkaar opbieden van zorgaanbieders om de gunst van PNIL. Immers dit is al volop aan de gang. Graag een toelichting. - We erkennen deze problematiek. Hoe kunnen we dit keren en wat is de rol van Menzis zorgkantoor hierin? Graag een toelichting.	1. Wij stellen een 'gezonde verhouding' niet vast, omdat dit onderdeel is van de bedrijfsvoering 2. Menzis gelooft erin dat wanneer zorgaanbieders samenwerken en niet tegen elkaar opbieden meer medewerkers in vast dienstverband gaan werken. Tevens hebben vakbonden in 2023 een Cao-akkoord gesloten met zorgwerkgevers voor medewerkers in verpleeg-verzorgingshuizen en de thuiszorg waarbij zorgmedewerkers die in vast dienstverband zijn voorrang krijgen bij het invullen van het rooster ten opzichte van zzp-ers. We ondersteunen de beweging die hierdoor is ingezet. 3. Menzis Zorgkantoor bepleit al langer op landelijke tafels om de inzet van ZZP-ers te beperken. Hier blijven wij mee doorgaan.
290	1.2.3 bedrijfsvoering	Wat is een trusted third party, hoe ziet Menzis het selectieproces van de trusted third party, in hoeverre worden zorgaanbieders bij de selectie betrokken en op welke wijze kan een zorgaanbieder 'vertrouwen' aan de trusted third party ontlenen?	1. Een Trusted Third Party (TTP, een “vertrouwde derde partij”), is een onafhankelijke partij die ondersteunt bij de uitwisseling van privacygevoelige informatie tussen partijen. Een TTP biedt technische en organisatorische ondersteuning bij de pseudonimisatie, encryptie en koppeling van gegevens tussen verschillende partijen. 2. Menzis selecteert de TTP. Hierbij worden de zorgaanbieders niet betrokken. 3. Menzis Zorgkantoor maakt met de TTP afspraken conform geldende wet- en regelgeving en houdt hier ook rekening met de AVG.
291	1.2.3 bedrijfsvoering	Bent u zich ervan bewust van het feit dat het delen van kostprijsinformatie (kosten van geleverde zorg per uur, personele	Bij de spiegelinformatie over de doelmatigheid van de zorg wordt de informatie van een specifieke zorgaanbieder vergeleken met de generieke

		inzet (PNIL)) tegen mededingsrechtelijke principes en wet- en regelgeving van de ACM in gaat?	(spiegel)informatie (die niet herleidbaar is naar een individuele organisatie). Bij de ontwikkeling van het model houden wij rekening met de mededingingswetgeving en het toezicht dat de ACM daarop houdt.
292	1.2.3 bedrijfsvoering	U geeft meerdere malen aan dat u doelmatigheid een belangrijk thema vindt. Tevens geeft u aan dat u in 2022 met een pilot bent gestart, waarin een aantal zorgaanbieders spiegelinformatie kregen over de doelmatigheid van de verleende zorg. Hoe ziet dit traject eruit? Gaan alle zorgaanbieders spiegelinformatie ontvangen? Wordt er verwacht dat zorgaanbieders informatie gaan aanleveren? Wat wordt precies gemeten op het gebied van doelmatigheid en hoe wordt op basis daarvan het verbeterpotentieel per organisatie bepaald? Worden kenmerken van organisaties, cliëntenpopulatie en regio's hierin meegenomen?	Eind 2023 wordt de huidige pilot om tot een doelmatigheidsmodel te komen afgerond. Op basis van data is een set met indicatoren ontwikkeld die zorgaanbieders helpen om te reflecteren op de kwaliteit en doelmatigheid van de door hun geleverde zorg, zodat daarmee ook het verbeterpotentieel bepaald kan worden. De lijst met indicatoren is een dynamische lijst. Bij de spiegelinformatie over de doelmatigheid van de zorg wordt de informatie van een specifieke zorgaanbieder vergeleken met de generieke (spiegel)informatie (die niet herleidbaar is naar een individuele organisatie). Kenmerken van de regio, organisatie en cliëntpopulatie zijn hierin meegenomen en zorgaanbieders kunnen ook nog onderwerpen aandragen. De frequentie van het opstellen van de spiegelinformatie zal bij de afronding van de huidige pilot worden besproken, waarna de frequentie wordt bepaald. Bij de ontwikkeling van het model houden wij rekening met de mededingingswetgeving en het toezicht dat de ACM daarop houdt.
293	1.2.3 bedrijfsvoering	Op welke manier gaat Menzis haar invloed aanwenden om ook administratieve lasten van andere stakeholders (bijvoorbeeld de overheid, CBS, gemeenten, Autoriteit Jeugd, etc.) te verminderen en op die manier de aanbieders te ondersteunen in het voeren van een doelmatige bedrijfsvoering?	Menzis Zorgkantoor kan andere stakeholders (CBS, gemeenten, IGJ) niet verplichten om hun administratieve lasten te verminderen. Menzis Zorgkantoor neemt deel aan het programma KIK-V dat er op gericht is om de vragen van alle stakeholders te bundelen en zo de administratieve lasten te verminderem, zie ook https://www.kik-v.nl/.
294	1.2.3 bedrijfsvoering	Mogen wij spiegelinformatie ontvangen?	Zodra de pilot eind dit jaar is afgerond, en er een vervolg wordt gegeven aan de pilot, worden zorgaanbieders benaderd om deel te nemen en ontvangt u de spiegelinformatie.
295	1.2.3 bedrijfsvoering	p 16 onder goed werkgeverschap U onderkent dat het beschikbare aanbod van personeel een serieus knelpunt is. Terecht vraagt u dus aandacht voor goed werkgeverschap. Echter, dat vergt juist extra middelen, omdat ingezet moet worden in onder andere het oplossen van de loonkloof, het bieden van betere arbeidsfaciliteiten, ontwikkelmogelijkheden, en dergelijke werkplezier- en werkomgeving-stimulerende zaken. Dat verhoudt zich echter niet met de bezuinigingen die u wilt doorvoeren. Kunt u ons (algemeen, maar ook met enkele concrete voorbeelden) toelichten hoe u meent dat wij per 2024 juist extra kunnen inzetten op goed werkgeverschap en behoud en aantrekken van goed personeel, met de dalende middelen die u hier tegenoverstelt?	Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen.

296	1.2.3 bedrijfsvoering	U stelt voor om zorgverleners te laten participeren aan een doelmatigheidsmodel. Omdat onze organisatie deelneemt aan de pilot hierover de volgende vragen: 1.) Wanneer wordt de huidige pilot afgerond en kan gezamenlijk worden vastgesteld dat de inzet van een trusted third party van toegevoegde waarde is? 2.) Op welke wijze, en op basis van welke criteria, denkt Zorgkantoor Menzis tot een hanteerbare benchmark te gaan komen? 3.) Om reden dat Zorgkantoor Menzis insteekt op dit doelmatigheidsmodel en baat zou kunnen hebben bij het mogelijke verbeterpotentieel bij zorginstellingen nemen wij aan dat 100% van de kosten voor rekening gaan komen van Zorgkantoor Menzis (graag bevestiging hiervan).	Eind 2023 wordt de huidige pilot afgerond en we nemen uw vragen mee in het vervolg van de opdracht
297	1.2.3 bedrijfsvoering	Wij begrijpen en ondersteunen de wens om tot reductie van personeel niet in loondienst te komen. Welke mogelijkheden ziet Zorgkantoor Menzis, en welke bijdrage gaat het leveren, om tot verlaging van de kosten PNIL te komen?	Menzis Zorgkantoor gaat geen financiële bijdrage leveren om tot reductie van personeel niet in loondienst te komen.
298	1.2.3 bedrijfsvoering	Op welke wijze gaat Zorgkantoor Menzis bepalen/meten of de bedrijfsvoering van een zorginstelling doelmatig is (nulmeting) en/of vervolgens sprake is van doorontwikkeling naar een toekomstbestendige situatie?	Menzis Zorgkantoor ontwikkelt een dashboard waarmee inzicht in de effectiviteit van de bedrijfsvoering kan worden gegeven. Dit dashboard wordt getoetst bij zorgaanbieders. Het is niet bedoeld om gezonde bedrijfsvoering te belonen, wel om van elkaar te leren.
299	1.2.3 bedrijfsvoering	Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat investeren in medewerkers de zorg ten goede komt en niet de administratieve lasten die opgelegd worden. Hoe sluit het ZK hierbij aan?	Wij onderkennen de uitkomsten uit het onderzoek. Daarom doen wij ons best om de administratieve lasten tot een minimum te beperken.
300	1.2.3 bedrijfsvoering	Met het onderteken van het contract committeren wij ons aan het geven van inzicht in onze bedrijfsvoering. In hoeverre is de zelfstandigheid van de zorgaanbieder geborgd in dit inkoopbeleid?	De zelfstandigheid van de zorgaanbieder is en blijft geborgd in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
301	1.2.3 bedrijfsvoering	Zorgkantoor Menzis is bezig met het ontwikkelen van een doelmatigheidsmodel. Wordt in dit model ook rekening gehouden met complexe doelgroepen?	Complexe doelgroepen worden in de pilot doelmatigheidsmodel meegenomen. Hoe dit precies moet gebeuren, wordt nog verder uitgewerkt.
302	1.2.3 bedrijfsvoering	Verbeteren van doelmatigheid Hoe kun je waarborgen dat met de spiegelinformatie vergelijkbare organisaties (inrichtingsmodel) met elkaar vergeleken worden? Hoe is hier rekening mee gehouden in dit model?	De pilot loopt nog tot eind 2023. In het model is rekening gehouden dat de zorgaanbieder met vergelijkbare organisaties wordt vergeleken
303	1.2.3 duurzaamheid	U verwacht dat zorgaanbieders zich houden aan de Green Deal 3.0.	De benodigde middelen om deze transformatie te maken kunnen mogelijk uit het Klimaatfonds aan de zorg worden toebedeeld. Menzis Zorgkantoor heeft hiervoor geen financiële mogelijkheden.

		- Welke mogelijkheden biedt u op het financiële vlak om de hierin verwoorde doelstellingen te realiseren?	
304	1.2.3 duurzaamheid	In deze alinea stelt Menzis dat zij verwachten dat de zorgaanbieder zicht houdt aan de afspraken uit de Green Deal 3.0. In andere stukken wordt gesproken over het committeren. Hier zit een verschil in. Wat is het juiste standpunt van Menzis?	Menzis Zorgkantoor verstaat onder committeren aan de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 dat de zorgaanbieder de doelen van de Green Deal onderschrijft en daarnaar handelt.
305	1.2.3 duurzaamheid	Menzis brengt ons op de hoogte van bewezen duurzame methodes en verwachten dat ze door ons worden toegepast. Dit klinkt min of meer dwingend. In het kader van proportionaliteit, hoe moeten wij dit zien, ook in het licht van de omvang van een eventuele investering en stijgende exploitatiekosten?	Door de landelijke progamma's, zoals deze op pagina 14 zijn beschreven, krijgt de zorgaanbieders ideeën over hoe digitale uitwisseling tussen zorgaanbieders ingeregeld kan worden. Dit is niet limitatief. Zorgaanbieders kunnen ook alternatieve (bewezen programma's) aandragen wat bijdraagt aan de doelstelling. Wij dragen bij aan deze ontwikkeling indien u zich inschrijft voor de module digitaal als het kan.
306	1.2.3 duurzaamheid	Duurzaamheid Het uitvoeren van de afspraken in de green deal 3.0 vragen investeringen van de zorgaanbieders om te komen tot realisatie van de ambitie van duurzaamheid. Alle investeringen die binnen 5 jaar rendabel zijn voeren we al uit of hebben we al uitgevoerd. De andere investering vragen financiering. - Is er voorzien in een financiële ondersteuning van de zorgaanbieders om deze doelen te behalen, en niet ten koste van van het geld voor de bewoner/ client? - Zo ja, hoeveel geld is beschikbaar? En hoe wordt dit verdeeld over de zorgaanbieders? - Zo nee, hoe ziet u dat zorgaanbieders geld vrijmaken uit de beschikbare WLZ middelen die toegekend worden, zonder dat dit ten koste gaat van de zorg voor de bewoner?	Het uitvoeren van de Green deal 3.0 vraagt om investeringen. In de NZa beleidsregel 2024 is er een verhoging van de NHC met gemiddeld 3,25% vanwege de verduurzaming van vastgoed. Wij verwachten als Menzis Zorgkantoor dat u dit inzet voor verduurzaming.
307	1.2.3 duurzaamheid	Menzis brengt zorgaanbieders op de hoogte van bewezen duurzame methodes en verwachten dat zorgaanbieders deze toepassen. - wij zijn van mening dat de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk is voor de implementatie van de green deal. Hoe ziet Menzis dit? Graag een toelichting. - welke bewezen methodes zijn dat? - in hoeverre is het een verplichting voor de zorgaanbieders om dit toe te passen? En welke sancties staan erop Is dat niet wordt gedaan?	1. U bent zelf verantwoordelijk voor implementatie van de Green Deal 3.0 Zorg. 2. Menzis verwijst voor bewezen duurzame methoden naar de kennis bij landelijk onderzoeksinstituten die verduurzamingsinitiatieven onderzoeken op hun effectiviteit, zoals RIVM, TNO en het Milieuplatform Zorgsector. Het Milieuplatform Zorg verzamelt de actuele kennis over verduurzaming van de zorgsector en ontwikkelt instrumenten om effectief aan de slag te gaan met verduurzaming. Milieu Platform Zorgsector 3. Menzis zorgkantoor vraagt om commitment aan de Green Deal duurzame zorg 3.0
308	1.2.3 duurzaamheid	Pag. 15 Duurzaamheid. Wij maken bezwaar tegen deze inkoopeis aangezien wij de afspraken van de Green Deal 3.0 (zoals het hebben van een	De termen ‘milieucoördinator’ en ‘gecertificeerd duurzaamheidssysteem’ kunnen wij niet in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 terugvinden.

		milieucoördinator en een gecertificeerd duurzaamheidssysteem) binnen de capaciteit en financiële middelen van onze ondersteunende staf niet kunnen implementeren. Hoe ondersteunt u onze organisatie bij het voldoen aan afspraken uit de Green Deal 3.0? Kunt u onderbouwen hoe de eisen die u stelt aan zorgaanbieders met betrekking tot de Green Deal 3.0 onderdeel zijn van het reële tarief?	Als Zorgkantoor willen we op verschillende manieren zorgaanbieders ondersteunen bij het realiseren van de doelen in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Onder meer door bewezen duurzame methoden te verzamelen en beschikbaar te stellen. Het uitvoeren van de Green deal 3.0 vraagt om investeringen. In de beleidsregel 2024 van de ZZP's staat een verhoging van de NHC met gemiddeld 3,25% vanwege de verduurzaming van vastgoed. Wij verwachten als Menzis Zorgkantoor dat u dit inzet voor verduurzaming
309	1.2.3 duurzaamheid	Bent u op de hoogte van het feit dat het onwaar is dat 'de brancheverenigingen' de green deal hebben ondertekend? Bent u bereid dit te rectificeren?	Namens de organisaties die Wlz-zorg leveren, hebben de brancheorganisaties Actiz, de Nederlandse GGZ en VGN de Green Deal ondertekend. Bekijk de deelnemers op: https://www.greendealduurzamezorg.nl/deelnemers. Wij rectificeren de tekst niet.
310	1.2.3 duurzaamheid	Bent u op de hoogte van het feit dat een best practice niet gelijk staat aan bewijs?	Een best practice (richtlijn of leidraad) is een beschrijving van een ‘beste’ werkwijze, methode, techniek of oplossing, die zich als effectiever heeft bewezen dan enige andere werkwijze, techniek, methode enz. De gedachte is dat werkzaamheden uitgevoerd kunnen worden met minder middelen, minder problemen, minder onvoorziene complicaties, niet steeds het wiel opnieuw uitvinden en betere eindresultaten. Wij zijn ervan op de hoogte dat dit geen (wetenschappelijk) bewijs is.
311	1.2.3 duurzaamheid	Duurzaamheid; onze stichting zal ook de Grean Deal Duurzame Zorg 3.0 gaan ondertekenen en proberen hier zo goed als mogelijk, binnen beschikbare kaders, invulling aan te geven. Desondanks stelt u de verplichting dat zorgverleners de door Zorgkantoor Menzis vastgestelde bewezen duurzame methodes dienen te worden opgevolgd. Is deze passage niet overbodig omdat de Grean Deal Duurzame Zorg leidend is in de uitvoering?	Menzis Zorgkantoor heeft zich gecommitteerd aan de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. De branche organisaties hebben zich namens hun leden, de zorgaanbieders, ook gecommitteerd aan deze Green Deal. Daaruit volgt dat deze verplichting ook geldt voor de interne processen van de zorgaanbieder. Strikt genomen is deze opmerking overbodig, echter: Menzis Zorgkantoor wil hier het belang van naleving van de afspraken in de Green Deal benadrukken.
312	1.2.3 duurzaamheid	In lijn met eerdere vragen. Op welke wijze worden de doelen ten aanzien van duurzaamheid beoordeeld door zorgkantoor Menzis en op welke wijze, en in welke omvang, zijn de investeringen die dit vraagt meegenomen in de tariefberekeningen?	1. Er worden landelijk afspraken gemaakt over de monitoring van de doelen van de Green Deal 3.0. Zodra dit is afgerond kunnen we de komende jaren de vorderingen op het terrein van bijvoorbeeld CO2-emissies en afvalproductie volgen en toetsen aan de beoogde resultaten. 2. Het uitvoeren van de Green deal 3.0 vraagt investeringen. In de NZa-beleidsregel 2024 is er een verhoging van de NHC met gemiddeld 3,25% vanwege de verduurzaming van vastgoed. Wij verwachten als Menzis Zorgkantoor dat u dit inzet voor verduurzaming.

313	1.2.3 duurzaamheid	Het is onduidelijk of Menzis Zorgkantoor wel of niet de Green Deal zorg 3.0 heeft ondertekend. Heeft Menzis Zorgkantoor de Green Deal zorg 3.0 wel of niet ondertekend?	ZN heeft de GDDZ 3.0 ondertekend namens alle zorgverzekeraars/zorgkantoren. Vervolgens heeft ook Menzis (zorgverzekering en zorgkantoor) de GDDZ ondertekend.
314	1.2.3 duurzaamheid	Kunt u bevestigen dat de vertaling van Menzis van de 5 doelen van de Green Deal 3.0 zorg zich volgens laten samenvatten in slechts 3 doelen, namelijk "CO2-reductie, duurzamer vastgoed en circulair gebruik van hulpmiddelen"?	In het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 ligt de focus op de 3 genoemde doelen. De reden hiervoor is, is dat we verwachten dat op deze doelen de komende jaren de meeste impact te behalen is. Echter, ook de andere doelen zijn van belang voor verduurzaming van de zorg, zoals kennis vergroten bij medewerkers (opleiding). De 5 doelen van de Green Deal Duurzame Zorg vindt u op: https://www.greendeals.nl.
315	1.2.3 duurzaamheid	Zorgkantoor Menzis verwacht van de aanbieders dat bewezen duurzame methodes worden toegepast. Wordt er bij de toepassingsmogelijkheden gekeken naar evt. specifieke situatie van een organisatie (incl. doelgroep)?	Wij verwachten van alle zorgaanbieders waar mogelijk de bewezen duurzame methodes toe te passen. Mochten organisatie specifieke situatie een belemmering vormen gaan we hierover in gesprek.
316	1.2.3 innovatie	Voor de implementatie en realisatie van elektronische gegevensuitwisseling (mpt/vpt) zijn we als aanbieder afhankelijk van de bereidwilligheid van samenwerkingspartners (apotheken en huisartsen). In de praktijk blijkt dat de verschillende en verouderde applicaties vaak niet kunnen samenwerken. We zien dit probleem vooral bij apotheekhoudende huisartsen? Wat gaat u doen om de elektronische gegevensuitwisseling in de keten te realiseren?	Om goede zorg te kunnen leveren is het belangrijk dat zorgaanbieders beschikken over complete en actuele zorggegevens van klanten. Dit kan alleen bereikt worden als er een goede en veilige overdracht van gegevens is tussen verschillende zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben zelf een verantwoordelijkheid en rol in het zorgen voor een goede overdacht van zorginhoudelijke gegevens. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland staan onze ambities zorginkoop digitalisering 2024. Zorgkantoor en Zorgverzekeraar hebben zich hieraan geconformeerd. We verwachten dat partijen samenwerken om knelpunten op te lossen en dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt. Zo nodig, zullen wij een gesprek faciliteren.
317	1.2.3 innovatie	Menzis stelt dat ketenpartijen samenwerken in het programma KIK-V. Wordt KIK-V daarmee een verplichting?	KIK-V wordt vooralsnog geen verplichting. Het is bedoeld om te helpen met verlichting van administratieve lasten.
318	1.2.3 innovatie	Welke bewezen effectieve innovaties ziet het zorgkantoor voor zich, wat houden deze in en op welke wijze zorgen ze voor tijdsbesparing? Het lijkt erop dat innoveren en veranderen met elkaar verward worden door het zorgkantoor. Om effectief te veranderen moeten we deze veranderingen zo concreet mogelijk maken en op basis daarvan het gesprek voeren.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Waardebepaling, waaronder tijdsbesparing is een onderdeel van het zorgtransformatiemodel wat het kenniscentrum toepast voor bewezen innovaties.
319	1.2.3 innovatie	Het doel van KIK-V is o.a. het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Wat wordt bedoeld met het hergebruiken van informatie?	Door informatie die al voor een andere uitvraag of vastlegging gebruikt wordt, opnieuw gebruiken, in plaats van opnieuw via een ander format aanvragen.

320	1.2.3 innovatie	U geeft aan: Voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg zijn de volgende landelijke programma's van belang: 1. Binnen het Informatieberaad Zorg is eOverdracht: digitale uitwisseling van de verpleegkundige overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende sectoren; 2. Medicatieoverdracht: uitwisseling van medicatiegegevens volgens de MP9-standaard, zodat voor iedere klant een actueel medicatieoverzicht beschikbaar komt; 3. MedMij: beschikbaar stellen van gegevens voor de klant, via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO); 4. De basisgegevensset langdurige zorg (BgLZ) vormt een samenvatting van de belangrijkste gegevens over een klant en wordt ook beschikbaar gesteld aan en gedeeld met andere zorgaanbieders en de klant zelf; 5. Mitz: om toestemmingen van de klant, voor uitwisseling van gegevens te registreren, wordt aangesloten op de online toestemmingsvoorziening Mitz Vraag; is dit een eis?	De genoemde landelijke programma's zijn voorbeelden waarmee zorgaanbieders digitaal kunnen transformeren. Deze voorbeelden zijn geen eis waaraan de zorgaanbieder conform het Regionaal inkoopbeleid 2024-2026 aan moet voldoen.
321	1.2.3 innovatie	Visie op zorgtechnologie - waaraan moet deze visie voldoen? - Is het de bedoeling dat alle programma's die op pagina 14 zijn beschreven door de zorgaanbieder worden gevolgd? Zo ja, per wanneer en hoe wordt dit getoetst? - ook hier extra administratieve lasten, kan Menzis deze schrappen? Zo nee, waarom niet? - is het mogelijk om een eigen rapportage aan te leveren die beter aansluit bij de plannen die we zelf al maken?	Wij verwachten dat zorgaanbieders een visie op zorgtechnologie hebben. Deze visie kan een apart document zijn of verwerkt zijn in het (kwaliteits)jaarplan, jaarverslag. De programma's op pagina 14 zijn voorbeelden. Wij stellen niet als eis dat dit allemaal gevolgd moet worden.
322	1.2.3 innovatie	Een innovatie kan ook niet-technisch van aard zijn (bijvoorbeeld een nieuwe werkwijze) In de uitwerking lezen wij iedere keer weer een koppeling met (e-) techniek. Hoe moeten wij deze paragraaf nu verstaan?	Een innovatie kan zowel technisch van aard zijn als niet-technisch (bijvoorbeeld een nieuwe werkwijze) van aard zijn.
323	1.2.3 innovatie	De ambitie dat 'elektronische gegevensuitwisseling de standaard is in de zorg ten behoeve van goede en veilige zorg', is al enige tijd aanwezig bij zorginstellingen. Echter, door ingewikkelde AVG wetgeving is de praktische uitvoering tot op	De landelijke progamma's, zoals deze op pagina 14 zijn beschreven, zijn voorbeelden over digitale uitwisseling tussen zorgaanbieders die u kunt gebruiken. We verwachten dat zorgaanbieders zelf controleren of ze voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

		heden niet mogelijk gebleken. Kunt u aangeven hoe u denkt dit probleem op te lossen?	
324	1.2.3 innovatie	Innovatie: pag. 14 (Visie op digitalisering in de zorg, juli 2022) Hoe stimuleert het zorgkantoor eenduidigheid in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van cliëntgegevens in de keten met de verscheidenheid aan ECD's, PGO's, etc. die er zijn? Hoe ondersteunt u onze organisatie bij het aansluiten op regionale gegevensuitwisseling tussen en in de keten aangezien geen enkele, individuele organisatie immers de standaard kan bepalen? Hoe draagt u bij aan de implementatie van de verschillende PGO's op ons ECD? Wat verwacht u van zorgaanbieders zodat zij de tijd en financiële middelen alsook de juiste expertise die dit vraagt zo efficiënt mogelijk kunnen inzetten en benutten? Hoe gaat het zorgkantoor standaardisatie ondersteunen, ook in financieel opzicht?	Door de landelijke progamma's, zoals deze op pagina 14 zijn beschreven, krijgt de zorgaanbieders ideeën over hoe digitale uitwisseling tussen zorgaanbieders ingeregeld kan worden. Dit is niet limitatief. Zorgaanbieders kunnen ook alternatieve (bewezen programma's) aandragen wat bijdraagt aan de doelstelling. Wij dragen bij aan deze ontwikkeling indien u zich inschrijft voor de module digitaal als het kan.
325	1.2.3 innovatie	U beschrijft in het inkoopbeleid de innovatie "arbeidsbesparing". Deelt u met ons dat naast de digitale inzet ook de inzet van andere functieniveaus relevant is om de betreffende doelstelling te realiseren?	Naast arbeidsbesparing is een andere inzet van personeel ook relevant om de betreffende doelsteling te realiseren.
326	1.2.3 innovatie	Uw keuze om de gegevensuitwisseling te faciliteren/ te ondersteunen wordt door onze stichting gedeeld echter hierbij voorwaardelijk is dat alle zorgkantoren dit beleid ondersteunen. Helaas komt deze visie niet in alle inkoopbeleidsdocumenten van andere zorgkantoren prominent terug. Op welke wijze gaat Menzis Zorgkantoor deze verbinding leggen om het beoogde resultaat te maximeren?	Op de website van Zorgverzekeraars Nederland staan de ambities zorginkoop digitalisering 2024. Wij hebben ons hier, net als de andere zorgkantoren, aan geconformeerd en vormgegeven in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
327	1.2.3 innovatie	In het inkoopbeleid wordt diverse keren gewezen op de verwachting dat bewezen voorbeelden/ innovaties (o.a. met betrekking tot de inzet van technologie, duurzaamheid) worden ingezet. Op welke wijze en wanneer gaat u overzichten van dit soort voorbeelden/ innovaties delen? En hoe wordt de inzet hiervan gestimuleerd?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
328	1.2.3 innovatie	Vraag 1. U verwacht van ons deelname aan tenminste 5 landelijke	Betere gegevensuitwisseling hebben wij opgenomen in de visie omdat wij denken dat dit bijdraagt aan de transformatie die nodig is. Met de

		programma's en het programma KIK-V: op welke manier faciliteert u zorgaanbieders in het stroomlijnen van informatie? Hoe zorgt u voor een structurele inbedding van informatievoorziening en –uitwisseling, anders dan via pilots en programma's?	vermelding van de landelijke programma's wilde wij u hier graag over informeren. Zoals beschreven in de visie hebben de zorgkantoren een ambitie en zullen dit de komende jaren stimuleren. Hoe de invulling hiervan per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
329	1.2.3 kwaliteit	Pg 14. 1.2.3. Kwaliteit: “Als gevolg van de toenemende druk op de langdurige zorg zullen de normen voor kwaliteit van zorg en de manier waarop kwaliteit ervaren wordt, veranderen. Ook onder deze druk blijven we alles doen om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te garanderen voor mensen die langdurige zorg nodig hebben. Dit betekent, in lijn met de landelijke visie, dat: *De wensen van de klant zorgvuldig in acht worden genomen en dat de klant met respect wordt behandeld. * Zorg veilig, doeltreffend, doelmatig en klantgericht is, tijdig wordt verleend, en afgestemd is op de reële behoefte van de klant.” Wij herkennen deze bepalingen t.a.v. kwaliteit die Menzis hier aanhaalt. Wij merken echter op dat het Zorgkantoor hiermee veel van de organisaties vraagt, te veel in relatie tot de toenemende complexiteit van zorg, die nog meer zal toenemen in de verpleeghuizen als de beweging die VWS en de Zorgkantoren in gang zetten gaat slagen en die complexer wordt als bij de instroom zich meer crisissituaties gaan voordoen, mede als gevolg van langdurige schaarse ondersteuning in de thuissituatie, waar ontbrekende mantelzorg en tekort aan thuiszorgmedewerkers al aan de orde van de dag zijn. In deze context kunnen Zorgaanbieders onmogelijk voldoen aan deze bepalingen. We vragen hoe Menzis dit ziet in de context van de arbeidsmarkt en de verlaging van de tarieven.	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar Paragraaf 5.2 van de landelijke Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg. Daar wordt beschreven wat zorgkantoren - en daarmee ook Menzis Zorgkantoor - binnen de veranderende maatschappelijke context verstaan onder kwaliteit en wat hiervoor nodig is.
330	1.2.3 kwaliteit	Om de regionale samenwerking te versterken zijn voor de V&V transitiemiddelen beschikbaar. - Vraag: Wij maken hiertegen bezwaar. Reden is dat de aanvraag van transitiemiddelen gepaard gaat met veel administratieve lasten. Daarnaast zijn de middelen tijdelijk van aard. Wij zien de transitiemiddelen V&V graag integraal onderdeel uitmaken van de tarieven. Bent u bereid hiermee akkoord te gaan en dit te wijzigen in het beleid?	De transitiemiddelen zijn door het Ministerie van VWS toegekend voor een vastgestelde afgebakende periode. Te weten 2022 tot en met 2026. De voorwaarden voor de inzet van deze middelen zijn ook gedefinieerd door VWS. Op grond daarvan kunnen deze middelen geen integraal onderdeel uitmaken van de tarieven. Tot slot bent u niet verplicht om transitiemiddelen aan te vragen.
331	1.2.3 kwaliteit	Pag. 14, Kwaliteit. U stelt dat zorg veilig, doeltreffend, doelmatig en klantgericht moet zijn, tijdig wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de klant.	De behoefte aan zorg van de klant wordt beoordeeld en vastgesteld door het CIZ. De door het CIZ afgegeven indicatie bepaalt de aanspraak op zorg van de klant. De zorgaanbieder bepaalt hoe de aanspraak op zorg van de klant wordt vertaald in zorg en ondersteuning. Menzis Zorgkantoor gaat er

		Wie beoordeelt of de behoefte van de klant reëel is? Indien de zorgaanbieder NIET als beoordelaar wordt aangemerkt, maken wij bezwaar tegen deze kwaliteitseis aangezien dit in tegenspraak is met uw beleid, beschreven op pagina 13, dat zorgaanbieders zorg moeten dragen voor passende zorg om stabiliteit te bevorderen en intensivering van zorg te voorkomen.	vanuit dat de zorgaanbieder zich daarbij richt op de reële behoefte van de klant en de zorg veilig, doelstreffend, klantgericht en doelmatig organiseert.
332	1.2.3 kwaliteit	U geeft aan dat het uitgangspunt is dat de zorg voldoet aan basisnormen en toetsingskaders van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) en aan de op dat moment geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	Het uitgangspunt is dat de zorg voldoet aan basisnormen en toetsingskaders van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) en aan de op dat moment geldende kwaliteitskaders en uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen. Als de ontwikkelingen rondom het kwaliteitskompas tot vraagstukken of dilemma's leidt, bespreek dit dan met uw inkoper.
333	1.2.3 kwaliteit	Kwaliteit; gesproken wordt over het tijdig verlenen van zorg. Kunt u toelichten wat in dit kader volgens Menzis Zorgkantoor als tijdig wordt beschouwd?	Menzis Zorgkantoor verwacht van de zorgaanbieder dat de klant tijdig in zorg wordt genomen conform de treeknorm en het Voorschrift Zorgtoewijzing
334	1.2.4	Samenwerking tussen de domeinen. Wat kunnen we verwachten van Menzis? En wat is de rol van Menzis?	U kunt van Menzis Zorgkantoor een participerende en waar nodig een aanjagende rol verwachten in deelname aan of opzetten van regionale overleggen en samenwerking tussen de domeinen.
335	1.2.4	U geeft aan dat regionale samenwerking ook kansen biedt voor het uitwisselen en efficiënter inzetten van beschikbaar personeel. Uitwisselen biedt altijd nieuwe inzichten. Vraag is wel waar efficiëntere inzet mogelijk is. Voor specialistische functies zien wij mogelijkheden, voor de algemene verzorgende en verpleegkundige functies minder. - Voor welke functies denkt u dat een efficiëntere inzet mogelijk is?	In bijlage B Regionaal Beleid Transitiemiddelen 2024-2026 wordt beschreven dat een goede borging van een aaneensluitende keten voor de inzet van behandeling om regionale samenwerking vraagt. Met als doel om een efficiëntere inzet van behandelaren te realiseren.
336	1.2.4	U geeft aan in te zetten op samenwerking tussen de domeinen. - Bedoelt u hiermee het zorg- en het welzijnsdomein of de verschillende domeinen van WMO-Zvw en Wlz? - Beschouwt u het als een voordeel als een zorgaanbieder in een gemeente op alle domeinen zelf actief is? Zo nee,	Wij bedoelen hiermee de domeinen Wmo-Zvw-Wlz. Samenwerking tussen de domeinen kan tot stand komen met zorgaanbieders die in één of meerdere domeinen actief zijn.

		waarom niet? Immers overleg en samenwerking onder één aansturing lijkt eenvoudiger dan in andere constructies.	
337	1.2.4	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. We verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten voor de landelijke bewegingen 'digitaal als het kan' zodat kwalitatief goede zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. De module is bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren zich hier extra voor in te zetten. De opslagen moeten gezien worden als stimulans om deze extra stap te kunnen zetten. (Investeringen in) inzet van ICT en technologie zit ook verdisconteerd in de tarieven in de beleidsregels van de Nza. Daarnaast zijn er financiële mogelijkheden via de transitiemiddelen. Hiervoor verwijzen wij u naar Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026
338	1.2.4	Samenwerken tussen en over de domeinen U schrijft hier dat het belangrijk is dat er samenwerking is tussen en over de domeinen, zodat er een integraal zorg- en welzijnspakket wordt gerealiseerd. In de uitwerking gaat u daarbij in op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om de doorstroom mogelijk te maken. Omdat in onze V&V-sector zorg alleen maar zwaarder wordt, snappen wij dat. Hoe kijkt Menzis aan tegen domeinoverstijgende samenwerking, waarbij ook vanuit de Wmo en Zvw wordt gekeken en in samenhang met de inzet van Wlz-gelden we onze gezamenlijke doelen kunnen realiseren? Zeker ook waar sprake is van MPT en VPT. Komt dit ook ergens terug in uw inkoopkader? Zo nee, waarom niet?	Onder domeinoverstijgende samenwerking, zoals genoemd in paragraaf 1.2.4. van ons Regionaal Inkoopkader, valt ook de door u genoemde samenwerking, waarbij vanuit de Wmo en Zvw in samenhang met de Wlz wordt gekeken hoe gezamenlijke doelen gerealiseerd kunnen worden. Wij verwijzen u in relatie tot deze vraag ook graag naar paragraaf 2.5. in Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden.
339	1.2.4	Vraag 1. U verwacht samenwerking tussen de domeinen, zodat een domein overstijgend integraal zorg- en welzijnspakket voor de cliënt wordt gerealiseerd. U zet hiervoor transitiemiddelen in. Waarom maakt u domein overstijgende samenwerking geen onderdeel van het reguliere tarief?	Vanuit het reguliere tarief kan alleen Wlz-zorg worden gefinancierd.
340	1.2.4	We verwachten dat onze gecontracteerde zorgaanbieders, en specifiek 'systeem-aanbieders', samen zorgen voor voldoende zorgaanbod gericht op de ondersteuning en zorg voor complexe doelgroepen.' De zorgplicht is volgens de Wet langdurige zorg in het stelsel belegd bij zorgkantoren, niet bij zorgaanbieders. Uw verwachting dat zorgaanbieders samen zorgen	Om als zorgkantoor aan de zorgplicht te kunnen voldoen is onze opdracht om voldoende zorg in te kopen bij de door ons gecontracteerde zorgaanbieders. Binnen het gecontracteerde zorgaanbod moet ook de zorg voor de meest complexe doelgroepen toegankelijk blijven. Met als uitgangspunt: regionaal en dichtbij de klant als het kan; gecentraliseerd en mogelijk verder weg als dat nodig is om de kwaliteit en toegankelijkheid te borgen. Deze centralisatie zal (moeten) plaatsvinden bij de zogenoemde systeem-

		voor voldoende zorgaanbod strookt daar geenszins mee. Onderschrijft u dat? Zo nee, waarom niet?	aanbieders die gezamenlijke de door het zorgkantoor ingekochte zorg voor de complexe doelgroepen kunnen borgen en daarmee garanderen.
341	1.2.4	U stelt "Om voor modules in aanmerking te komen verwachten we dat u op het moment van inschrijven voor een module en gedurende de uitvoering van de overeenkomst aantoonbaar voldoet aan onze Menzis voorwaarden". Naar wij begrepen hebben dient de inschrijving voor de module in de periode vooraafgaand aan de daadwerkelijke ingangsdatum van de afspraken gedaan te worden. Kunt u "het moment van inschrijven" vervangen door "het moment van ingaan van de afspraak"? (Daarmee krijgt de Zorgaanbieder meer tijd om de afspraak te implementeren om klaar te zijn voor de startdatum van de afspraak). Zo nee, waarom niet?	Een zorgaanbieder dient op moment van inschrijven aan de voorwaarden van Menzis Zorgkantoor te voldoen. Wij zijn niet bereid dit aan te passen. De voorwaarden van Menzis Zorgkantoor stonden voorgaande jaren grotendeels in de honoreringslijsten. Daarmee verwachten we dat dit staande praktijk is waar zorgaanbieders op het moment van inschrijven aan kunnen voldoen.
342	1.2.4	Op welke wijze kan de Zorgaanbieder in beroep gaan tegen de vaststelling van Menzis?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen we naar paragraaf 3.1.10 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
343	1.2.4	U schrijft: "Als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat u het overeengekomen voorstel voor een module niet zoals afgesproken uitvoert of toch niet aan de gestelde voorwaarden voor de betreffende module voldoet, trekken we de procentuele opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk in." Op welke wijze kan de Zorgaanbieder tegen een eventuele intrekking bezwaar aantekenen?	Als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat de zorgaanbieder niet aan de gestelde voorwaarden voor de betreffende module voldoet, wordt de procentuele opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk teruggevorderd. Dit wordt verrekend in de nacalculatie van het jaar waar de terugvordering betrekking op heeft. De modules en de daarbij geldende voorwaarden betreffen contractuele verplichtingen waar zorgaanbieders aan gebonden zijn. Indien partijen er niet gezamenlijk uitkomen, zal de zorgaanbieder zicht tot de rechter moeten wenden.
344	1.2.4	U schrijft: "Menzis Zorgkantoor behoudt zich het recht voor om in latere jaren modules toe te voegen. Bij relevante externe ontwikkelingen (bijvoorbeeld wijzigingen van NZa-beleidsregels en/of maximumtarieven, kwaliteitskaders, overheveling behandeling) behouden we ons het recht voor om modules en toegekende opslagen te herzien. Indien dit beleid na 2026 verlengd wordt tot 2027 of 2028 kunnen we modules en opslagen opnieuw vaststellen." Op welke wijze kan de Zorgaanbieder tegen een eventuele herziening bezwaar aantekenen? Kunt u in de overeenkomst opnemen dat dit een grond kan zijn om het contract op te zeggen? Zo nee, waarom niet?	De herzieningsclausule zoals verwoord op pagina 31 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd. Als Menzis Zorgkantoor in 2027 of 2028 modules wil wijzigen, dan wordt het beleid niet verlengd.
345	1.2.4	Waarom is gekozen om aanbieders met een overeenkomst na 2016 geen overbruggingsbedrag ui te betalen? In deze tijd is het steeds belangrijker dat de Zorgaanbiedr tijdig over voldoende liquide middelen beschikt. Kunt u het overbruggingsbedrag ook uit laten betalen aan Zorgaanbieders deie	Het niet bevoorschotten van nieuwe initiatieven past beter binnen de systematiek van de persoonsvolgende bekostiging. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat u hiermee rekening houdt binnen uw bedrijfsvoering.

		een overeenkomst na 2016 zijn aangegaan. Zo nee, waarom niet?	
346	1.2.4	Waarom is de voorwaarde in de voorgestane transitie in de ouderen- en gehandicaptenzorg dat alleen de kosten van initiatieven worden gehonoreerd als er meerdere zorgaanbieders bij betrokken zijn. Is het zorgkantoor het met ons eens dat ook een organisatie die sec complexe intramurale zorg levert en daardoor minder in de VVT keten met andere VVT aanbieders werkt maar juist wel met andere aanbieders (bijv ziekenhuizen) in de zorgketen, van de transitiemiddelen gebruik zouden moeten kunnen maken om de kwaliteit van zorg en verpleging van de cliënt te verbeteren? Is het zorgkantoor het met ons eens dat het sec gaat om de kwaliteit, beschikbaarheid en doelmatigheid van zorg voor de cliënt en niet om sec te voldoen aan de eis van samenwerking met andere zorgaanbieders in de VVT sector?	De voorwaarden voor de inzet van de transitiemiddelen zijn vastgesteld door het Ministerie van VWS. De transitiemiddelen zijn zeker bedoeld om de kwaliteit, beschikbaarheid en doelmatigheid van de zorg te verbeteren; voor de inzet van de transitiemiddelen is - confom de voorwaarden van VWS - samenwerking met andere zorgaanbieders een vereiste. De mogelijkheden om in aanmerking te komen voor de transitiemiddelen staan in Hoofstuk 6 van Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden en Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen. Hier kunt u lezen welke samenwerking en onder welke voorwaarden mogelijk is.
347	1.2.4	"Daarbij is er ook sprake van een goede en efficiënte doorstroom naar een ander domein." - Hoe ziet Menzis dit binnen de VVT/ ouderenzorg? Immers voor veel ouderen is de VVT het eindstation. Graag een toelichting.	Voor de ouderenzorg wordt bedoeld de doorstroom vanuit de Wmo en/of Zvw.
348	1.2.4	'Omslag naar anders werken in de regio. Inzet extra middelen in de vorm van regiobudgetten' - Welke rol ziet Menzis hierin? Graag een toelichting.	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026.
349	1.2.4	Staat het regionaal stimuleringsbudget WLZ ook open voor andere ketenpartners dan zorg zoals welzijnsinstellingen? Het doel van de transitie is juist ook om minder zorg en meer kwaliteit van leven te bevorderen, hierbij is samenwerking met andere organisaties, niet zijnde zorgorganisaties, een vereiste.	De middelen mogen worden gebruikt om de doelstellingen, waarvoor de middelen bedoeld zijn, te behalen. Deze doelstellingen, wat daarvoor nodig is en met welk resultaat moet blijken uit het ingediende projectplan. Antwoord op uw vraag is afhankelijk van de inhoud van het plan en de daarover met het Zorgkantoor te maken en vast te leggen afspraken.
350	1.2.4	1.2.4 Het ministerie van VWS heeft voor de periode 2022 tot en met 2026 transitiemiddelen beschikbaar gesteld voor de Wlz. Kunt u toelichten waarom onze zorginstelling vooralsnog slechts zekerheid heeft gekregen over de toekenning van middelen over de jaren 2022 en 2023? Mede om het uitwisselen en efficiënter inzetten van beschikbaar personeel daadwerkelijk te stimuleren, verwachten wij voorwaardelijk de toezegging dat de transitiemiddelen inzake het stimuleringsfonds en scheiden wonen/zorg, onderbouwd naar ons	In paragraaf 1.1. van het Aanvullend regionaal inkoopbeleid transitiemiddelen V&V en GZ 2022 en 2023 (publicatiedatum: 8 augustus 2022) is toegelicht waarom dit beleid alleen betrekking heeft op 2022 en 2023. De transitiemiddelen worden toegezegd op basis van door zorgaanbieders ingediende plannen, die voldoen aan de voorwaarden waar de middelen voor bedoeld zijn.

		marktaandeel, voor de gehele periode (2022-2026) nu wordt toegezegd en de betreffende middelen niet gebruikt gaan worden om eventuele tekorten bij het Zorgkantoor Menzis op te kunnen vangen.	
351	1.2.4	Steunt het Zorgkantoor Menzis het huidige landelijke beleid voor de regio Twente en zo ja op basis waarvan wordt dit passend geacht?	Uit de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor blijkt dat onze drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor alle drie de sectoren (GGZ, GZ en V&V). De knelpunten en uitdagingen sluiten aan bij de landelijke visie. Wij nemen deze landelijke visie als uitgangspunt en dragen via het regionale zorginkoopbeleid bij aan de noodzakelijke beweging.
352	1.2.4	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.4, pagina 17-18, in samenhang met Bijlage B U omschrijft hier het beleid van Menzis inzake de beschikbare transitiemiddelen voor de contractperiode 2024-2026; naar wij aannemen: ook voor de jaren 2027 en 2028. Is dat correct?	De transitiemiddelen zijn door het Ministerie van VWS toegekend voor een afgebakende periode. Te weten 2022 tot en met 2026.
353	1.2.4	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.4, pagina 17-18, in samenhang met Bijlage B De transitiemiddelen-regeling is een tijdelijke, landelijke regeling, bedoeld om specifieke 'samenwerkingsprojecten' van zorgaanbieders in het kader van de landelijk beoogde transities te financieren. Wij zijn van mening dat deze regeling op zichzelf staat. Daarmee bedoelen we dat beschikbare transitiemiddelen zijn niet bedoeld ter dekking van de kosten van zorgaanbieders voor de uitvoering van de verplichtingen van zorgaanbieders onder deze overeenkomst. Daarvoor dienen de tarieven. De beschikbaarheid van de transitiemiddelen is dan ook ook geen argument om lagere (voor de uitvoering van de overeenkomst niet kostendekkende) tarieven te stellen en te veronderstellen dat zorgaanbieders dat 'gat' kunnen compenseren door transitiemiddelen aan te vragen. De transitiemiddelen zijn alleen bedoeld ter dekking van samenwerkingsprocjecten die onder de transitiemiddelen-regeling worden aangegaan. Ben u het eens met het voorgaande? Zo ja, hanteert u dit ook zo in het kader van uw inkoopbeleid? Zo niet, in welk opzicht niet en waarom niet?	De stelling dat de transitiemiddelen ingezet worden om 'lagere (voor de uitvoering van de overeenkomst niet kostendekkende) tarieven te stellen' is onjuist. Bij het vaststellen van het tarief op basis van (1) De landelijke richttariefpercentages, (2) zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en(3) de hardheidsclausule, spelen de transitiemiddelen geen enkele rol. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Van het compenseren van een 'gat' door middel van de transitiemiddelen is dus geen sprake.
354	1.2.4	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.4, pagina 17-18, in samenhang met Bijlage B U schrijft in § 1.2 van Bijlage B dat u de daar omschreven	Aanpassing kan plaatsvinden op basis van door zorgaanbieders ingediende en door het Zorgkantoor geaccordeerde plannen in de genoemde sectoren.

		verdeling nog kunt aanpassen. Op basis van welke objectieve criteria zult u dat in voorkomend geval doen?	
355	1.2.4	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 1.2.4, pagina 17-18, in samenhang met Bijlage B Bijlage B bevat geen duidelijke kaders voor een objectieve beoordeling van ingediende plannen voor samenwerkingsprojecten onder de transitiemiddelen-regeling. Ook ontbreekt een objectief kader voor de toekenning van transitiemiddelen voor een project, waarbij geborgd is dat ten minste de 'reële kostprijs' wordt toegekend. Wij verzoeken u deze kader op te nemen.	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden onder 6.4. Afspraken over de inzet van de middelen.
356	1.2.4	Is het ook mogelijk om na 2024 de transitiemiddelen toe te voegen aan het budget? Dit zou de effectiviteit bevorderen en scheelt administratieve lasten.	De voorwaarden voor de inzet van de transitiemiddelen zijn vastgesteld door het Ministerie van VWS. Op grond daarvan kunnen de middelen alleen op grond van het geformuleerde beleid in Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026 worden toegekend en niet (integraal) worden toegevoegd aan het budget.
357	1.3.1	Document paragraaf 1.3.1 pg. 18: U bent voornemens om te toetsen in welke mate het lukt om klanten te laten participeren met passende daginvulling en om vrijwilligers te verbinden en te stimuleren. Wat bedoelt u met de mate waarin het gelukt is om vrijwilligers te verbinden en te stimuleren, in relatie tot passende daginvulling? En op welke wijze gaat u dit meten?	In het betreffende document is uw vraag inderdaad niet nader gespecificeerd. Een uitgebreide toelichting waarop een zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor deze module vindt u in Bijlage A - toelichting modules per sector, pagina 6. Met deze module beogen wij zorgaanbieders te stimuleren om met inventieve plannen te komen. U dient in uw voorstel een SMART doel te stellen. U geeft in uw voorstel aan op welke wijze u het effect meetbaar (M) maakt.
358	1.3.1	Document paragraaf 1.3.1 pg. 19: U stimuleert de doorstroom naar meer mpt en vpt als dat verantwoord kan. Wij onderschrijven dit doel. De ervaring leert echter dat cliënten in situaties, waarin wij inschatten zij stappen kunnen maken in zelfredzaamheid en wij actief stimuleren, nog wel eens een klacht indienen bij het zorgkantoor. Kunnen wij van het zorgkantoor verwachten dat zij naar clienten eenzelfde beeld communiceren als wij, als aanbieders, in dit streven?	Menzis Zorgkantoor stimuleert de inzet van mpt en vpt en communiceert dit actief, ook naar klanten. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
359	1.3.1	Document paragraaf 1.3.1 pg. 18: U bent voornemens om te toetsen in welke mate het lukt om klanten te laten participeren met passende daginvulling en om vrijwilligers te verbinden en te stimuleren. Wat bedoelt u met participeren met passende daginvulling?	Het hebben en/of creëren van een passende daginvulling kan ondersteunend zijn aan het herstel en/of behoud van mentale gezondheid. U zoekt actief, samen met de cliënt, naar mogelijkheden om de eigen (veer)kracht van een klant te benutten. Met passend wordt bedoelt dat de activiteit ondersteunend is aan de herstelfase waarin de cliënt zich bevind.
360	1.3.1	Wat zijn de criteria die worden toegepast voor het selecteren van specialistische zorgaanbieders?	Zie bepaling in bijlage A Toelichting modules per sector, GGZ, module 4.

361	1.3.1	Blijft voor Wlz-GGZ indicaties voor verblijf/behandeling het integraal bekostigingsmodel beschikbaar blijft of heeft u het voornemen het modulaire bekostigingsmodel te gaan volgen (modulair: woonzorg, ggz-behandeling, specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg apart financieren)?	Het Menzis zorgkantoor is een uitvoeringsorgaan voor de langdurige zorg. Daarmee zal het zorgkantoor altijd acteren conform vigerende wet- en regelgeving. Wij volgen de ontwikkelingen op dit thema en nemen onze zorgaanbieder zo spoedig mogelijk mee in de ontwikkelingen.
362	1.3.1	Kunt u benoemen wat de wijzigingen zijn ten aanzien van inzet van meerzorg? Indien sprake is van een max per instelling blijft dit dan gehandhaafd?	Voor informatie over de regeling meerzorg verwijzen wij u graag naar onze website of neem contact op met uw zorginkoper.
363	1.3.2	Wanneer de instelling voldoende AVG zorg in huis heeft, deze ook inzet in de regionale samenwerking en poliklinische zorg levert aan extramurale cliënten is het dan noodzakelijk om in 2024-2026 een verpleegkundige specialist in dienst te hebben?	Menzis Zorgkantoor schrijft niet voor dat er een verpleegkundig specialist in dienst moet zijn.
364	1.3.2	Op welk onderzoek is gebasseerd dat VG3, VG4 en LG2, met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kan wonen? De groei niet stimuleren als stelregelen druist in tegen de regel passende zorg. Ook voor mensen met een VG4 moet en kan intramurale zorg noodzakelijk zijn. Prakijk (kort): kind woont thuis, zonder kennis vragen ouders indicatie aan, ontvangt VG4. Kind moet uit huis en gaat naar instelling maar is daar dan niet welkom omdat er VG4 is? Later blijkt dat VG6 op zijn plaats is maar dan woont client al lang in de instelling.... Hoe hier dan mee om te gaan?	In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 sluiten we aan bij het Landelijk Akkoord Gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022. Op grond van kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. Dit is niet gebaseerd op een specifiek onderzoek. Verblijfszorg blijft ook mogelijk voor klanten met deze indicate. Het aanvragen van een herindicatie is niet afhankelijk van de leveringsvorm.
365	1.3.2	Volgens art. 3.3.1. WLZ heeft de verzekerde het recht om te kiezen welke financieringsvorm hij/zij kiest. In dat licht lezen wij het inkoopbeleid dat we nieuwe klanten de keuze moeten bieden tussen zorg met verblijf, VPT of MPT. Is deze zienswijze juist? Zo nee, hoe ziet u de keuzevrijheid van de klant op basis van art. 3.3.1 WLZ? Indien u de keuzevrijheid van de klant beperkt tot een VPT of MPT maken wij bezwaar tegen dit beleid.	Op grond van kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We gaan ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG3, VG4 en LG2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd. Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicatie.
366	1.3.2	Hoe gaat u om met cliënten tussen de 18 en 23 jaar? Moeten we die ook verplicht een VPT aanbieden? Op basis van onze huidige huurprijzen, hebben cliënten	In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1..3.2. van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd.

367	1.3.2	Document paragraaf 1.3.2. pg. 20: U stimuleert de doorstroom naar meer mpt en vpt als dat passend is. Wij onderschrijven dit doel. De ervaring leert echter dat cliënten in situaties, waarin wij inschatten dat zij stappen kunnen maken in zelfredzaamheid en wij actief stimuleren, soms eens een klacht indienen bij het zorgkantoor. Kunnen wij van het zorgkantoor verwachten dat zij naar clienten eenzelfde beeld communiceren als wij, als aanbieders, in dit streven?	Menzis Zorgkantoor stimuleert de inzet van mpt en vpt en communiceert dit actief, ook naar klanten. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
368	1.3.2	Document paragraaf 1.3.2 pg. 22: U gaat ervan uit dat zorgaanbieders vanaf 1-1-2024 geen groei realiseren in het aantal klanten voor verblijf ZZP VG3, VG4 en LG2 en u verwacht dat wij nieuwe klanten de leveringsvorm mpt of vpt aanbieden. Hoe kunnen wij er als aanbieders mee omgaan als onze inschatting is dat mpt of vpt niet verantwoord is voor de nieuwe cliënt?	De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 onder kanslijn 4 wordt verwijderd. Verblijfszorg blijft ook mogelijk voor klanten met deze indicate.
369	1.3.2	Document paragraaf 1.3.2 pg. 22: Een deel van de cliënten kan niet uitstromen naar VPT en MPT en een hogere ZZP is niet passend. Indien geen groei mag worden gerealiseerd voor VG3/VG4 en LG2 is een mogelijk gevolg dat langere wachtlijsten ontstaan. Er moet immers eerst een plek vrijkomen. Bent u zich bewust van het gevolg van uw eigen beleid?	Zoals ook vermeld in Bijlage A Toelichting modules per sector onder 2. GZ, vragen wij u nadrukkelijk niet om huidige klanten voor deze doelgroep te verplaatsen. In lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN willen we de inzet van mpt en vpt stimuleren en gaan we ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. Verblijfszorg blijft ook mogelijk voor klanten met deze indicatie en we gaan ervan uit dat dit gerealiseerd kan worden zonder groei.
370	1.3.2	Document paragraaf 1.3.2 pg. 22: U gaat ervan uit dat zorgaanbieders vanaf 1-1-2024 geen groei realiseren in het aantal klanten voor verblijf ZZP VG3, VG4 en LG2 en u verwacht dat wij nieuwe klanten de leveringsvorm mpt of vpt aanbieden. Hoe verhoudt zich dit tot de keuzevrijheid van de cliënt?	In lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN willen we de inzet van mpt en vpt stimuleren en gaan we ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 wordt verwijderd.
371	1.3.2	Document paragraaf 1.3.2 pg. 22: Welke gevolgen heeft het als een aanbieder (ondanks alle inspanning) wel groeit in haar cliëntpopulatie met VG3/VG4/L2?	In paragraaf 2.8 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024 -2026 staat vermeld dat voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de herschikking en nacalculatie 2024 het aantal dagen verblijfszorg voor ZZP VG 3, VG 4 en LG 2 maximeren op het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is voor verblijf voor deze ZZP's vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de extrapolatie op basis van de AW 319 (zoals hiervoor beschreven) lager uitkomt c.q. daadwerkelijke realisatie lager uitvalt. Voor 2025 en 2026 geldt hetzelfde uitgangpunt met als peildatum 1 januari 2025 c.q. 1 januari 2026, tenzij de extrapolatie c.q. realisatie in dat jaar lager uitvalt.

			Deze passage komt te vervallen. In plaats daarvan wordt paragraaf 2.10 aangevuld met: Voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de totaal financieel gerealiseerde producties in de nacalculaties voor de komende contracteerperiode het aantal dagen verblijfszorg zullen financieren op basis van het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is met verblijf voor deze ZZP's, vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de daadwerkelijke realisatie in het betreffende jaar lager uitvalt. Het aantal dagen boven dit maximum zullen wij vergoeden tegen de corresponderende vpt-prestatiecodes.
372	1.3.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 1.3.2) Menzis hanteert een beleid waarin voor de doelgroepen VG3 , VG4 en LG2 vanaf 1 januari 2024 geen groei in het aantal klanten met verblijf gerealiseerd mag worden. Voor nieuwe cliënten wordt verwacht dat de leveringsvorm mpt of vpt wordt aangeboden. Cliënten hebben op basis van de Wlz keuzevrijheid in de leveringsvorm waarin zij hun zorgprofiel willen ontvangen. Dit geldt ook voor cliënten met VG3, VG4 en LG2 profielen. Als cliënten uitdrukkelijk kiezen voor intramurale zorg en de nakoming van de zorgplicht door het zorgkantoor (in rechte) afdwingen, dan kan dat grote (financiële) consequenties hebben voor zowel zorgkantoren als de gecontracteerde aanbieders. Kan het zorgkantoor aangeven hoe zij rekening heeft gehouden met cliënten met indicatie VG 3, VG4 en LG2 die hun recht op intramurale zorg afdwingen? Is het zorgkantoor bereid hier het pas toe of leg uit principe toe te passen? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor wil de inzet van mpt en vpt stimuleren in lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
373	1.3.2	Vanaf 1 januari 2024 verwacht u dat nieuwe cliënten met een VG 3 of VG 4 uitsluitend de leveringsvorm mpt of vpt ontvangen. Hoe verhoudt zich dit tot de wet langdurige zorg waarin staat dat een cliënt met een WLZ indicatie recht heeft op zorg met verblijf?	Menzis Zorgkantoor wil de inzet van mpt en vpt stimuleren in lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1..3.2. van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd.
374	1.3.2	In aansluiting op bovenstaande: hoe gaat Menzis ermee om, wanneer de cliënt aanspraak maakt op het recht op zorg met verblijf en dit niet door de zorgaanbieder geleverd kan worden, omdat daar geen vergoeding voor ontvangen kan worden?	In lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN willen we de inzet van mpt en vpt stimuleren en gaan we ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicate, waarbij we ervan uitgaan dat u geen groei realiseert in verblijfszorg voor deze indicaties. In paragraaf 2.10 van het gwijzigde Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 leest u hoe we hier in de nacalculatie mee om zullen gaan.

375	1.3.2	Klopt het dat het aantal verblijfsdagen met indicatie VG3 en VG4 niet mag groeien na 1-1-2024? Gaat het dan om het aantal unieke cliënten op 1-1-2024 in zorg (verblijf)? Worden er door het Zorgkantoor geen Verblijfindicaties voor VG3 en VG4 meer afgegeven?	Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicate, waarbij we ervan uitgaan dat u geen groei realiseert in verblijfszorg voor deze indicaties. In paragraaf 2.8. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024 -2026 staat vermeld dat voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de herschikking en nacalculatie 2024 het aantal dagen verblijfszorg voor ZZP VG 3, VG 4 en LG 2 maximeren op het aantal klanten dat op de peildatum 1 januari 2024 in zorg is voor verblijf voor deze ZZP's vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de extrapolatie op basis van de AW 319 (zoals hiervoor beschreven) lager uitkomt c.q. daadwerkelijke realisatie lager uitvalt. Voor 2025 en 2026 geldt hetzelfde uitgangpunt met als peildatum 1 januari 2025 c.q. 1 januari 2026, tenzij de extrapolatie c.q. realisatie in dat jaar lager uitvalt. Deze passage komt te vervallen. In plaats daarvan wordt paragraaf 2.10 aangevuld met: Voor zorgaanbieders in de sector GZ geldt dat we in de totaal financieel gerealiseerde producties in de nacalculaties voor de komende contracteerperiode het aantal dagen verblijfszorg zullen financieren op basis van het aantal klanten dat op peildatum 1 januari 2024 in zorg is met verblijf voor deze ZZP's, vermenigvuldigd met het aantal dagen in het jaar. Tenzij de daadwerkelijke realisatie in het betreffende jaar lager uitvalt. Het aantal dagen boven dit maximum zullen wij vergoeden tegen de corresponderende vpt-prestatiecodes. Menzis Zorgkantoor geeft geen indicaties af. Dit doet het CIZ.
376	1.3.2	Er staat op blz. 21 geschreven: "Wij streven naar de juiste inzet van meerzorg." In het meerzorgsjabloon 2023 zit (o.i. nog steeds) een fout, waardoor de tarieven niet passend zijn. Wanneer wordt dit gecorrigeerd?	De rekentool behorend bij de meerzorgystematiek 2023 is rekenkundig correct en zal niet worden gecorrigeerd.
377	1.3.2	Quote: "Hierbij gaat het vooral om passende verblijfsplekken voor de doelgroep VG7 en VG8. " Waarom wordt de VG7 wel extra gehoneerd en de VG8 niet?	De hogere vergoeding voor VG 7 is gekoppeld aan de extra middelen, zoals genoemd in paragraaf 2.4 en in Bijlage A, module 3 voor de Gehandicaptenzorg. Deze zijn voor de prestatiecodes VG 8 niet van toepassing.
378	1.3.2	Menzis is van mening dat ZZP3 en ZZP4 niet meer in een instelling hoeven te wonen. Wat is de onderbouwing van deze mening? Het doet ons inziens geen recht aan de verschillen die er binnen deze doelgroep zijn. Recent is uit wetenschappelijk onderzoek gebleken dat een cliënt met deze ZZP niet meer thuis kan wonen (GOUD onderzoek, Erasmus universiteit). Welke (wetenschappelijke) onderbouwing heeft Menzis voor de keuze om cliënten met ZZP 3 en ZZP4 niet meer thuis te laten wonen?	In ons Regionaal Inkoopbeleid Wlz 2024-2026 sluiten we aan bij het Landelijk akkoord gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022. Op grond van kanslijn 4 in het Landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. Verblijfszorg blijft ook mogelijk voor klanten met deze indicatie. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de

			leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 onder kanslijn 4, wordt verwijderd.
379	1.3.2	Waar moeten cliënten met een ZZP3 en ZZP4 heen die vanwege hun specifieke siuatie wel moeten wonen in een instelling. Met de voorliggende inkoopvoorwaarden kunnen wij deze cliënten niet meer en ook thuis niet goed een behandeling meer kunnen krijgen. Hoe kijkt Menzis hier naar?	Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicate. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 onder kanslijn 4, wordt verwijderd.
380	1.3.2	Uit onze ervaring blijkt dat een indicatie van ZZP3 of ZZP4 van een thuiswonende cliënt vaak onvoldoende is. Indien betreffende client bij ons komt wonen blijkt meer zorg en een hogere indicatie nodig te zijn. Met het voorgestelde beleid zullen deze cliënten tussen wal en schip komen. Die mensen komen nu niet meer in beeld. Dit gaat knelpunten opleveren. Hoe denk u deze knelpunten op te gaan lossen?	Het vaststellen dat er meer zorg en een hogere indicatie nodig is, staat los van de leveringsvorm.
381	1.3.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 1.3.2., pagina 22) Menzis hanteert een beleid waarin voor de doelgroepen VG3 , VG4 en LG2 vanaf 1 januari 2024 geen groei in het aantal klanten met verblijf gerealiseerd mag worden. Voor nieuwe cliënten wordt verwacht dat de leveringsvorm mpt of vpt wordt aangeboden. Wij maken ons ernstige zorgen over dit voornemen en hebben dat eerder per brief aan u (lees onze zorginkoper) kenbaar gemaakt. De reactie was om dit in te dienen via de nota van inlichtingen. De brief is ook als bijlage bijgesloten. Geachte zorginkoper, Graag reageer ik namens de zorgaanbieder op jouw verzoek om door middel van deze formele brief onze zorgen over het voornemen van Menzis om per 2024 ZZP VG3, ZZP VG4 en ZZP LG2 enkel nog te financieren in VPT of MPT. Er zijn specifieke uitdagingen en problemen, bij invoering van dit voorgenomen beleid, in de gehandicaptenzorg die we graag onder de aandacht willen brengen. Keuzevrijheid in het geding Wij voorzien grote uitvoeringsproblemen en vinden de keuzevrijheid die de afgelopen jaren, met name ook door de zorgkantoren gepredikt is, een groot goed. De verplichting om VPT of MPT te gebruiken voor financiering is tegenstrijdig met de keuzevrijheid die wordt aangemoedigd door de overheid en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In jullie mail van 26 april staat geschreven dat het Zorgkantoor Menzis cliënten bewust wil maken van de leveringsvormen MPT en VPT. Daarnaast is de gedachtegang aanbod schept vraag. Naar onze mening is dit niet de bedoeling van het huidige reageerakkoord. We vragen ons af of bewustwording en het onder de aandacht	Op grond van kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We gaan ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. In het landelijk akkoord is benoemd dat VGN en ZN samen optrekken richting stakeholders om de randvoorwaarden te bepleiten die nodig zijn om de kanslijnen vorm te geven. Voldoende beschikbare en betaalbare huisvesting is één van deze randvoorwaarden.

brengen van VPT en MPT ook niet op een andere manier kan zonder dat de keuzevrijheid in het geding komt. Hoewel VPT of MPT voordelen hebben, zijn er ook enkele belangrijke nadelen om rekening mee te houden: Nadelen van VPT: • Minder flexibiliteit: Met VPT wordt de zorg volledig door één zorgaanbieder geleverd, wat betekent dat er minder flexibiliteit is in het kiezen van specifieke diensten of zorgverleners voor onderdelen van de zorg. • Minder controle: Omdat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het leveren van alle zorg, hebben patiënten en hun families mogelijk minder controle over de dagelijkse routine en de kwaliteit van de zorg. • Kosten: Hoewel VPT kan helpen om de kosten van institutionele zorg te verminderen, kan het nog steeds een dure optie zijn, vooral als er extra diensten of ondersteuning nodig zijn. Nadelen van MPT: • Meer coördinatie vereist: Aangezien MPT zorgdiensten van meerdere zorgaanbieders omvat, kan het moeilijker zijn om alle diensten op elkaar af te stemmen en te coördineren. Dit kan extra stress en belasting veroorzaken voor cliënten en hun families. • Beperkte dekking: Omdat MPT slechts een beperkt aantal zorgdiensten omvat, kan het ontoereikend zijn voor mensen met complexere behoeften. In sommige gevallen kan het nodig zijn om aanvullende zorgdiensten te organiseren, wat extra kosten en administratie met zich mee kan brengen. • Beperkte beschikbaarheid: Niet alle zorgaanbieders bieden MPT aan, dus het kan moeilijk zijn om de juiste zorgverlener te vinden die dit type zorg op die locatie kan leveren. Veel mensen die we ondersteunen hebben geen of slechts een beperkt inkomen In tegenstelling tot de ouderenzorg, waar veel cliënten een AOW-uitkering, aanvullend pensioen en vermogen hebben, is de situatie in de gehandicaptenzorg anders wat betreft inkomen en vermogen. Veel mensen in onze sector hebben geen of slechts een beperkt inkomen, hoewel sommigen jongeren wel recht hebben op een Wajong-uitkering. Hoewel sommigen in staat zijn om te werken, betreft het werk vaak onbetaald vrijwilligerswerk of levert het slechts een beperkt inkomen op. Ze zijn vaak niet in staat om zelfstandig huur en maaltijden te betalen, kosten die bij een ZZP voor rekening van de instelling komen waar ze willen verblijven. Het verschil in eigen bijdrage tussen ZZP en VPT/MPT is bij lange na niet voldoende om deze extra kosten te dekken. Daarnaast moet bij VPT/MPT ook de inventaris uit eigen middelen betaald worden, terwijl deze kosten bij een ZZP gedekt worden door de NIC-component. Ongelijkheid cliënten die in dezelfde woning verblijven Een ander probleem dat kan ontstaan door deze

verandering is mogelijke ongelijkheid tussen cliënten die in dezelfde woning verblijven. De lagere eigen bijdrage weegt niet op tegen de extra kosten van huur en maaltijden, waardoor zorginstellingen gedwongen worden om de woningen te (onder)verhuren. Het is de vraag of er voldoende huur gevraagd kan worden om de kosten van het vastgoed te dekken, gezien het feit dat de huursubsidiegrens vaak lager ligt dan het NHC-tarief dat nodig is om de kosten te dekken. De zorginstelling zal dan moeten kiezen tussen twee kwaden: ofwel verhuren boven de huursubsidiegrens, ofwel binnen de grens blijven en verliezen lijden die niet gecompenseerd kunnen worden zonder te bezuinigen op andere zaken. Dit kan leiden tot ongelijke behandeling van cliënten in eenzelfde woning of tot onvoorzienbare exploitatieverliezen bij de zorgorganisatie. Besluiten over vastgoed liggen vaak voor jaren vast en nu worden zorgorganisaties ineens geconfronteerd met deze wijziging, boven op de aangekondigde verlaging van de NHC en de gestegen kosten. Belemmeringen zorgvastgoed Als laatste dwingt de verandering in de financiering van zorginstellingen hen om te fungeren als woningbouwcooperaties. Dit zorgt voor extra overheadkosten en een risico op oninbare debiteuren. Daarnaast brengt het risico's met zich mee in het beschikbaar houden van woning op nabije afstand van de begeleiding, wanneer cliënten geen gebruik meer maken van de zorg en ondersteuning van de zorgaanbieder. Woningbouwverenigingen sluiten alleen huurcontracten af met mensen die regie over hun eigen leven kunnen voeren, waardoor zorgaanbieders gedwongen worden tot huur en onderverhuur. Tijdens de informatiebijeenkomst van Menzis werd dit ontkracht, maar in praktijk is dit helaas dagelijkse problematiek. Dit kan de ontwikkeling van nieuw zorgvastgoed verder belemmeren, terwijl er al een grote behoefte aan is. De woningmarkt is namelijk al krap genoeg, en de komst van zorgcliënten maakt het nog moeilijker. Ook zullen zorgorganisaties mogelijk niet langer deze cliënten kunnen opnemen, wat de vraag oproept waar deze cliënten dan naartoe moeten. Zo nee, waarom niet? Bent u bereid om op basis van bovenstaande punten uw voorgenomen beleid ten aanzien van de verplichte instroom ZZP VG3, ZZP VG4 en LG2 in VPT of MPT te herzien en hiervoor ZZP mogelijk te blijven maken? Vanzelfsprekend denken we graag met u mee om de instroom VPT en MPT te stimuleren. Wij zijn bereid om de brief nader toe te lichten. Met vriendelijke groet, Marleen Dessing (Directeur Langdurige Zorg Driestroom)

382	1.3.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 1.3.2., pagina 22) Het aantal cliënten dat op 1 januari 2024 in zorg is met een ZZP VG3, VG4 en/of LG2 is het uitgangspunt. Stel dat het gaat om 50 cliënten. Is het dan toegestaan dat als er 3 cliënten weggaan er 3 nieuwe cliënten met deze prestaties instromen, zolang het aantal maar uitkomt op 50 cliënten? Er is dan namelijk geen sprake van groei.	n de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1..3.2. van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd.
383	1.3.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 1.3.2., pagina 22) Het aantal cliënten dat op 1 januari 2024 in zorg is met een ZZP VG3, VG4 en/of LG2 is het uitgangspunt. Wordt het aantal bepaald voor de drie prestaties afzonderlijk of gezamenlijk? Is het toegestaan dat als er 3 cliënten weggaan (waarvan 2 VG3 en 1 VG4) er 3 nieuwe cliënten instromen met een 3VG? Er is dan namelijk geen sprake van groei op totaalniveau maar wel op prestatieniveau.	Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicate, waarbij we ervan uitgaan dat u geen groei realiseert in verblijfszorg voor deze indicaties.
384	1.3.2	Begrijp ik goed dat de zorgaanbieder geen nieuwe VG4 indicaties meer mag bedienen zelfs wanneer een nieuwe client die volledig bij ons wil wonen vanaf 01-01-2024 een VG4 indicatie heeft?	Menzis Zorgkantoor wil de inzet van mpt en vpt stimuleren in lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd.
385	1.3.2	Als gevolg van de stijgende complexiteit is een forse toename van de meerzorg te zien, zowel in aantal cliënten als in kosten. Deze ontwikkeling zet de betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk. Menzis streeft naar de juiste inzet van meerzorg. Wat wordt hiermee bedoeld? Worden criteria voor de meerzorg aangepast? Bestaat de kans op meer afwijzingen op meerzorg?	Hiermee bedoelen we dat meerzorg bedoeld is voor beantwoording van een intensieve en/of complexe zorgvraag en verbetering van de context voor klanten waar het budget vanuit het toegewezen zorgprofiel onvoldoende is. Meerzorg is gericht op tijdelijkheid en afbouw waar dit mogelijk is op basis van geformuleerde doelen. Voor zover nu bekend zullen de criteria voor meerzorg niet worden aangepast. Menzis zal aanvragen meerzorg beoordelen op de uitgangspunten en (beoordelings)criteria, zoals genoemd in de regeling meerzorg in het Voorschrift Zorgtoewijzing en het Toetsingskader meerzorg, gepubliceerd op de website van Menzis Zorgkantoor
386	1.3.2	U stuurt aan op uitbreiding van VPT en MPT. Wettelijk is vastgelegd dat Wlz-verzekerden recht hebben op zorg met verblijf. Hoe ziet u uw rol als zorgkantoor in de wens tot groei van VPT/MPT in relatie tot de wetgeving? En welke houding neemt u in richting nieuwe klanten bij het eerste contact dat u heeft volgens het Voorschrift Zorgtoewijzing?	Menzis Zorgkantoor stimuleert de inzet van mpt en vpt en communiceert dit actief, ook naar klanten. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
387	1.3.2	De inzet van een VPT/MPT is op geleide van verschillende grondslagen en doelgroepen, in meer of in mindere mate mogelijk. Uw inkoopbeleid houdt geen rekening met deze	Uit uw vraag kunnen wij niet herleiden op welke specifieke grondslagen en doelgroepen u doelt. De systematiek rondom tariefbepaling en modules passen wij niet aan.

		verschillen. Dit betekent dat het voor sommige aanbieders in mindere mate mogelijk is om VPT/MPT in te zetten dan voor andere aanbieders terwijl afspraken over bijvoorbeeld tariefpercentages geen rekening houden met dit verschil. Dit gaat in tegen het gelijkheidsbeginsel. De percentages zouden specifieker gericht moeten zijn op de specfieke grondslagen en doelgroepen. Graag zien wij de percentages en bijbehorende voorwaarden in deze lijn aangepast. Kunt u hierop bevestigen?	
388	1.3.2	U zet doormiddel van ophoging tariefpercentages MPT en/of VPT in op ambulantisering. In de ouderenzorg begrijpen we deze beweging doordat ouderen veelal beschikking hebben over eigen opgebouwd vermogen. Maar de gehandicaptenzorg is een hele andere setting. Ambulantisering wordt als oplossing ingezet ondanks dat onvoldoende duidelijk is of er daadwerkelijk een financiële besparing optreed voor de samenleving. Wat verwacht u aan groei van MPT/VPT in de gehandicaptenzorg? Waar dienen uw klanten te gaan wonen in het licht van de te krappe woningmarkt en hun inkomenspositie? Welke rol neemt u hierin zelf om te voorzien in voldoende beschikbare huisvesting?	In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 sluiten we aan bij het Landelijk Akkoord Gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022. Op grond van kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. We hebben geen doelstelling voor groei aan mpt/vpt geformuleerd in ons inkoopbeleid. Wel gaan we er vanuit dat zorgaanbieders vanaf 1 januari 2024 geen groei realiseren in het aantal klanten voor verblijf ZZP VG 3, ZZP VG 4 en ZZP LG 2. In het landelijk akkoord is benoemd dat VGN en ZN samen optrekken richting stakeholders om de randvoorwaarden te bepleiten die nodig zijn om de kanslijnen vorm te geven. Voldoende beschikbare en betaalbare huisvestig is één van deze randvoorwaarden.
389	1.3.2	Kunt u ons aangeven op welke wijze wij om moeten gaan met de opgave van het aantal plaatsen GGZ? Verwacht u in de bieding een concreet getal met daarin inbegrepen de verwachte groei of wilt u het huidige aantal plaatsen en is er groeiruimte gedurende de looptijd van de overeenkomst?	De informatie die u dient aan te leveren ten behoeve van deze aanbesteding vindt u in hoofdstuk 2, 3 en 5 van het Regionaal Inkoopbeleid.
390	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Worden de flexibele bedden (GRZ/ELV) meegenomen in de bedden capaciteit?	De flexibele bedden (GRZ/Elv) worden niet meegenomen in de beddencapaciteit, omdat het Zorgkantoor alleen beschikt over data uit de AW319.
391	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Het ministerie van VWS heeft criteria ontwikkeld m.b.t. uitbreidingsplannen voor verpleeghuiszorg. Welke criteria zijn dat?	De afgelopen periode hebben er gesprekken met het Ministerie van VWS en Actiz plaatsgevonden om te komen tot deze criteria waarmee vastgesteld kan worden of een bouwplan van een zorgaanbieder onomkeerbaar is. Dit heeft geresulteerd in een set aan definitieve criteria. Deze criteria staan vermeld in een memo van het Ministerie van VWS, die we op onze website hebben gepubliceerd en per e-mail hebben gestuurd aan V&V zorgaanbieders. VWS heeft de volgende criteria opgesteld:

			1. Er zijn tov de totale stichtingskosten van de bouw aantoonbaar significatie kosten (> 2%) gemaakt. 2. Er is uiterlijk per 1 maart 2023 een definitief ontwerp van de bouw. 3. Uiterlijk 1 maart 2023 was de grond aangekocht voor de beoogde ontwikkeling. De aankoop van deze grond is aantoonbaar bedoeld geweest voor deze ontwikkeling. 4. Er is uiterlijk per 1 maart 2023 een bouwvergunning aangevraagd. 5. Uiterlijk 1 maart 2023 is het bestemmingsplan van de gemeente gewijzigd voor de beoogde ontwikkeling. 6. Er is uiterlijk 1 maart 2023 een borg verleend door het Waarborgfonds voor de zorgsector (Wfz) of de gemeente. 7. Er is een uiterlijk 1 maart 2023 een contractuele afspraak gemaakt met een financier of consortium van financiers. 8. Er is uiterlijk 1 maart 2023 een contractafspraak gemaakt met een bouwteam of aannemer voor de uitvoering/realisatie van de bouw. 9. Er is voor 1 maart 2023 een (of meer) juridische verplichtende overeenkomst gesloten, is met partijen die deelhebben in de exploitatie na de ontwikkeling, bijvoorbeeld een woningcorporatie, of andere zorginstelling(en). Hierdoor kan de zorginstelling niet meer terug zonder significatie kosten te maken. 10. Plaatsen die in het Groninger Zorgakkoord (GZa) zijn benoemd, zijn onomkeerbaar.
392	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	U stimuleert de inzet van VPT enorm in uw inkoopbeleid. Vooral in geclusterde vorm ziet u mogelijkheden. Echter, in niet geclusterde vorm wijst u op het verantwoord en doelmatig inzetten van VPT. Dit betekent dat “buitengebieden” bij voorbaat niet in aanmerking komen voor deze vorm van zorg. Zie u dat ook zo? Zo nee, hoe ziet u dit dan? Juist in de buitengebieden zit een groot deel van onze klanten die ook in aanmerking kunnen komen voor VPT. Komen deze klanten dan automatisch in aanmerking voor verblijfszorg? En hoe verhoudt dit zich tot de landelijke ambitie om de capaciteit van de verpleeghuizen niet op te schalen?	Menzis Zorgkantoor hecht veel waarde aan het realiseren van capaciteit door middel van mpt en vpt, ook in landelijk gebied. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of deze capaciteit geclusterd, gespikkeld, of anders wordt aangeboden. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat de zorgaanbieder kan bepalen hoe deze mpt en vpt zorg voor zorgaanbieder en klant, kwalitatief goed en doelmatig wordt gerealiseerd.
393	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Menzis stimuleert het centreren van zorgaanbod voor specialistische doelgroepen? Wat verstaat Menzis onder specialistische doelgroepen en kunnen daar voorbeelden van gegeven worden? Wat als de capaciteit ontbreekt bij de gespecialiseerde instellingen, zeker omdat uitbreiding van plaatsen niet aan de orde is?	In Bijlage A vindt u de Toelichting modules per sector waarin is aangegeven wat er wordt verstaan onder specialistische doelgroepen en aan welke specifieke voorwaarden u als zorgaanbieder moet voldoen om voor de module in aanmerking te komen. Indien er capaciteit ontbreekt bij de gespecialiseerde instellingen wordt er gekeken of bepaalde klantgroepen elders geplaatst kunnen worden.
394	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Hoe moedigt het zorgkantoor bouwinitiatieven voor ouderen, die leiden tot ontmoeten en die community care (informele zorg) faciliteren, aan?	Menzis Zorgkantoor voert gesprekken met gemeenten en corporaties, zorgaanbieders, klantvertegenwoordigers en GGD om tot een goede invulling van de woonzorgvisie te komen. Uit deze gesprekken blijkt dat er niet

			altijd gekozen wordt voor nieuwe bouwinitiatieven, maar dat er vooral ook gekeken wordt naar bestaande woningen en het aanpassen van service-flats, zodat de community daar versterkt kan worden.
395	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Betreft de tijdelijke uitbreiding specifiek de circa 4.800 onomkeerbare plekken die nu nog in Nederland gebouwd gaan worden of kan de reductie op de totale capaciteit van toepassing zijn? Het is niet logisch om tijdelijk nieuwe plekken te bouwen, aangezien de exploitatieduur ten ministe dertig jaar is.	De tijdelijke uitbreiding gaat specifiek over de onomkeerbare plekken die in Nederland gebouwd worden. Dit is een beleidskeuze van het Ministerie van VWS.
396	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	We moedigen bouwinitiatieven voor ouderen aan, die leiden tot ontmoeten en die community care (informele zorg) faciliteren. Deze facilitering van bouwinitiatieven zal een kostprijsverhogend effect hebben. Dit terwijl de bouwkosten anno 2023 al bijzonder hoog zijn. In welke mate draagt Menzis bij in de extra bouwkosten voor het faciliteren van informele zorg voor ouderen?	Menzis Zorgkantoor draagt niet bij in de extra bouwkosten voor het faciliteren van informele zorg voor ouderen. Er is wel een stimuleringsregeling ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting wat door zorgaanbieders of woningcorporaties aangevraagd kan worden.
397	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	In tegenstelling tot uw stellingname in het inkoopbeleid heeft de minister redelijk recent kenbaar gemaakt dat locale afspraken gemaakt kunnen worden over de uitbreiding van verpleeghuisplekken. Wij zijn derhalve niet akkoord met het huidige standpunt van Menzis Zorgkantoor om reden dat regionaal, op basis van het regiobeeld, nadrukkelijk wel behoefte is aan uitbreiding van de intramurale capaciteit (zelfs nog specifieker in de wijken waar onze instelling nu reeds actief is, wordt expliciet gevraagd om zorg dichtbij te leveren). Daarbij heeft het lang achterwege blijven van duidelijkheid omtrent de landelijk bouwopgave geleid tot vertraging van uitvoer van plannen welke reeds voor een langere periode op de plank lagen en zijn de uitkomsten van het onderzoek door HHM om diverse redenen arbitrair te noemen. Ook specifieke verzoeken hierover door onze organisatie bij het Menzis Zorgkantoor zijn vooralsnog niet beantwoord. Onze organisatie wil het dichtslippen van de instroom nadrukkelijk voorkomen, waarbij nu reeds sprake is van een groeiend aantal crisisplekken, en wenst hierover vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid additionele afspraken te maken waarbij daarnaast de vpt/mpt zorg ook gestimuleerd zal worden. Kunt u bevestigen dat de minister ruimte heeft geboden om locale afspraken te maken bij situationele omstandigheden en zo ja wat de reden is waarom we dit niet teruglezen in het huidige inkoopbeleid.	Menzis Zorgkantoor volgt hierin het landelijk beleid.

398	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	De huidige onzekerheid omtrent de uitgangssituatie betreffende de verpleeghuiscapaciteit is op dit moment (landelijk) zeer onduidelijk en niet vastgesteld. Om die reden tekenen wij op basis van formele gronden bezwaar aan tegen het landelijk beleid omtrent de vaststelling van de toekomstige verpleeghuiscapaciteit alsook de verwerking hiervan in het inkoopbeleid 2024-2026 van Menzis Zorgkantoor.	De minister van VWS heeft het aantal verpleeghuisplekken (niet GZ/GGZ sector) voor Nederland vastgeklikt op 130.000 plekken. Er is momenteel nog veel onzeker rondom dit thema en hoe om te gaan met cliëntvolgende bekostiging, partneropname, mutatiedagen en de vastklikdatum, maar ook over de onomkeerbare bedden. Zodra wij meer weten, zullen wij de zorgaanbieders op de hoogte brengen. Ten tijde van deze Nota van Inlichtingen loopt het proces van vastelling per zorgaanbieder. U heeft hierover contact met uw zorginkoper.
399	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	U schrijft dat vrijgevallen verpleeghuisplekken toebedeeld kunnen worden aan andere aanbieders op basis van de behoefte. Op welke wijze en op basis van welke uitgangspunten vind deze mogelijke mutatie plaats? Betekent dit bijvoorbeeld dat een zorginstelling met intramurale leegstand deze capaciteit moet gaan afstaan aan een andere zorgorganisatie met een wachtlijst?	Op pagina 25-26 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat dit beschreven.
400	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	U geeft aan dat uitbreiding van het aantal verpleeghuisplekken slechts mogelijk is tenzij hier expliciete afspraken over gemaakt worden. Hoe verhoudt zich dit met Artikel 1 van Deel 2 hoofdstuk 1 van de Overeenkomst waarin van de zorgaanbieder vereist wordt mee te werken aan de aanpak van wachtlijsten en samen te werken aan kwaliteit van zorg in de regio?	Op dit moment zijn de wachtljsten in de zorg hoog. Gezien de beleidskeuze van het Ministerie van VWS, dat er geen intramurale capaciteit bij gaat komen, kunnen de wachttijden oplopen. Wij verwachten van zorgaanbieders, dat wanneer er beschikbare capaciteit vrijkomt, een klant van de wachtlijst wordt opgenomen. Daarnaast brengen wij dit probleem bij het Ministerie van VWS onder de aandacht.
401	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Op pagina 24 onder punt 2 staat: We verwachten dat u het gesprek aangaat met de klant over wat passende zorg is vanuit de nieuwe norm: thuis als het kan, zelf als het kan en digitaal als het kan. Kan het zorgkantoor de zorgverlener helpen op momenten dat het gesprek voeren met de klant m.b.t. de WLZ niet aanslaat? In sommige gebieden hikken cliënten en/of familie aan tegen de eigen bijdrage en ondertekenen een WLZ-aanvraag om die reden niet. Het helpt wanneer de WV dan ondersteuning vanuit de het zorgkantoor krijgt (het gaat namelijk om wet- en regelgeving).	Naar verwachting treedt per 1 januari 2024 een wetswijziging in werking, waardoor het mogelijk wordt om de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) eerder in te zetten. Menzis Zorgkantoor betaalt deze dienstverlening. De OCO kan dan gevraagd worden om in gesprek te gaan met klanten als er zicht is op een Wlz-indicatie. Dit draagt ertoe bij dat enerzijds het aanvragen van het indicatiebesluit soepeler verloopt en dat anderzijds tijdig de juiste keuzes worden gemaakt over de zorg die een klant nodig heeft en de plaats waar hij die zorg wilt ontvangen. Ook kan de cliëntondersteuning bij specifieke klantgroepen efficiënter worden ingezet.
402	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Gevraagd wordt aan zorgaanbieders die complexe doelgroepen bedienen, invulling te geven aan de regionale functie en de samenwerking tussen zorgaanbieders onderling te stimuleren. Vanuit betreffende module is een opslag van 0,2% op het basistarief af te spreken. Kunt u inhoudelijk onderbouwen, en de berekening delen, welke ten grondslag ligt aan genoemde opslag? Wij zijn namelijk van mening dat genoemde opslag niet kostendekkend is voor alle inspanningen	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de

		welke hiervoor dienen te worden verricht (er hierbij al vanuitgaande dat de huidige specifieke afspraken tenminste gecontinueerd en geevalueerd worden)	modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
403	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Worden aanbieders met alleen PGB plaatsen meegenomen in de regionale verpleeghuiscapaciteit?	Zorgaanbieders met alleen pgb-plaatsen worden niet meegenomen in de regionale verpleeghuiscapaciteit.
404	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Inherent aan een groei van MPT/VPT neemt ook de druk op huisartsenzorg toe. Inzet van SO is essentieel om deze druk te ondervangen en de kwaliteit van behandeling binnen MPT/VPT te waarborgen. Worden er ook middelen beschikbaar gesteld om de inzet van SO toegankelijk te maken voor mensen die thuis met een Wlz indicatie wonen? Wat zijn de mogelijkheden voor het organiseren van GZSP binnen MPT/VPT?	Er worden geen middelen vrijgemaakt om de inzet van de SO toegankelijk te maken voor mensen die thuis met een Wlz-indicatie wonen. Er kan op de prestatie SO in de beleidsregel mpt worden gedeclareerd en voor de vpt inclusief behandeling. Er zijn geen mogelijkheden om de GZSP voor Wlz-klanten te verzilveren omdat dit alleen mogelijk is voor NIET Wlz-klanten. Als u hierop declareert voor Wlz-klanten ontstaat er dubbelloop en wordt dit later door de zorgverzekeraar van de desbetreffende klant teruggevorderd
405	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	Daarbij hebben wij een regiofunctie wat als gevolg van meer inzet op vpt/mpt een groter risico op crisiszorg oplevert, waardoor het aantal verblijfsdagen toenemen, ongeacht het aantal bedden. Wordt hiervoor een maatwerkvoorziening afgesproken (ACU/Slingebeek)? Kan afgeweken worden van de reguliere inkoop middels een maatwerkvoorziening? Kunt u garanderen dat we productie van crisiszorg wel vergoed krijgen i.r.t. vastklikken van aantal verblijfsdagen? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor heeft in elke regio afspraken gemaakt over het aantal crisisbedden VV bij een aantal systeem-zorgaanbieders. De productie van de crisisbedden worden conform afspraak (op basis van verblijfsdagen) met individuele aanbieders vergoed.
406	1.3.3 Verpleeghuiscapaciteit binnen de V&V	We hebben als systeemaanbieder een grote regio-verantwoordelijkheid t.a.v. acute problematiek. Hoe gaan we hiermee om i.r.t. het richttariefpercentage? Hoe verhoudt deze verantwoordelijkheid zich tot dit inkoopbeleid en het richttariefpercentage? Hoe verhoudt Wlz-logeren/crisis opname zich tot de maximale beddencapaciteit en het mogelijke risico op toename crisiszorg als gevolg van extramuralisatie? Er is in het inkoopbeleid geen financiële ruimte opgenomen om crisiszorg vpt/mpt financieel dekkend te organiseren.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

407	1.3.3 4 bewegingen	Gespikkeld VPT alleen indien zorgaanbieder kan aantonen dat deze doelmatig is. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, wanneer wordt deze zorg als doelmatig beoordeeld?	In het regionaal beleid hanteren we doelmatigheid als belangrijke pijler voor de bedrijfsvoering. De Zorgkantoren zijn belast met de administratie en controle van de verleende zorg aan verzekerden in de regio of regio's waarvoor zij zijn aangewezen en moet erop toezien dat er verantwoord en doelmatige zorg wordt verleend. De Wet langdurige zorg legt nadruk op doelmatigheid. In artikel 1 lid 2 van deel III van de overeenkomst wordt gepast gebruik gedefineerd. Onder doelmatige zorg verstaan we Wlz-zorg waarbij een optimale balans tussen kosten en zorgresultaten is gevonden. Zorgresultaten betreft zowel de omvang van de verleende zorg (aantal klanten en zorguren) als de aard van de verleende zorg (kwaliteit van zorg die aansluit op de wens van de klant). Deze definitie geldt voor alle leveringsvormen.
408	1.3.3 4 bewegingen	Vraag 1. U verwacht dat ACP standaard onderdeel is van het cyclisch zorgproces. Welke mogelijkheden geeft u zorgaanbieders hiertoe als het gaat om zorg excl. behandeling, waarbij de medische verantwoordelijkheid dus ligt bij de huisarts? Vraag 2. U verwacht reablement, informele zorg en preventie. Onder welke betaaltitel kunnen zorgaanbieders dit vorm geven? Vraag 3. U verwacht inzet van tijdbesparende zorg technologieën, zoals heupairbags, slimme brillen, beeldtechnologie. Op welke manier/waar kunnen de kosten van de aanschaf van deze hulpmiddelen worden gedeclareerd?	1/2. Wij gaan ervan uit dat Advanced Care Planning, Reablement, informele zorg en preventie een grote rol speelt in het langer thuis wonen. De manier waarop u dit inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan". Dit is mogelijk ook als de medische verantwoordelijkheid bij de huisarts ligt. 3. Ook technologie kan een grote rol spelen in het langer thuis wonen. De manier waarop u technologie inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan". Als uw laatste vraag gaat over verblijf, dan kunt u de inzet van technologie verwerken in het plan voor module 2. Als een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders ervoor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
409	1.3.3 4 bewegingen	Wat verstaat u onder de organisatie van medisch generalistische zorg?	Het organiseren van Medisch-generalistisch zorg (MGZ) zal de komende jaren steeds moeilijker worden om te garanderen. Daarom moet er anders gekeken worden naar samenwerken rond medische zorg en het anders benutten van kennis en expertise van de verschillende behandelaren rondom een klant. In het programma Medisch-generalistische zorg in de regio in samenwerking met Vilans, Eramus Universiteit en de regio's gaan wij met elkaar deze zorg anders organiseren.
410	1.3.3 4 bewegingen	En als thuis wonen écht niet meer kan, dan volgt verblijf in een instelling. Wanneer kan thuis wonen écht niet meer, en wie bepaald dat? De instroom van Wlz klanten en de leveringsvorm ligt met name bij het CIZ (i.o.m. de klant). Welke afspraken hierover heeft Menzis hierover gemaakt met het CIZ?	De klant beslist samen met zijn zorgaanbieder wat er thuis mogelijk is. Dit is afhankelijk van verschillende criteria, zoals veiligheid en de aanwezigheid van mantelzorg. Of het thuis kan staat los van de aanspraak op de Wlz.

411	1.3.3 4 bewegingen	We stimuleren het centreren van zorgaanbod voor specialistische doelgroepen. Welke doelgroepen bedoeld Menzis hierbij in de ouderenzorg? Hoe selecteert Menzis de zorgaanbieders die in 2024 zorg mogen bieden aan een specialistische doelgroep?	De compleze doelgroepen in de ouderenzorg staan beschreven in bijlage A Toelichting modules per sector, V&V-module 3. We gaan ervan uit dat de regio afstemt over de complexe doelgroepen.
412	1.3.3 4 bewegingen	U geeft aan dat zorgaanbieders dienen te zorgen voor voldoende zorgaanbod gericht op ondersteuning van de complexe zorg. - Vraag: Onze ervaring is dat de tarieven voor het bedienen van complexe doelgroepen vaak niet toereikend zijn. Is Menzis Zorgkantoor ook bereid passende en hogere tarieven aan te bieden specifiek voor doelgroepen met een complexe zorgvraag?	Menzis Zorgkantoor stimuleert de zorg voor complexe doelgroepen middels de betreffende module per sector. Daarnaast loopt er landelijk het traject voor de LVHC-doelgroepen (Laag Volume Hoog Complex) om daarvoor een goede kwaliteit en bekostiging te organiseren.
413	1.3.3 4 bewegingen	Advance Care Planning, als standaard onderdeel van het zorgproces - inzet op preventie en ACP is in het voorliggend domein relevant, dat is de ZVW. Hoe ziet Menzis dit onderwerp binnen de WLZ? Graag een toelichting.	Advance care planning in de Wlz stelt klanten in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien. Door gesprekken hierover krijgt de klant meer regie en kan er, samen met zorgprofessionals, gekozen worden voor zorg en behandeling die past bij wat de klant belangrijk vindt en wat reëel is. Deze doelen kunnen, vastgelegd worden in het behandelplan en/ of zorgleefplan. Bron: Rapport "Passende zorg voor kwetsbare ouderen door advance care planning" van V&VN en Verenso. Advanced Care Planning is op elk moment in het zorgproces waardevol los van domeinen.
414	1.3.3 4 bewegingen	Wat houdt de regionale functie in? Welke verwachtingen heeft u daarbij en wat kunnen we van u als ondersteuning verwachten om deze regionale functie te realiseren?	Menzis Zorgkantoor wil met de grotere zorgaanbieders (systeemaanbieders) vorm geven aan de transitie in de regio, en gaat in gesprek met de zorgaanbieders om dit vorm te geven.
415	1.3.3 4 bewegingen	"Wij stimuleren het concentreren van zorgaanbod voor specialistische doelgroepen." - We zien dat de zorgvragen in het verpleeghuis steeds zwaarder worden. Hierbij is in de regel sprake van multiproblematiek waardoor mensen niet onder een specifieke doelgroep vallen. Hoe kijkt Menzis hiernaar? Graag een toelichting.	Menzis Zorgkantoor signaleert dat de complexiteit van de zorgvraag bij een aantal zorgprofielen toe neemt. Menzis Zorgkantoor vindt het van belang dat de zorgaanbieder de expertise van de in te zetten medewerkers in het zorgproces daarop afstemt.
416	1.3.3 4 bewegingen	Pag. 24. Regiobeelden: Hoewel het regiobeeld belangrijke informatie biedt voor onze organisaties is het regiobeeld ‘an sich’ onvoldoende om de eigen strategie te bepalen. Wij maken bezwaar om het regiobeeld als uitgangspunt voor onze portfolio voor passende	Ja, alle voor een zorgaanbieder relevante informatie is van belang. Het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt hierop aangepast.

		leveringsvormen aan te merken. Informatie over het aanbod van overige zorgaanbieders is minstens zo belangrijk als ook de wens en de keuzemogelijkheid van inwoners. Bent u bereid deze eis anders te formuleren, zodat er voldoende ruimte voor zorgaanbieders is om hun strategie te bepalen op basis van alle voor hen relevante informatie?	
417	1.3.3 4 bewegingen	In lijn met eerdere vragen. U schrijft dat meer capaciteit voor mpt en vpt nodig is voor de groeiende zorgvraag. Ons inziens ontbreekt hier de behoefte aan intramurale capaciteit die ook naast de groei van vpt en mpt noodzakelijk blijkt in Enschede op basis van gedegen onderzoek zoals ook gedeeld met Menzis Zorgkantoor. Ben u bereid, mede ook op basis van toezeggingen door de minister, de relevante situationele omstandigheden toe te voegen aan het inkoopbeleid 2024-2026 en zo nee waarom niet?	Menzis Zorgkantoor volgt hierin het landelijk beleid.
418	1.3.3 4 bewegingen	p. 24, onder 3 In het blok over digitale zorg noemt u een aantal toepassingen die door ons worden toegepast in de thuiszorg, vanuit de Zvw. Hoe ziet u het spanningsveld voor u, waarin zowel de zorgverzekeraars als het zorgkantoor inzet van deze middelen wensen maar ook wensen dat de client in de financieringsstroom van de andere financier blijft? Is daar adequate afstemming over afgesproken?	De aanspraak is leidend voor de financieringsstroom.
419	1.3.3 4 bewegingen	Thuis als het kan: U benadrukt in deze passage expliciet het belang om binnen instellingen de vpt-zorg (verder) te verruimen. Wij ondersteunen deze keuze alleen begrijpen niet waarom binnen de betreffende module de vpt-zorg slechts een "zeer" beperkt opslag kent in vergelijk tot de mpt alsook de andere modules. Wij maken derhalve bezwaar tegen de huidige onredelijke verhouding met betrekking tot de voorgestelde opslag van 0,4% voor de vpt versus 3,5% voor de mpt waarbij beide vormen bijdragen aan het langer thuis wonen. Graag ontvangen wij een inhoudelijke onderbouwing van de opslagen binnen de module "Thuis als het kan".	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.

420	1.3.3 4 bewegingen	onder 2, p 24 U beschrijft de volgorde om eerst het gesprek over MPT aan te gaan, daarna of een VPT passend is en eventueel daarna pas verblijf. Vraag 1: Waarom hanteert u deze volgorde: eerst MPT en als dat niet passend is VPT? Vraag 2: Wat is volgens u de meerwaarde van een MPT boven een VPT voor de cliënt (hierin)? Vraag 3: Een MPT is financieel niet altijd aantrekkelijk voor de cliënt in verband met een hoge eigen bijdrage (en). Er kan dan beter vanuit de WMO en/of Zorgverzekeringswet gehandeld worden, dit is immers in het belang van de cliënt. Hoe ziet u dit?	Wij volgen het landelijk beleid voor mp en vpt. Het gesprek over de leveringsvorm is alleen aan de orde als er een Wlz-indicatie is.
421	1.3.3 4 bewegingen	Gevraagd wordt aan zorgaanbieders die complexe doelgroepen bedienen, invulling te geven aan de regionale functie en de samenwerking tussen zorgaanbieders onderling te stimuleren. Vanuit betreffende module is een opslag van 0,2% op het basistarief af te spreken. Kunt u inhoudelijk onderbouwen, en de berekening delen, welke ten grondslag ligt aan genoemde opslag? Wij zijn namelijk van mening dat genoemde opslag niet kostendekkend is voor alle inspanningen welke hiervoor dienen te worden verricht (er hierbij al van uitgaande dat de huidige specifieke afspraken tenminste gecontinueerd en geëvalueerd worden).	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
422	1.3.3 4 bewegingen	Hoe verhoudt het gesprek met de cliënt om eerst te kijken of MPT/ VPT passend is zich tot de keuzevrijheid van de client?	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Indien de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
423	1.3.3 4 bewegingen	Is de beschreven werkwijze in het inkoopkader van eerst een MPT en/of VPT en als dat niet meer kan een verblijfsprestatie, al niet allang een gebruikelijke werkwijze bij cliënten uit de WLZ?	Wij zien dit niet bij alle aanbieders.
424	1.3.3 4 bewegingen	Genoemd wordt het belang van inzet van de SOG. Wij missen hier de inzet van de Verpleegkundig Specialist. Onder de 4e beweging wordt gesproken over passend zorgaanbod voor complexe groepen. Wij missen hier de rol van de	De beroespsgroepen hebben inmiddels afspraken gemaakt over taakherschikking. Dit is in de Nza beleidsregels, waaronder de beleidsregel "prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg" verwerkt.

		verpleegkundig specialist. Kan de verpleegkundig specialist een expliciete plaats krijgen in het beleid? En hoe wordt de financiering van de verpleegkundig specialist geregeld?	
425	1.3.3 4 bewegingen	Thuis als het kan: U benadrukt in deze passage expliciet het belang om binnen instellingen de vpt-zorg (verder) te verruimen. Wij ondersteunen deze keuze alleen begrijpen we niet waarom binnen de betreffende module de vpt-zorg slechts een "zeer" beperkt opslag kent in vergelijk tot de mpt alsook de andere modules. Wij maken derhalve bezwaar tegen de huidige onredelijke verhouding met betrekking tot de voorgestelde opslag van 0,4% voor de vpt versus 3,5% voor de mpt. Immers dragen beide vormen bij aan het langer thuis wonen. Graag ontvangen wij een inhoudelijke onderbouwing van de opslagen binnen de module "Thuis als het kan".	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
426	1.3.3 4 bewegingen	In dit hoofstuk voor de verkoop GGZ staat dat u doelgroepen specifiek gaat beperken voor een aantal specialistische aanbieders. Kunt u specifiek aangeven voor welke indicaties dit geldt? En wat de criteria zijn waaronder je specialistisch aanbieder bent of wordt?	Het is niet de bedoeling van Menzis Zorgkantoor om het numerieke aantal van GGZ-aanbieders die deze zorg kunnen leveren te beperken. Wel willen we insteken op een passende setting met de daarbij behorende expertise voor GGZ-klanten die comorbiditeit ondervinden op de volgende terreinen: licht verstandelijke beperking, verslavingszorg, forensische zorg of somatische zorg.
427	1.3.3 4 bewegingen	Thuis als het kan Er wordt gezegd dat zorgaanbieders gestimuleerd worden om met de klant in gesprek te gaan over passende zorg. Hoe verhoudt dit zich tot de keuzevrijheid van de cliënt?	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieders deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
428	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	U stelt dat partijen keuzes moeten maken welke nu direct werken of nodig zijn voor de toekomst om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Is het Zorgkantoor Menzis bereid om separate afspraken te maken met zorginstellingen op basis van gedeelde toekomstvisie, welke mogelijk niet geheel aansluiten op het landelijk beleid, maar wel noodzakelijk is voor de regio Twente?	In het inkoopbeleid zijn de mogelijkheden voor het maken van afspraken toegelicht.
429	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Kwaliteit is onderdeel van de kwaliteit van zorg; hier zou geen sprake van disbalans mogen zijn. Deelt u dat hier	Uw vraag is onduidelijk voor ons. Om de toegankelijkheid te waarborgen, is aandacht nodig voor betaalbaarheid en kwaliteit. Menzis Zorgkantoor houdt zich wat betreft het tarief aan de afspraken over richttarief, de met de

		specifiek gaat over de verwachting van het management/het goede gesprek?	instelling gemaakte afspraken in het contract, en de maximum Nza tarieven. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat zorgaanbieders zich houden aan het voor hen geldende kwaliteitskader. Menzis Zorgkantoor stimuleert dat zorgaanbieders doelmatig werken en actief mpt en vpt leveringsvormen aanbieden, en op deze wijze bijdragen aan toegankelijke zorg.
430	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	pg 23, 1.3.3. Menzis stelt dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt en vraagt het borgen van de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Vraag: Als de toegankelijkheid lager wordt en we worden geacht balans met de betaalbaarheid en kwaliteit te borgen – wil dat dan zeggen dat zorgorganisaties de kwaliteit en tarieven naar beneden moeten halen ter willen van de balans? Graag een uitleg. Of betekent het dat de tarieven of kwaliteit om hoog moet om balans met de toegankelijkheid te borgen? Graag uitleg.	Om de toegankelijkheid te waarborgen, is aandacht nodig voor betaalbaarheid en kwaliteit. Menzis Zorgkantoor houdt zich wat betreft het tarief aan de afspraken over richttarief, de met de instelling gemaakte afspraken in het contract, en de maximum Nza-tarieven. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat zorgaanbieders zich houden aan het voor hen geldende kwaliteitskader. Menzis Zorgkantoor stimuleert dat zorgaanbieders doelmatig werken en actief mpt en vpt leveringsvormen aanbieden, en op deze wijze bijdragen aan toegankelijke zorg.
431	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Pg 23, 1.3.3. “Menzis Zorgkantoor blijft ook de komende jaren sturen op een adequate inzet van crisiszorg. De organisatie van crisis-zorg blijft voldoen aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in het Voorschrift Toewijzing en het inkoopkader” Vraag: bij de inkoopdocumenten is niet het voorschrift toewijzing gevoegd, die wel deel uitmaakt van het inkoopbeleid waaraan we na contractering gebonden zijn. Wij gaan er vanuit dat er t.a.v. crisiszorg geen wijzigingen komen in het Voorschrift Toewijzing. Wij vragen daarvan een bevestiging. Als het Zorgkantoor wel wijzigingen verwacht, dan vragen we u deze concreet aan te geven in de nota van inlichtingen.	Op dit moment kunnen wij helaas geen antwoord geven op uw vraag omdat het Voorschrift later wordt gepubliceerd.
432	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	u stelt :"Daarnaast is voor de medisch generalistische zorg de samenwerking met de betrokken huisarts(en) en specialist ouderengeneeskunde " Hoe gaat u om met het feit dat steeds meer huisartsen weigeren cliënten VPT WLz aan te nemen in hun praktijk voor MGZ. Gaat u in gesprek met de zorgverzekeraars die de MGZ inkopen .? Wordt er gewezen op contractuele en wettelijke verplichtingen van de huisarts ook al weten we dat ook zij met een enorm werkdruk te maken hebben. Hoe ziet u de oplossing hierin ?	Menzis Zorgkantoor werkt regionaal samen en probeert met veldpartijen tot passende oplossingen te komen. Menzis Zorgkantoor probeert in overleg met Menzis zorgverzekeraar de inzet van de huisartsen te bevorderen. De zorgaanbieder wordt voor zijn inspanningen niet gecompenseerd of extra beloond.
433	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Pg 23 “Menzis Zorgkantoor blijft ook de komende jaren sturen op een adequate inzet van crisiszorg” Wij vragen Het zorgkantoor Menzis ook te blijven sturen op een adequate doorstroming vanuit de ziekenhuizen naar verpleeghuizen	Menzis Zorgkantoor onderschrijft het belang van doorstroming vanuit ELV en GRZ naar de thuissituatie, en stemt dit af met de collega's die ELV en GRZ inkopen.

		(ELV/GRZ) naar huis (thuiszorg/eerstelijnszorg) . Wij vragen voor de nota van inlichtingen een inhoudelijk en concreet antwoord welke acties en inspanningen het zorgkantoor daarop gaat realiseren.	
434	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Pg 23 “Langdurige ouderenzorg vindt plaats in een leefbare wijk of leefomgeving. Dit is een wijk of buurt met voldoende basisvoorzieningen, die gezondheid en de eigen regie zo lang mogelijk versterken.” Vraag: wat is nog intramurale zorg in de langdurige ouderenzorg?	Intramurale zorg is gedefinieerd als 'zorg met verblijf'. Zie: https://www.monitorlangdurigezorg.nl/begrippen/intramurale-zorg
435	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Pg 23, 1.3.3. Menzis vraagt balans tussen kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg, vraagt ons na te denken over het borgen van de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, óók over de domeinen heen. Daarbij verwacht Menzis dat we rekening houden met de wensen en mogelijkheden van klanten. VRAAG: welke normen voor kwaliteit van zorg hanteert Menzis? Volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is een van de normen dat er altijd toezicht is in een huiskamer en dat er op intensieve momenten twee zorgmedewerkers aanwezig zijn. Dit is wat is gedefinieerd als kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen en deze is geldig bij inschrijving voor de Wlz 2024-2026. Vraag: Welke norm voor kwaliteit van zorg hanteert Menzis in haar inkoopbeleid?	De zorgaanbieder verplicht zich om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: de zorgaanbieder biedt goede zorg en neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze zorg voldoet aan de definitie van gepast gebruik. Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel. Het personeel kan de (potentiele) klanten en het Zorgkantoor in tenminste de Nederlandse taal te woord staan. Daarnaast hanteert Menzis Zorgkantoor de geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen.
436	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	In al onze regio’s neemt het aantal mensen met een vorm van dementie toe. Het is daarom van belang dat er voldoende dementievriendelijke woonvormen zijn in een dementievriendelijke samenleving. Daarnaast is voor de medisch generalistische zorg de samenwerking met de betrokken huisarts(en) en specialist ouderengeneeskunde belangrijk. Nieuwe wetgeving over de verantwoordelijkheden van de diverse partners (zorgkantoor, zorginstelling, woningcoöperatie) is nog in ontwikkeling. Daardoor zullen er gedurende looptijd van de inkoopbeleid te weinig dementievriendelijke woonvormen beschikbaar zijn, terwijl het aantal verpleeghuisplaatsen wordt bevroren. Hoe gaat het zorgkantoor hierop anticiperen?	Menzis Zorgkantoor onderschrijft de noodzaak van dementievriendelijke woningen en een dementievriendelijke samenleving. Menzis Zorgkantoor zoekt actief het contact op met gemeenten en provincies om te bereiken dat meer geschikte woningen voor ouderen (met dementie) worden gerealiseerd. Menzis Zorgkantoor zal bij gemeenten ook aandacht vragen voor het belang van leefbare wijken met voorzieningen voor kwetsbare klanten.
437	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Het is daarom van belang dat er voldoende dementievriendelijke woonvormen zijn in een dementievriendelijke samenleving. Wat verstaat Menzis onder "dementievriendelijk"? Welke criteria hanteert Menzis hierbij?	Wij verwijzen u naar https://www.samendementievriendelijk.nl/

438	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Daarnaast is voor de medisch generalistische zorg de samenwerking met de betrokken huisarts(en) en specialist ouderengeneeskunde belangrijk. Blijft de functie Behandeling beschikbaar in de Wlz gedurende de gehele contractperiode?	Dat is afhankelijk van het besluit van het Ministerie van VWS inzake de voorgenomen overheveling behandeling en het alternatief voor de overheveling waar door de veldpartijen aan gewerkt wordt.
439	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Menzis is van mening dat vpt ook (in de wijk) in een geclusterde vorm geboden kan worden als ‘gespikkeld vpt’, mits u kan aantonen hoe dit verantwoord en doelmatig kan. Stelt Menzis andere eisen het 24 uurs toezicht voor Wlz klanten bij gespikkelde vpt? Zo ja, wat zijn deze dan?	Menzis Zorgkantoor stelt geen andere eisen aan aan het 24-uurs toezicht voor Wlz-klanten bij gespikkeld vpt en verwacht dat de zorgaanbieder zich aan de geldende wet- en regelgeving houdt.
440	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Bepaalt_Menzis met 'zelf als het kan', vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid dat wij als aanbieders dit gedachtegoed ook gaan dragen? Wie bepaalt hier de (inhoudelijke) koers van de organisatie?	Veel zorgaanbieders werken op diverse afdelingen/locaties met positieve gezondheid. We zien het als een belangrijk onderdeel voor de noodzakelijke transformatie. Menzis Zorgkantoor stelt niet verplicht dat zorgaanbieders positieve gezondheid moeten invoeren.
441	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Samenwerking_huisarts / SOG voor medisch specialistische zorg: steeds minder en overbelast. Wat verwacht Menzis hierin precies, gezien de mogelijkheid dat de beschikbaarheid afneemt?	Wij verwachten dat u in de regio afspraken maakt hoe de Medisch-generalistische zorg geborgd kan worden.
442	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Menzis_vraagt de organisaties "na te denken over het borgen van de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit." Wat wordt hier precies gevraagd van de organisatie? En van wie binnen de organisatie? Hoe wil Menzis dit geconcretiseerd zien? Nadenken is niet doen namelijk	Wij hopen dat u onze analyse van de nabije toekomst deelt en dat u de noodzaak van transitie inziet. We verwachten dat u zich voorbereid op de toekomst en hopen dit terug te zien in een voorstel voor een module.
443	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Woondeals_zijn nog niet tot stand gekomen. Wordt al wel op vooruitgelopen en financiering is daarop gebaseerd. Dit zijn randvoorwaarden voor langer thuis wonen. Is dat niet te voorbarig?	Wij sluiten aan bij de beleidslijnen van het Ministerie van VWS, dus wat ons betreft niet voorbarig.
444	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	1.2.3 bladzijde 14 stelt u bij de volgende landelijke programma's die van belang zijn voor beschikbaarheid klantgegevens o.a.MITZ voor om te registreren. Als niet intramurale aanbieder werken wij met Nedap/Ons en Carentzorgt. Wordt het gebruik van MITZ een verplichting voor iedere aanbieder?	Nee, het wordt geen verplichting.
445	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	U beschrijft terecht dat de samenwerking tussen de betrokken huisartsen en de specialist ouderengeneeskunde steeds belangrijker wordt. Kunnen er afspraken gemaakt worden over de ondersteuning van de huisarts door de specialist ouderengeneeskunde en zo ja in welke vorm is dit mogelijk?	Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij verwachten dat u in de regio afspraken maakt hoe de samenwerking vormgegeven wordt. De inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde kan voor Wlz-klanten betaald worden op basis van de beleidsregel MPT (prestatie H335)

446	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Heeft het Zorgkantoor een beeld/visie hoe de verschuiving van keuzevrijheid naar keuzemogelijkheid plaats gaat vinden en op welke wijze het aanbod (de keuzemogelijkheid) van zorgaanbieders hierbij voor de client gaat worden vastgesteld?	Dat is op dit moment nog niet inzichtelijk.
447	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Wat kan verschuiving van keuzevrijheid naar keuzemogelijkheid betekenen voor de wijze waarop wachtlijstbeheer en zorgbemiddeling door zorgaanbieders wordt georganiseerd?	Dat is op dit moment nog niet inzichtelijk.
448	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	landelijke visie p 17, tevens regionaal inkoopbeleid, pagina 24, laatste alinea onder 3 Voor niet-bewezen innovaties stelt u middels de transitiemiddelen financiering beschikbaar. Zien wij dat correct? Dit gaat echter gepaard met zeer veel administratieve last en levert - tot op heden, gelet op het toekenningsbeleid ten aanzien van de transitiemiddelen - financieel in verhouding weinig op. Kunt u uitleggen waar de financiele ruimte om te innoveren op de langere termijn vandaan moet komen? Kunt u ons bevestigen dat (a) de inzet en doorontwikkeling van niet-bewezen techniologieen alleen van zorgaanbieders wordt verlangd voor zover zij geen onderdeel zijn van een samenwerkingsproject onder de transitiemiddelenregelen en (b) dat die doorontwikkeling en inzet van niet-bewezen innovaties reeel zult worden bekostigd vanuit de transitiemiddelen, zodat dit niet ten laste hoeft te gaan van eigen middelen van de onderneming of de tarieven en opslagen onder deze overeenkomst (want die tarieven en opslagen zijn niet bedoeld als dekking voor inzet en doorontwikkeling van niet-bewezen innovaties, alleen voor inzet van bewezen innovaties). Anders biedt u onzes inziens geen reele bekostiging.	Ons inkoopbeleid richt zich op het invoeren van bewezen innovaties en technologieën. Daarnaast zijn er financiële mogelijkheden via de transitiemiddelen. Hiervoor verwijzen wij u naar Bijlage B Regionaal beleid transitiemiddelen 2024-2026 Wij spreken geen verwachting uit hoeveel u vanuit de reguliere tarieven gaat uitgeven aan de implementatie van innovaties.
449	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	U schrijft dat er oog is voor de regionale situatie en benoemt hier specifiek het toenemend aantal migrantenouderen in sommige regio's. Wij lezen deze passage dat additionele afspraken gemaakt kunnen worden over de huisvesting/capaciteiten bij een (snel) toenemende groep ouderen binnen een specifieke regio. Kunt u dit bevestigen en kunt u de impact op het tarief aangeven?	Zoals aangegeven op pagina 2 van bijlage 7 biedt het landelijke richttariefmodel een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Vervolgens heeft Menzis Zorgkantoor gekeken naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor. Daaruit is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis wel degelijk oog voor de regionale situatie. De regionale situatie kan verwerkt worden in de voorstellen voor de modules.

450	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	U schrijft dat er 'over de domeinen heen' nagedacht moet worden. In de praktijk doen wij dat als aanbieder dagelijks maar lopen wij vrijwel altijd tegen de schotten aan tussen wlz, zvw en wmo. Welke inspanning gaat u als zorgkantoor leveren om deze schotten voor ons te verlagen?	Wij zijn hierover in gesprek met de verschillende stakeholders.
451	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Hoe verhoudt deze visie zich tot de keuzevrijheid van de client?	Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Indien de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
452	1.3.3 Onze visie op ouderenzorg	Op pagina 23 van het inkoopbeleid staat dat Menzis zorgkantoor oog heeft voor de regionale situatie, zoals bijvoorbeeld het toenemen aantal migrantenouderen in sommige regio's. Wat betekent het dat Menzis zorgkantoor daar oog voor heeft? Welke rol pakt Menzis zorgkantoor in het organiseren van zorg rondom migranten ouderen?	Zoals aangegeven op pagina 2 van bijlage 7 biedt het landelijke richttariefmodel een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Vervolgens heeft Menzis Zorgkantoor gekeken naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor. Daaruit is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis wel degelijk oog voor de regionale situatie, waaronder het organiseren van zorg rondom migranten ouderen.

2. Inkoopsystematiek

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	2	In 2022 en 2023 werden de toenmalige kwaliteitsgelden nog voor 100% vergoed. In het kader van transparante uitleg, hoe is de vergoeding vanaf 2024 voor dit gedeelte van het tarief?	De kwaliteitsgelden zijn in 2022 integraal onderdeel van het Nza-tarief geworden. In 2022/ 2023 is hier nog apart beleid op gevoerd, dat is nu niet meer het geval.
2	2	Er bestaat inmiddels een veelheid aan financieringsbronnen waardoor het overzicht bij tijd en wijle ontbreekt. Evenmin is duidelijk waar overlap tussen deze bronnen aan de orde is. - Kunt u ons een uitputtend overzicht van alle voor Wlz-organisaties beschikbare financieringsbronnen geven incl. een heldere leeswijzer en volgorde van aanspreken van deze bronnen? - Hoe dient omgegaan te worden met onderwerpen (bijv. uitbreiding MPT/VPT) waarvoor zowel plannen/aanvragen ingediend dienen te worden in het kader van de transitiemiddelen als ook de modules? Kunt u dit nader toelichten?	1. We kunnen u geen uitputtend overzicht geven van alle financieringsbronnen, omdat er diverse stromen zijn. De NZa heeft diverse wegwijzers ontwikkeld: bekostiging digitale zorg, innovatie en preventie in de langdurige zorg, aan de slag met domeinoverstijgend samenwerken. Ook is er de informatiewegwijzer Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg. 2. Onder de transitiemiddelen kunt u in gezamenlijkheid met andere VV-organisaties plannen indienen voor scheiden wonen en zorg.
3	2	U stelt dat een meerjarig contract de zorgaanbieder meer financiële zekerheid en duidelijkheid geeft en de administratieve last verlaagt. In één van de door ons gestelde vragen gaan wij in op de onzekerheid die u introduceert doordat u voor u zelf de mogelijkheid open houdt om tussentijds tariefpercentages en voorwaarden aan te passen. Voor wat betreft de administratieve lasten introduceert u t.o.v. voorgaande jaren extra werkzaamheden voor elke zorgaanbieder, wil zij tenminste in aanmerking komen voor opslagen op het richttariefpercentage van 95,5%. Recentelijk heeft u een o.a. door onze zorgorganisatie ondertekende brief ontvangen waarin wij o.a. onze zorgen uiten over de veelheid van potjes en aanvraagsystematieken. - Op welke wijze verlaagt u concreet de administratieve lastendruk? - Bent u bereid af te zien van de nu voorgestelde aanvraagsystematiek en te volstaan met een een sturing op resultaat?	De 4 landelijke bewegingen/de kanslijnen zijn niet nieuw. In het afgelopen jaar zijn wij al met zorgaanbieders in gesprek geweest over hoe zij inspelen op deze bewegingen. Wij zien de bewegingen ook terug in de jaarplannen voor 2023 en de meerjarenstrategie van zorgaanbieders. In elk voorstel (maximaal 4 A4, dus per aanbieder maximaal 12 A4) verwachten wij voor de betreffende beweging een concretere uitwerking van deze beweging uit de jaarplannen/meerjarenstrategie voor 2024 en verder. Wij sluiten aan bij waar zorgaanbieders al mee bezig zijn en zijn daarom van mening dat maximaal 4 A4 een beperkte administratieve last is in verhouding tot de contractomvang. Wij passen ons beleid niet aan.
4	2	U schrijft dat door een meerjarig contract de administratieve lasten worden verlaagd. Betekent dit dat er in de jaren 2024	U hoeft bij een meerjarige overeenkomst inderdaad geen inschrijving te doen voor de jaren 2025 en 2026

		en 2025 (voor 2025 resp. 2026) geen inschrijving gedaan hoeft te worden als we een contract 2024 t/m 2026 ontvangen?	
5	2	Het inkoopbeleid van het Zorgkantoor gaat uit van een driejarig contract (2024-2026), met daarbij de optie om 2x een jaar te verlengen. Vraag: Hoe wordt het inkoopbeleid daarna vorm gegeven?	Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe het inkoopbeleid na 2026 wordt vormgegeven en of gebruik wordt gemaakt van de eenzijdige verlengingsmogelijkheid.
6	2	De tekst op deze pagina wordt door ons als zorgaanbieder als tegenstrijdig ervaren. Aan de ene kant wordt aangegeven dat meerjarige afspraken leiden tot financiële zekerheid en een verlaging van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Echter er wordt ook aangegeven dat het zorgkantoor gedurende de looptijd van het contract de vrijheid behoud om tariefpercentages, modules en opslagpercentages en de NHC onderhandelbaar te maken. Dit leidt niet tot financiële zekerheid en vraagt veel van zorginstellingen, immers projecten gestart op basis van de afspraken 2024 kunnen daarmee onrendabel worden. Kan het zorgkantoor ook meerjarige afspraken maken voor de projecten en de financiering van projecten welke de zorginstelling dient uit te voeren naar aanleiding van dit beleid?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader kan een zorgaanbieder zich inschrijven op een module. U leest hier meer over in het inkoopbeleid. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
7	2	Waaruit blijkt de verlaging van de administratieve last wanneer er voorheen een contract van 5 jaar lag ten opzichte van 3 jaar nu met mogelijkheid tot 2x verlenging van een jaar?	Vanuit het veld is gevraagd om landelijk een meer eenduidig beleid te voeren. Vanaf 2024 geven wij gehoor aan deze oproep.
8	2	Ook geeft het u meer ruimte voor investeringen voor de langere termijn, bijvoorbeeld om technologie in te implementeren of gebouwen aan te passen. Investeringen in zorgtechnologie hebben gemiddeld een afschrijvingstermijn van 10 jaar. Dan dekt een contract van 3 tot eventueel 5 jaar maximaal de helft van deze noodzakelijke investeringen. Vergoed Menzis additioneel de afschrijvingskosten voor zorgtechnologie?	Menzis Zorgkantoor vergoedt niet additioneel de afschrijvingskosten voor zorgtechnologie.
9	2	Wij maken bezwaar tegen een basisrichttariefpercentage! kunt u van het basisrichttariefpercentage afzien? Zo nee, kunt u dit toelichten?	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. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reele tariefsafspraken te komen.

10	2	Vraag 1. U behoud het recht voor om de afspraken binnen ons meerjarig contract te herzien als relevante externe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven. Klopt het dat dit herzieningsrecht een eenzijdig karakter heeft, en alleen voor Menzis geldt en niet voor de zorgaanbieders? En welke rechtszekerheid heeft een zorgaanbieder als u deze bepaling opneemt? Hoe staat dit herzieningsrecht in relatie tot de door u benoemde financiele zekerheid en duidelijkheid?	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd. Indien wijzigingen in latere jaren tot financiële problemen leidt, kunt u aanpraak maken op de hardheidsclausule.
11	2	Het_streven naar financiële zekerheid, maar vervolgens allerlei onzekerheden inbouwen. Wat is de gedachte?	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd.
12	2	Bij relevante ontwikkelingen (bijvoorbeeld wijzigingen van NZA-beleidsregels en/ of maximum tarieven, kwaliteitskaders, overheveling behandeling) behouden we ons het recht voor om ook binnen het meerjarig contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek waar deze op worden gebaseerd te herzien. VRAAG: - juridisch gezien wordt hiermee het contract opengebroken. Hoe gaat Menzis hiermee om? Krijgen zorgaanbieders opnieuw de mogelijkheid om vragen te stellen en/ of bezwaar aan te tekenen? Graag een toelichting. - zijn er heldere criteria voor het 'herzien'van de contracten of is dit uitsluitend ter beoordeling van Menzis? - Hebben zorgaanbieders ook de mogelijkheid om het contract open te breken?	In paragraaf 2 van het regionale inkoopbeleid is een herzieningsmogelijkheid opgenomen. Deze herzieningsclausule maakt onderdeel uit van de overeenkomst. In de herzieningsclausule staat aangegeven wanneer/onder welke omstandigheden Menzis hier een beroep op kan doen. Deze mogelijkheid is voorbehouden aan Menzis.
13	2	‘Bij relevante externe ontwikkelingen … gebaseerd te herzien'. De in deze passage genoemde voorbeelden zijn te duiden als aanpassingen die met hoge kans zich voor zullen doen. Jaarlijks worden Nza-beleidsregels immers aangepast en Nza-maximumtarieven herzien. In feite kan Menzis op basis van deze passage altijd en op elk moment tornen aan het lopende contract en de afgesproken tariefpercentages. Dit is onacceptabel. Wij dienen hiertegen bezwaar in, omdat dit een aanzienlijke onevenwichtigheid in het contract aanbrengt. Wat is uw reactie?	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd.
14	2	Pag. 27 H.2. inkoopsystematiek U vraagt van zorgaanbieders om zich te verbinden voor een	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt.

		contractperiode van 3 jaar (2024-2026) met optionele verlengingen van 1 jaar (2027 en 2028) met tegelijkertijd voor het zorgkantoor volop disclaimers waarbij u eenzijdig tarieven en/of voorwaarden van de overeenkomst gedurende de looptijd aan kan passen. Tegen de mogelijkheid van tussentijdse aanpassing door het zorgkantoor maken wij bezwaar, gegeven de grote financiële onzekerheden die dit voor onze zorgorganisatie met zich mee kan brengen. (i) Onderschrijft u dat tussentijdse aanpassingen grote (financiële) risico's voor een zorgorganisatie met zich mee kunnen brengen? Zo nee, waarom niet? (ii) Hoe denkt u dat het bestuur van de zorgorganisatie bij dit soort disclaimers kan instaan voor de financiële continuïteit van de organisatie en een goed financieel en personeelsbeleid kan voeren? (iii) Hoe definieert u relevante externe ontwikkelingen, aangezien de voorbeelden die u noemt kennelijk niet limitatief zijn? (iv) Hoe ziet u de verhouding van deze eenzijdige aanpassingsmogelijkheden tot het door u geproprageerde bieden van meerjarige financiële zekerheid aan zorgaanbieders? (v) Hoe gaat u om met het verwerken in de tarieven van relevante externe ontwikkelingen die de kosten voor zorgaanbieders verhogen (bijv. inflatie, CAO, energiekosten, Green Deal 3.0., etc.)? In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZa- maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister: ‘’Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd.’’ - Waarom past u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, een hoger kortingspercentage toe in 2024 dan het jaar 2023?	Zodoende wordt dus ook rekening gehouden met kostenontwikkelingen De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Deze afspraken gelden in beginsel gedurende de gehele looptijd. U heeft gelijk dat in het beleid mogelijkheden zijn opgenomen die impact kunnen hebben op het tarief, maar zorgkantoren moeten nu eenmaal een wijzigingsmogelijkheid hebben, wanneer omstandigheden nopen tot aanpassing. Uiteraard is en blijft dan het uitgangspunt dat zorgkantoren een reëel/proportioneel tarief (blijven) betalen. Het risico dat u signaleert onderschrijft Menzis Zorgkantoor daarom niet. Menzis Zorgkantoor biedt hierdoor wel degelijk meerjarige financiële zekerheid. Menzis Zorgkantoor laat zich verder niet uit over het wel/niet willen instaan voor de financiële continuiteit. Het is verder onmogelijk voor Menzis Zorgkantoor om relevante externe ontwikkelingen uitgebreid/limitatief te omschrijven, omdat het hier gaat om gebeurtenissen in de toekomst. Tot slot merkt Menzis Zorgkantoor op dat de stelling dat Menzis Zorgkantoor een hoger kortingspercentage hanteert dan voorheen niet juist is. De systematiek uit 2023, met een starttarief en opslagen aan de hand van honoreringsitems is niet vergelijkbaar met de huidige, uitgebreid toegelichte, systematiek. De vergelijking die wordt gemaakt met het tariefpercentage uit 2023 gaat daarom niet op.

15	2	In het inkoopbeleid staat “Met dit inkoopbeleid beantwoorden we de oproep uit het WOZO om meerjarige afspraken te maken, zodat zorgaanbieders meer financiële zekerheid hebben.” Hoe zit Menzis deze tekst in relatie tot de dalende tarieven, onzekerheid over de NIC/NHC tarieven de komende jaren, onduidelijkheid toekenning opslagen vanuit modules, stijgende kosten en mogelijke CAO verhoging?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
16	2	Voor de regio Groningen wordt momenteel een integrale zorgvisie opgesteld. Deze zal gedurende deze inkooptermijn 2024-2026 definitief worden vastgesteld. Dit heeft mogelijk impact op de koers in de regio. Wat is de visie van het zorgkantoor hierop in combinatie met de meerjarige afspraken?	Het ontwikkelen van een integrale zorgvisie kan voor zorgaanbieders tot een andere koers leiden maar zal voor zover wij verwachten niet leiden tot benodigde aanpassingen in het regionaal inkoopbeleid 2024-2026.
17	2	Bezwaar tariefsystematiek De zorgaanbieder maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Zorgkantoor Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Zorgkantoor Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Zorgkantoor Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Zorgkantoor Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Zorgkantoor Menzis niet.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken.De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3. van het Regionaal inkoopbeleid.
18	2	U schrijft het basistarief is gelijk is aan het minimum van het finaal gegunde tariefpercentage 2023 van een zorgaanbieder en het landelijk richttariefpercentage van de sector waarvoor de zorgaanbieder inschrijft. Wij lezen deze passage als dat	Het richttarief voor de sector V&V is 95,5%. Als uw tarief in 2023 (inclusief opslagen op basis van de honoreringslijst) lager is dan 95,5%, dan is het basistarief voor 2024 dit lagere tarief. Is uw tarief hoger, dan is uw

		het tarief 2023 gelijk is aan het basistarief 2024. Kunt u bevestigen dat dit voor onze organisatie concreet leidt tot een tarief van minimaal 97,5%?	basistarief gelijk aan het richttarief, namelijk 95,5%. Daar bovenop kunt u zich inschrijven voor een module.
19	2	Bent u het met ons eens dat bij de vaststelling van een reëel tarief ook rekening gehouden moet worden met een reële risico-opslag. Het is immers vaste jurisprudentie dat er bij het vaststellen van een reëel tarief ook rekening wordt gehouden met een risico-opslag. Zo nee, waarom niet?	Zoals uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde expoitatie. Dit blijkt ook uit het feit dat het merendeel van de aanbieders een positief resultaat van minimaal 2% heeft, uitgaande van het percetage van 75%. Tot slot merkt Menzis Zorgkantoor op dat de jurisprudentie waar u mogelijk op doelt, geldt voor zorgdomeinen waarin de overheid heeft voorgeschreven dat gemeenten moeten werken met kostprijselementen en waarbij de prijs dus opgebouwd wordt vanuit deze elementen. Die verplichting geldt niet voor zorgkantoren, ook niet op basis van rechtspraak. De systematiek van zorgkantoren op basis waarvan de richttariefpercentages zijn vastgesteld, zit wezenlijk anders in elkaar en hanteert geen kostprijselementen (zoals overhead, risicoopslag etc.) om een prijs/percentage te berekenen. De verwijzing naar de rechtspraak kan Menzis Zorgkantoor derhalve niet goed plaatsen.
20	2	Het richttariefpercentage is voor 3 jaar vastgesteld. Echter zullen per 2025 als gevolg van het NZa kostenonderzoek de tarieven wijzigen. De impact hiervan is nog niet te voorzien. Wordt het risico hiervan volledig bij de zorgaanbieders neergelegd?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.
21	2	Het richttariefpercentage is voor 3 jaar vastgesteld. Echter zullen per 2025 als gevolg van het NZa kostenonderzoek de tarieven wijzigen. Zorgaanbieders kunnen het risico van een onjuist richttariefpercentage bij vanaf 2025 gewijzigde tarieven niet dragen. Bent u bereid om per 2025 dit percentage opnieuw vast te stellen afhankelijk van de in 2025 gewijzigde tarieven? Zo ja, hoe. Zo nee, waarom niet en wat verwacht u hierbij dan van de zorgaanbieder?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

22	2	H2 Inkoopsystematiek 'Hoe wordt door uw zorgkantoor bij een meerjarig contract voor de jaren 2025, 2026 en evt 2027 en 2028 de tarieven geïndexeerd op gestegen kosten als energiekosten, voeding en materiaalkosten, inflatie, zodat er in deze jaren sprake blijft van een reeël kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren.
23	2	Inkoopbeleid -De bekostigingssystematiek inclusief de (richt)tariefpercentages gelden voor de looptijd van ons inkoopbeleid 2024-2026' met eventueel 2 maal 1 jaar verlenging. Is het tariefpercentage per zorgaanbieder opnieuw onderhandelbaar als blijkt dat de verhouding kosten - opbrengsten Wlz aanzienlijk afwijkt van het percentage dat uit de berekening obv 2021 is gekomen zodat er weer sprake is van een wettelijk verplicht reëel kostendekkend tarief? Zo nee, waarom respecteert u de jurisprudentie over een reeel kostendekkend tarief in deze situatie niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld met het oog op financiële zekerheid aan zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa-maximumtarieven die jaarlijks worden geïndexeerd voor kostenontwikkeling in het veld, volgt het richttariefpercentage automatisch deze kostenontwikkelingen. Wel zal jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reëele tarieven over de jaren heen.
24	2.1	U geeft aan dat er meerdere redenen zijn om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen. - Hoe beoordeelt u de vastgoedkosten om te voorkomen dat zorgaanbieders voor wie tijdelijke lagere vastgoedkosten voorwaardelijk zijn voor het plegen van nieuwbouwinvesteringen, niet de dupe worden van uw beoordeling terzake? U stelt dat over het algemeen kleinere zorgaanbieders zich vooral op hun eigen organisatie kunnen richten en dat dit dan een reden kan zijn om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen. - Welke bewezen onderbouwing heeft u hiervoor? Kleine(re) organisaties lijken op meerdere door u in dit inkoopbeleid bij herhaling genoemde belangrijke terreinen (uitstroom, verzuim, klanttevredenheid, medewerkerstevredenheid, inzet PNIL) beter te scoren dan grote(re) organisaties. - Waarom kiest u niet voor een integrale vergelijking op prestaties, kosten en opbrengsten van grote(re) en kleine(re) organisaties? - Heeft u spiegelinformatie hierover beschikbaar en zo ja, wilt u die met ons delen? - Wat verstaat u onder kleine en grote organisaties?	Het klopt dat er meerdere redenen zijn om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen. Ten aanzien van de overige genoemde punten merkt Menzis Zorgkantoor allereerst het volgende op. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Dit verklaart ook waarom niet voor een andere systematiek is gekozen. Wat verder belangrijk is te vermelden is dat de richttariefpercentages genoemd in bijlage 7 exclusief NHC/NIC zijn. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen. Ten aanzien van uw vragen/opmerkingen over 'kleinere' organisaties merkt Menzis Zorgkantoor op dat de genoemde tekst in het Regionaal Inkoopbeleid slechts een voorbeeld betreft, waarom het richttariefpercentage niet als minimum wordt genomen. Er zijn aanbieders die in het verleden prima uitkonden met een lager percentage, omdat zij een andere ('kleinere') rol vervullen in het

			zorglandschap dan andere aanbieders die meer/'grotere' verantwoordelijkheden hebben in de keten in hun werkgebied. Dit voorbeeld maakt, naast andere voorbeelden, duidelijk waarom Menzis Zorgkantoor het richttariefpercentage niet als minimum hanteert.Het is Menzis Zorgkantoor tot slot niet duidelijk op welke spiegelinformatie wordt gedoeld.
25	2.1	U stelt dat er meerdere redenen zijn om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen. ● Er kunnen lokale omstandigheden zijn waardoor de zorg tegen lagere kosten geleverd kan worden, denk aan lagere vastgoedkosten dan gemiddeld. Het neerwaarts aanpassen van het richttarief op basis van lagere vastgoedkosten is om minimaal 2 redenen onjuist. (1) De zorg kan hierdoor niet tegen lagere kosten worden geleverd. Enkel de vastgoedkosten zijn lager. Daar is de NHC/NIC vergoeding voor bedoeld. (2) Tijdelijk lagere vastgoedkosten kunnen het gevolg zijn van een afgeschreven maar dringend aan vervanging door nieuwbouw en/of renovatie zijnd gebouw. Alleen het kijken naar de lange termijn exploitatie doet dan recht aan de lokale situatie. - Kunt u zich vinden in bovengenoemde redenering? Zo nee, waarom niet? ● Sommige zorgaanbieders leveren minder soorten zorgprestaties en leveringsvormen. Of zij leveren zorg aan een doelgroep met een relatief lage zorgzwaarte, waarvoor eenzelfde prestatie gedeclareerd kan worden als voor klanten met een hoger zorgprofiel. - Kunt u deze laatste toelichten, want voor elke zorgzwaarte geldt toch dat een andere prestatie gedeclareerd moet worden? ● Over het algemeen kunnen kleinere zorgaanbieders zich vooral op hun eigen organisatie richten, terwijl de grotere zorgaanbieders meer verantwoordelijkheden hebben over de hele zorgketen in hun werkgebied, bijvoorbeeld voor acute problematiek. - Gaan met deze extra verantwoordelijkheden activiteiten gepaard waarvoor u tot op heden een niet toereikend tarief hanteert?	De gestelde vragen hebben betrekking op enkele voorbeelden in het Regionaal Inkoopbeleid die illustreren waarom het richttariefpercentage niet als minimum-percentage wordt genomen. Van het 'neerwaarts aanpassen' van het percentage in de door u bedoelde zin, is in het Regionaal Inkoopbeleid geen sprake. Een neerwaartse aanpassing (voor bestaande aanbieders) kan wel aan de orde zijn wanneer het tariefpercentage 2023 van de aanbieder lager is dan het richttariefpercentage. De gedachte hierachter is dat het tariefpercentage niet standaard verhoogd zou moeten worden naar het richttariefpercentage, wanneer de zorgaanbieders eerder uitkonden met een lager percentage. Dat een zorgaanbieder eerder uitkon met een lager percentage kan onder meer te maken hebben met relatief lage kosten voor vastgoed, maar kan ook allerlei andere redenen hebben. Menzis kan zich dus niet vinden in de redenering. Indien een aanbieder minder kosten heeft, kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief. Voor wat betreft de tweede bullet merkt Menzis op dat het CIZ het zorgprofiel indiceert. Binnen het zorgprofiel kan de zorgzwaarte wisselen maar geldt wel hetzelfde tarief. Ook dit voorbeeld illustreert dat sommige aanbieders minder kosten maken dan andere aanbieders. Voor die aanbieders kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief. Menzis Zorgkantoor is het, tot slot, niet eens met de stelling dat tot op heden een niet-toereikend tarief wordt gehanteerd voor aanbieders die meer verantwoordelijkheden hebben over de hele zorgketen in hun werkgebied. Ook hier geldt dat dit slechts een voorbeeld is dat illustreert dat sommige aanbieders minder kosten maken dan andere aanbieders. Voor die aanbieders kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief.
26	2.1	Wat is het sectorvreemde tarief voor prestaties die niet in de sector GZ vallen?	Sectorvreemde indicaties worden vergoed voor het door de aanbieder afgesproken (eigen sector) percentage bij een aanbieder in de VV/GZ. Voor een GGZ aanbieder geldt het GGZ-W tarief voor de sectorvreemde

			indicaties met uitzondering van de opslagen voor GGZ-W 4 en 5. Hoe sectorvreemde prestaties worden vergoed, voegen wij toe aan het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 in paragraaf 2.2.
27	2.1	Pg 28 2.1. het richttariefpercentage in relatie tot de laatste zin op pg 28 van de ZN visie op duurzame toegang tot langdurige zorg “Pg 28 laatste zin: “De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders.” Dat betekent volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onder meer: ‘Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgprofessionals beschikbaar om deze taken te verrichten’ en ‘Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.’ De kwaliteitseisen van het zorgkantoor zijn daarmee gelijk aan die van vorige jaren. Het gaat om een hoge inzet van zorgprofessionals, waarvoor Menzis dit jaar een lager tarief geeft. Vraag: hoe kan Menzis een lager tarief bij gelijkblijvende kwaliteitseisen verantwoorden (billijk, proportioneel)? Wij verwachten een inhoudelijke onderbouwing van het antwoord.	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
28	2.1	Hoe wordt vastgesteld dat sommige zorgaanbieders zorg leveren aan een doelgroep met een relatief lage zorgzwaarte, waarvoor eenzelfde prestatie gedeclareerd kan worden als voor klanten met een hoger zorgprofiel?	Het CIZ indiceert het zorgprofiel, binnen het zorgprofiel kan de zorgzwaarte wisselen. Dit horen wij van aanbieders.
29	2.1	Wij zijn het oneens met de stelling dat kleinere zorgaanbieders zich vooral op hun eigen organisatie richten, terwijl de grotere zorgaanbieders meer verantwoordelijkheden hebben over de hele zorgketen in hun werkgebied, bijvoorbeeld voor acute problematiek. Kleinere aanbieders zijn gericht op lokale samenwerking met de gemeente (Wmo), aanbieders van welzijn, eerstelijnszorg, et cetera. Domein overschrijdend werkend is voor alle aanbieders een enorme inspanning. Schaal doet daarbij niets af aan de kosten van deze inspanning. Kan het zorgkantoor dit nuanceren in het beleid?	Alle aanbieders zijn nodig in de regio. Wij zien echter verschil in de rol die aanbieders pakken. In zijn algemeenheid hebben kleinere aanbieders een minder grote rol in de regio, uitzonderingen daargelaten. Wij passen ons beleid niet aan.
30	2.1	Hoe verklaart u het verschil tussen de maximale percentages tussen de sectoren? Het inzetten op informele zorg en besparende technologie is naar onze mening niet binnen een	U treft de onderbouwing van het richttarief in bijlage 7. Als u zich inschrijft op een module en deze wordt positief beoordeeld, dan is de module voor de gehele looptijd van toepassing. Het nieuwe kwaliteitskompas wordt naar verwachting in december vastgesteld.

		paar maanden geregeld. Welke aanpassing verwacht u te realiseren in het kwaliteitskader?	
31	2.1	Bezwaar tariefsystematiek Stichting Zorg Adullam maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis niet.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3 van het Regionaal inkoopbeleid.
32	2.1	Vanaf 2024 stapt Menzis af van het gebruik van de honoreringslijst. Hierbij methodiek was transparant en specifiek voor iedere zorgaanbieder. Dit bevorderde maatwerk. Waarom gaat Menzis vanaf 2024 over op het gebruik van het landelijke richttariefpercentage van 95,5% met slechts een beperkt aantal toeslagen?	Vanuit het veld is gevraagd om landelijk een meer eenduidig beleid te voeren. Vanaf 2024 geven wij gehoor aan deze oproep.
33	2.1	De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar.	Zie vraag 2728 (telling kolom C)

		Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	
34	2.1	De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Behoud van kwaliteit volgens geldende kwaliteitskaders zou ook voldoende zijn. Het inkoopbeleid lijkt er echter op veel plaatsen vanuit te gaan dat het allemaal wel wat minder kan en bewoners ook maar met minder genoegen moeten nemen. We ontvangen graag een bevestiging dat de huidige kwaliteitskaders en normen van hoeveel zorgprofessionals geacht worden beschikbaar te zijn, gehandhaafd worden.	De zorgaanbieder verplicht zich om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: de zorgaanbieder biedt goede zorg en neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze zorg voldoet aan de definitie van gepast gebruik. Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel. Het personeel kan de (potentiele) klanten en het Zorgkantoor in tenminste de Nederlandse taal te woord staan. Daarnaast hanteert Menzis Zorgkantoor de geldende kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen.
35	2.1	Waarom wordt niet het volledige Nza-tarief gegund maar vindt er een afslag plaats op het Nza-tarief middels het inschrijven op modules?	In bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz leest u de onderbouwing van het richttariefpercentage.
36	2.1	Normaliter staat de tender open vanaf het moment van publicatie (1 juni 2023). In het inkoopkader staat dat inschrijven via Mercell vanaf 3 juli mogelijk is. Kunnen we er van uit gaan, dat daar dezelfde informatie staat, als in alle verstrekte documenten? En dat daar geen nieuwe andere informatie staat? Want na 3 juli is het niet meer mogelijk om daar vragen over te stellen.	Ja, u kunt ervan uitgaan dat in Mercell dezelfde informatie staat.
37	2.1	Wilt u aangeven wat 'mogelijkheid tot gesprek over contractering en voorwaarden' inhoudt? Wat is de inhoud van zo'n gesprek, wat is het doel?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen u naar Paragraaf 3.1.6. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 onder het kopje: Een Inhoudelijk gesprek, bij voorkeur op locatie. Dit kan van toepassing zijn voor een nieuwe zorgaanbieder en een bestaande zorgaanbieder, maar nieuw voor het zorgkantoor Paragraaf 2.4.2., 1e bullet: een eventueel gesprek in verband met inschrijving op (een) module(s). Dit kan van toepassing zijn voor een bestaande zorgaanbieder.
38	2.1	Tussen definitieve gunning (vrijdag 10 nov) en indienen budget formulier (woensdag 15 nov) zitten exact 2 werkdagen. Wij verzoeken u die termijn te verlengen tot bijvoorbeeld vrijdag 17 november.	De termijn voor het indienen van het budgetformulier wordt de Nza bepaald en deze kunnen wij als zorgkantoor niet verlengen.
39	2.1	Is onze aanname correct dat alle vragen van alle aanbieders met de antwoorden voor alle partijen beschikbaar zijn?	Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van antwoord voorzien.

40	2.1	Gezien de gehanteerde termen en termijnen en bepaalde woordkeuze lijkt het op een aanbesteding. Is dat correct? Is in dat geval de aanbestedingswet van toepassing?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 in overeenstemming is met de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid en de aanbestedingsbeginselen. Mocht de vragensteller van mening zijn dat dit niet het geval zou zijn, lag het op de weg van de vragensteller om in de vraag duidelijk aan te geven op welke aspecten van het regionale inkoopbeleid volgens de vragensteller hier niet aan wordt voldaan.
41	2.1	Wij vinden dit bijzonder, dat als wij onvolkomenheden zien in de documenten, en het antwoord is niet naar tevredenheid, dat we dan een kort geding aanhangig moeten maken. Dat houdt in, dat we moeten procederen om uberhaupt een inschrijving te kunnen doen. Dat vinden we heel risicovol. Graag uw toelichting.	Wat Menzis Zorgkantoor met deze voorwaarden wil voorkomen is dat bezwaren tegen de inhoud/opzet van de inkoopprocedure pas worden voorgelegd aan de (voorzieningen-)rechter op een moment dat de inkoopprocedure in de afrondende fase zit of al is afgerond. Door middel van het indienen van een inschrijving gaan inschrijvers akkoord met de inhoud/opzet van de procedure zoals die in de Nota van Inlichtingen is komen vast te staan. In die situatie verwerken zorgaanbieders ook hun rechten om tegen de inhoud/opzet van de procedure te klagen. Dergelijke voorwaarden zijn gebruikelijk en maken niet dat organisaties moeten procederen om uberhaupt een inschrijving te kunnen doen. Volledigheidshalve merkt Menzis Zorgkantoor op dat wanneer aanbieders het niet eens zijn met de voorlopige gunningsbeslissing er ook een mogelijkheid is om de zaak aan de voorzieningenrechter voor te leggen. Echter, in de laatstbedoelde kort gedingen is het niet mogelijk om (met succes) te ageren tegen de inhoud/opzet van de procedure, aangezien de aanbieder daarmee heeft ingestemd.
42	2.1	We kiezen ervoor om het richtpercentage niet als absoluut minimum te nemen Deze zin is niet duidelijk. Hoe moeten we dit lezen als we kijken naar de toelichting in paragraaf 2.2? Feitelijk is het basistariefpercentage toch exact gelijk aan het (basis-) richtpercentage? Dit staat toch los van de modules?	Als uw tarief in 2023 (inclusief opslagen op basis van de honoreringslijst) lager is dan het richttarief, dan is het basistarief voor 2024 dit lagere tarief. Is uw tarief hoger, dan is uw basistarief gelijk aan het richttarief. Daar bovenop kunt u zich inschrijven voor een module.
43	2.1	Bent u bereid om daar waar onze kostprijs significant in negatieve zijn afwijkt van het richttariefpercentage dat u voor 2024-2026 afgeeft, hierover met ons in gesprek te gaan waar naar uw oordeel kosteneffciënter zou kunnen worden gewerkt?	Menzis Zorgkantoor wil altijd meedenken over een kostenefficiëntere werkwijze.
44	2.1	Bent u bereid een tarief met ons af te spreken die tenminste kostendekkend is om te kunnen voldoen aan tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. 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. 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.
45	2.1	Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan het richttarief-percentage van de sector waarvoor u inschrijft, indien uw tariefpercentage 2023 groter of gelijk is aan het richttariefpercentage. Of: Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan uw tariefpercentage 2023 indien dit percentage lager is dan het richttarief-percentage. Voor de duidelijkheid: is het zo dat wanneer je in 2023 een lager percentage dan 95,5% hebt afgesproken (bijvoorbeeld 94,5%), dit percentage het basistariefpercentage is. We gaan een nieuwe inkoopronde in. Waarom worden tarieven uit het verleden onderdeel gemaakt van deze nieuwe inkoopronde? Als er een hoger tarief was afgesloten in 2023 (bijvoorbeeld 96,5%) dan geldt het richttariefpercentage van 95,5% en niet het tariefpercentage uit 2023. Dat is ons inziens tegenstrijdig. Hoe ziet u dit?	Het uitgangspunt van Menzis Zorgkantoor is dat reële/proportionele tarieven worden betaald. Het richttariefpercentage wat uit het kostprijsonderzoek (bijlage 7) volgt, is slechts een uitgangspunt. Bij dit uitgangspunt zijn, ten eerste, afwijkingen naar boven toe mogelijk aan de hand van zorgkantoorspecifiek beleid voor regionale aanpassingen (modules) en de hardheidsclausule. Omdat het richttariefpercentage een uitgangspunt is, is, ten tweede, naar beneden toe afwijken ook mogelijk. Ook dit kan leiden tot een reëel/proportioneel tarief. In het geval zorgaanbieders in het verleden uitkonden met een lager percentage dan het richttariefpercentage, dan vermag Menzis Zorgkantoor niet in te zien waarom een hoger richttariefpercentage zou moeten worden gekozen om uit te komen op een reëel/proportioneel tarief.
46	2.1	Er zijn meerdere redenen om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen, waaronder (maar niet uitputtend): "Een zorgaanbieder kan al verder zijn dan andere zorgaanbieders met implementatie van innovatie, arbeidsbesparende werkvormen, waardoor hij al efficiënter werkt." Wij zijn van mening dat hier sprake is van prijsdiscriminatie en/ of misbruik van marktmacht, daarom maken we bezwaar. VRAAG: - op basis van deze criteria wordt dit bepaald door Menzis? - het lijkt erop dat hard werken in het verleden bestraft wordt door een korting op het basistariefpercentage. Hoe ziet Menzis dit? - als gekort wordt op het basistariefpercentage op welke manier kan hier bezwaar op worden gemaakt? - Als overschotten bewaard blijven in een sterke organisatie kan deze ook investeringen doen en blijven investeren. Is Menzis het eens met deze stelling? Waarom wel/ niet. Graag een toelichting.	Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Menzis deelt de mening van de vragensteller niet dat hard werken in het verleden bestraft wordt. In paragraaf 2.2 van het regionaal inkoopbeleid staat aangegeven op welke wijze het basistariefpercentage wordt vastgesteld. Van een korting op het basistariefpercentage is geen sprake. Indien de zorgaanbieder zich niet kan vinden in het uiteindelijk vastgestelde tarief in de voorlopige gunningsbeslissing, kan de zorgaanbieder hier tegenop komen. De wijze waarop waarop wordt omschreven in paragraaf 3.1.10 van het regionaal inkoopbeleid. Menzis Zorgkantoor doet geen uitspraken over het investeringsbeleid van (individuele) zorgaanbieders.
47	2.1	U geeft meerdere redenen om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen, waar bij het tweede bullet als voorbeeld genoemd wordt: "Sommige zorgaanbieders leveren minder soorten zorgprestaties en leveringsvormen. Of zij leveren zorg aan een doelgroep met een relatief lage	De gestelde vragen hebben betrekking op enkele voorbeelden in het Regionaal Inkoopbeleid die illustreren waarom het richttariefpercentage niet als minimum-percentage wordt genomen. Van het 'neerwaarts aanpassen' van het percentage in de door u bedoelde zin, is in het Regionaal Inkoopbeleid geen sprake. Een neerwaartse aanpassing (voor bestaande aanbieders)

		zorgzwaarte, waarvoor eenzelfde prestatie gedeclareerd kan worden als voor klan-ten met een hoger zorgprofiel." Kunt u dit toelichten? Prestaties kunnen toch alleen cliëntgebonden gedeclareerd worden?	kan wel aan de orde zijn wanneer het tariefpercentage 2023 van de aanbieder lager is dan het richttariefpercentage. De gedachte hierachter is dat het tariefpercentage niet standaard verhoogd zou moeten worden naar het richttariefpercentage, wanneer de zorgaanbieders eerder uitkonden met een lager percentage. Dat een zorgaanbieder eerder uitkon met een lager percentage kan onder meer te maken hebben met relatief lage kosten voor vastgoed, maar kan ook allerlei andere redenen hebben. Menzis kan zich dus niet vinden in de redenering. Indien een aanbieder minder kosten heeft, kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief. Voor wat betreft de tweede bullet merkt Menzis op dat het CIZ het zorgprofiel indiceert. Binnen het zorgprofiel kan de zorgzwaarte wisselen maar geldt wel hetzelfde tarief. Ook dit voorbeeld illustreert dat sommige aanbieders minder kosten maken dan andere aanbieders. Voor die aanbieders kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief. Menzis Zorgkantoor is het, tot slot, niet eens met de stelling dat tot op heden een niet-toereikend tarief wordt gehanteerd voor aanbieders die meer verantwoordelijkheden hebben over de hele zorgketen in hun werkgebied. Ook hier geldt dat dit slechts een voorbeeld is dat illustreert dat sommige aanbieders minder kosten maken dan andere aanbieders. Voor die aanbieders kan een lager percentage dan het richttariefpercentage wel degelijk leiden tot een reeel/proportioneel tarief.
48	2.1	Basis + modules leidt tot lagere % naast bovenop gelegde Nza bezuiniging. Is dit de bedoeling?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
49	2.1	In lijn met eerdere vraag. U schrijft dat grotere zorgaanbieders meer verantwoordelijkheid hebben over de hele zorgketen in hun werkgebied, bijvoorbeeld de acute problematiek (crisisopvang). Hoe wordt deze inspanning door Menzis Zorgkantoor beloond binnen deze systematiek aangezien de extra kosten welke dit met zich meebrengt niet voldoende verdisconteerd zijn in het tarief.	Menzis Zorgkantoor heeft in elke regio afspraken gemaakt over het aantal crisisbedden VV bij een aantal systeem zorgaanbieders. In 2023 is de NZa gestart met kostenonderzoek Wlz crisiszorg VV. Hierbij wordt berekend wat het leveren van Wlz crisiszorg VV gemiddeld genomen kost. De NZa wil komen tot passende prestaties en tarieven die aansluiten op de (gewenste) praktijk.

50	2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 2.1 (in samenhang met paragraaf 2.2 en bijlage 7) U schrijft: " We kiezen ervoor om het richttariefpercentage niet als absoluut minimum te nemen". Wat bedoelt u daarmee? Klopt het dat u hiermee enkel beoogt te verwijzen naar het bepaalde in paragraaf 2.2, waarin u een systematiek hanteert waarbij het Menzis Zorgkantoor Basistariefpercentage lager kan liggen dan het richttariefpercentage, maar nooit hoger? Zo niet, wat bedoelt u dan?	Uw aanname is correct. Het basistariefpercentage (exclusief modules) kan lager liggen dan het richttariefpercentage, maar nooit hoger.
51	2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7) Volgens de rechtspraak moet u bij de vaststelling van de tarieven (onder meer) acht slaan op organisatiespecifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, alsmede u moet rekening houden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. Daarnaast moet u rekening houden met de eventuel bijzondere positie die bepaalde zorgaanbieders kunnen innemen ten opzichte van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld omdat zij een bijzondere zorgfunctie vervullen met een daarbij horende bijzondere kostenstructuur Wij zijn een grotere, generieke zorgaanbieders met een systeemfunctie/regiofunctie (denk aan instandhouding van een medische dienst) en hebben zodoende te maken met andere kostenstructuren dan zorgaanbieders die zo'n functie niet vervullen. Wij zijn ook een zorgaanbieders met overwegend meervoudige, complexere zorg hebben daarom een andere kostenstructuur dan zorgaanbieders die zich richten op lichtere of enkelvoudige specialistische zorg. Verder zijn wij een zorgaanbieders met een meer intramurale zorgmix en hebben ook daarom een andere kostenstructuur dan zorgaanbieders met een meer extramurale zorgmix. Dat laatste heeft overigens niets te maken met inefficientie, in de zin dat die zorgaanbieders te weinig sturen op MPT en VPT, want het CIZ (niet de zorgaanbieder) indiceert en er is en blijft nu eenmaal een belangrijke vraag naar intramurale zorg. Wij verzoeken u de tarieven aan te passen en met de bovengenoemde aspecten rekening te houden, door waar nodig te differentieren naar bijzondere posities/functies en bijbehorende bijzondere/afwijkende kostenstructuren. Daarbij	De rechtspraak die u noemt is Menzis Zorgkantoor bekend. Daar is ook rekening mee gehouden in het beleid. Dit komt onder meer tot uiting in het feit dat de richttariefpercentages niet als minimum worden genomen, vanwege het feit dat kleinere/grotere zorgaanbieders een andere rol kunnen hebben in het zorglandschap. Er is ook rekening mee gehouden in de systematyiek. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. 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 reele 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. Menzis Zorgkantoor biedt in haar Regionaal Inkoopbeleid diverse mogelijkheden, waarbij verschillen tussen zorgaanbieders beloond kunnen worden. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen bovendien de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule. Ook bij een beroep op de hardheidsclausule kan juist gekeken worden naar organisatiespecifieke aspecten, zoals door u bedoeld. Dit is ook bevestigd in de rechtspraak. Met dit uitgebreide antwoord willen wij illustreren dat in het kader van de inkoopprocedure op meerdere manieren rekening is gehouden met het juridisch kader rondom reeele/proportionele tarieven.

		verzoeken wij u bovendien om (op controleerbare wijze) per genoemd aspect te motiveren hoe daarmee rekening is gehouden.	
52	2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 2.1 en 2.2 (en ook bijlage 7), in samenhang met hoofdstuk 1 In hoofdstuk 1 van het inkoopbeleid legt u aan alle zorgaanbieders verplichtingen op om vergaand inspanningen en investeringen te plegen (ook buiten de Modules om) in het kader van de gewenste transities. Onzes inziens is daarmee geen rekening gehouden in de tariefstelling. Dat volgt alleen al (zonder meer) uit het feit dat de landelijke richttariefpercentages, waarbij u volledig aansluit (voor zover u niet zelfs lagere tarieven wilt hanteren), uitgaan van de aanname dat in ieder geval 25% van alle zorgaanbieders de zorg met die richtlijnpercentages niet kostendekkend kan leveren en dat nog eens (ruim) 25% van de zorgaanbieders met die richtlijnpercentages hooguit een marge van 0 tot 2 % kan behalen. Een marge van 0 tot 2 % is vanzelfsprekend ontoereikend om de bedoelde inspanningen en investeringen te plegen. Hoe is volgens u in de tariefstelling rekening gehouden met de kosten van de bovengenoemde verplichtingen die aan de zorgaanbieders worden opgelegd? Kunt kunt dit motiveren, (in ons geval: voor V&V) ten aanzien van ieder van de thema's innovatie, kwaliteit, duurzaamheid en bedrijfsvoering? Voor zover er geen rekening mee is gehouden, verzoeken wij u de tarieven te herzien en er alsnog rekening mee te houden, zodanig dat tarieven worden gesteld die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" in de Menzis-regio's kostendekkend zijn.	Nee, zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. 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. 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.
53	2.1	Regionaal inkoopbeleid, h2, paragraaf 2.1, 2.2 en bijlage 7 Bij de toepassing van het in Bijlage 7 omschreven rekenmodel, voor de vaststelling van de landelijke richttariefpercentages, is uitgegaan van de vraag of 75% van de zorgaanbieders de zorg met de vastgestelde richtlijntarieven kostendekkend kunnen leveren (het '75ste percentiel'), als maatstaf voor de vraag of 'reële tarieven' worden geboden. Onzes inziens worden met deze benadering geen tarieven bepaald die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend zijn, hooguit tarieven die voor een willekeurig deel van de 'totale groep' kostendekkend zijn (uiteraard: mits	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Hierbij heeft ruim 50% van de aanbieders een positief resultaat van minimaal 2%. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de 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

		het rekenmodel an sich al juist zou zijn). Waarom zou het 75ste percentiel (en bijvoorbeeld niet het 95ste percentiel) gelijk te stellen zijn aan hetgeen voor een "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend uitpakt? Dat valt (zonder meer) niet in te zien. En er is niet gemotiveerd waarom dat wel zo zou zijn. Het 75ste percentiel is dan ook willekeurig. Het veronderstelt bovendien dat 25% van de zorgaanbieders structureel ondoelmatig werkt. Dat is nogal een forse stelling, die volgens ons niet kan kloppen. Als dit werkelijk uw stelling is, waarop is dit dan gebaseerd? Dat is in Bijlage 7 niet gemotiveerd. Is bijvoorbeeld ook per geval gekeken naar de achterliggende redenen waarom de zorgaanbieders die tot de 'groep van 25%' behoren voor het gestede tarief de zorg niet kostendekkend kunnen leveren, om vast te stellen of dit daadwerkelijk temaken heeft met ineffecientie, dan wel met andere (mogelijk legitieme) redenen? Zo ja, kunt u dat motiveren? Zo niet, waarom niet? Verder geeft u aan dat het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Waar volgt dat uit? Onze conclusie is dan ook het gehanteerde 75ste percentiel niet leidt tot tarieven die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend zijn, maar (omgekeerd) tot tarieven die niet reëel zijn voor een diverse zorgaanbieders (onderdeel van de 25%-groep) die wel degelijk als "redelijk efficiënt functionerend aanbieders" zijn aan te merken. Aangezien u de richttariefpercentages heeft aangehouden als basis voor uw tarieven, verzoeken wij u de tarieven te herzien. Voor zover u meent dat het bovenstaande niet klopt, verzoeken wij u gedetailleerd te motiveren waarom niet en dan in het bijzonder te motiveren waarom het hanteren van het 75ste percentiel, op de wijze als omschreven in Bijlage 7, valide zou zijn.	vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
54	2.1	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 2.1 en paragraaf 2.2 (en ook bijlage 7) De tarieven zijn alleen bepaald voor het jaar 2024, terwijl ook zorg wordt ingekocht voor de jaren 2025 tot en met 2028 en u van zorgaanbieders vraagt om zich aan zorglevering voor de jaren 2025 t/m 2028 te commiteren. Dat is disproportioneel. En het in strijd met het transparantiebeginsel, want op deze manier zijn de voorwaarden van opdracht niet bepaalbaar. U behoort vooraf duidelijk maken wat de financiele kaders zijn, ook voor opvolgende jaren. Dat	Het basistariefpercentage en de opslagen voor modules staan in beginsel vast gedurende de looptijd van de overeenkomst. Het basistariefpercentage inclusief opslagen voor modules wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Deze max tarieven worden namelijk geindexeerd door de NZa. Er wordt dus wel degelijk rekening gehouden met kostenontwikkelingen en zo blijft er ook in de jaren na 2024 sprake van een reeel/proportioneel tarief. Als u zich niet kunt vinden in de wijze/hoogte van de indexering, dan stelt Menzis Zorgkantoor voor dat u het gesprek aangaat met de NZa. Uw stelling dat Menzis Zorgkantoor vanwege (aanbestedingsrechtelijke) beginselen nu al zou moeten duiden hoe hoog de vergoedingen in 2025 e.v. zouden zijn,

		kostenomstandigheden nog deels ongewis zijn voor de opvolgende jaren, maakt dat niet anders. Desondanks kunt (en moet) u voorafgaand aan contractsluiting een objectief kader bieden voor het bepalen van de tarieven in 2025 t/m 2028 dat laat zien dat gewaarborgd is dat ieder jaar 'reële tarieven' geboden zullen worden en dat dit toetsbaar zal zijn. Wij verzoeken u een dergelijk objectief kader op te nemen.	terwijl de prestatiebeschrijvingen/NZa maximumtarieven voor die jaren nog niet bekend zijn, is onjuist. De door u genoemde beginselen verlangen dit niet. Uw stelling zou er op neerkomen dat indexeren van prijzen conforn een index die nog niet vaststaat niet toegestaan zou zijn, terwijl dit praktisch gezien in iedere inkoopprocedure zo is geregeld.
55	2.1	Het basistariefpercentage en de opslagen voor modules staan in beginsel vast gedurende de looptijd van de overeenkomst. Het basistariefpercentage inclusief opslagen voor modules wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Deze max tarieven worden namelijk geindexeerd door de NZa. Er wordt dus wel degelijk rekening gehouden met kostenontwikkelingen en zo blijft er ook in de jaren na 2024 sprake van een reeel/proportioneel tarief. Als u zich niet kunt vinden in de wijze/hoogte van de indexering, dan stelt Menzis Zorgkantoor voor dat u het gesprek aangaat met de NZa. Uw stelling dat Menzis Zorgkantoor vanwege (aanbestedingsrechtelijke) beginselen nu al zou moeten duiden hoe hoog de vergoedingen in 2025 e.v. zouden zijn, terwijl de prestatiebeschrijvingen/NZa maximumtarieven voor die jaren nog niet bekend zijn, is onjuist. De door u genoemde beginselen verlangen dit niet. Uw stelling zou er op neerkomen dat indexeren van prijzen conforn een index die nog niet vaststaat niet toegestaan zou zijn, terwijl dit praktisch gezien in iedere inkoopprocedure zo is geregeld.	Menzis Zorgkantoor is het niet eens met uw stellingen. U schetst doemscenario's ten aanzien het 75% percentiel die te kort door de bocht zijn en ook voorbij gaan aan het doel van dit percentage. Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Dit blijkt ook uit de cijfers in bijlage 7 waaruit blijkt dat het merendeel meer dan 2% positief resultaat boekt. Gelet op deze achtergronden en omdat zorgkantoren een doelmatigheidsprikkel willen bouwen is de tariefsystematiek alleszins redelijk. Wij verwachten juist dat aanbieders die behoren tot de '25%-groep door middel van doelmatigheidsverbeteringen in staat zijn om zorg te blijven leveren. U slaat geen acht op deze aspecten. Menzis wil juist tegen reele/proportionele prijzen contracteren. Als 75% van de markt in staat is om bij de richttarieven goed te functioneren, waarom zou Menzis Zorgkantoor deze verwachting/doelmatigheidsprikkel dan niet mogen hebben/inbouwen voor de rest? Menzis Zorgkantoor merkt ook op dat de richttatiefpercentages dikwijls het vertrekpunt vormen voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Het is dikwijls een vertrekpunt omdat eventuele opslagen aan de hand van modules en eventuele opslagen bij een succesvol beroep op de hardheidsclausule het uiteindelijke tarief bepalen. Ook daar wordt in uw stellingen geen enkele rekening mee gehouden.
56	2.1	Paragraaf 2.1 en 2.2, alsmede Bijlage 7 Is er bij de berekening van de tarieven die u aanhoudt rekening gehouden met de inspanningen die zorgaanbieders moeten plegen tot verlaging van het aandeel PNIL? Zo ja, kunt u dat motiveren, zodanig dat dit ook controleerbaar is? Zo niet , waarom niet? In het laatste geval verzoeken wij u de tarieven aan te passen en alsnog deze componenten mee te nemen.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat

			voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
57	2.1	Paragraaf 2.1 en 2.2 en 2.3 , alsmede Bijlage 7 In het "Regiobeeld V&V Groningen Oktober 2022" door zorgkantoor Menzis geschreven (Groningen is de regio waarin wij actief zijn) staat: "Ook in Groningen zijn de gevolgen van de krappe arbeidsmarkt voelbaar. Door Leren is altijd (een van de projecten betaald uit de transitiemiddelen is er meer instroom en begeleiden van studenten)" en "COVID 19 heeft in het eerste kwartaal van 2021 veel impact gehad op de cliënten en zorgaanbieders. Het verzuimpercentage is tot op heden hoog. Hierdoor ligt er een extra druk op de medewerkers om roosters rond te krijgen. Zorgaanbieders hebben nieuwe samenwerkingen en werkwijzen gevonden om hun cliënten te blijven bedienen". En in het bijzonder wijzen wij op de volgende passage: "De gemiddelde zorgkosten per inwoner ligt voor alle Menzis regio's hoger dan het landelijk gemiddelde. In regio Groningen komt dit vooral doordat de kosten per cliënt hoger liggen dan landelijk. Dit wordt voor het beleid van 2024 en verder opgepakt. Daarnaast zijn onze inkopers in gesprek met zorgaanbieders die op bepaalde onderdelen onverwacht hoge kosten maken.". Hoe verenigt u dit regiobeeld - dat duidelijk laat zien dat V&V Groningen te maken heeft met heel ander kosten dan het landelijk gemiddelde - met uw keuze om geen afwijkend regionaal tariefbeleid te voeren, maar aan te sluiten bij de landelijke richttariefpercentages en in sommige gevallen zelfs nog lagere tarieven te willen hanteren.? Kunt u hier een gedetailleerde toelichting op geven? Wij menen dat u de tarieven in het licht van het bovenstaande niet kunt volhouden. Wij verzoeken u in het licht van het bovenstaande om de tarieven (V&V) volledig te herzien,	In het regiobeeld wordt met name geconstateerd dat de kosten hoger zijn. Daarnaast zijn de kosten voor een aanbieder in een landelijk gebied anders dan in een stedelijk gebied. De verschillen zijn echter niet significant om een afwijkend beleid mbt het richttarief te moeten voeren.

		rekening houdend met de regionale uitvoeringswerkelijkheid die u zelf in uw Regiobeeld erkent, zodanig dat tarieven worden gesteld die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" in de Menzis-regio Groningen kostendekkend zijn.	
58	2.1	Bestaat er een mogelijkheid om goede basistarieven af te spreken zonder extra administratieve lasten. Dit om de transitie te maken die nodig is.	Als u niet inschrijft voor een module, komt u in aanmerking voor het basistariefpercentage.
59	2.1	Voor 2023 is het maximum tarief 97,5% van de NZa-tarieven. Vanaf 2024 is het maximale tarief voor verblijfszorg 95,9%. Welke overgangsregeling is hiervoor?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Het richttariefpercentage is op basis van zorgvuldig kostprijsonderzoek vastgesteld. De huidige inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule. Voor wat betreft de opmerking over een overgangsregeling, wijst Menzis Zorgkantoor erop dat Menzis Zorgkantoor reeds in de aanbiedersbijeenkomst van 2022 heeft aangegeven dat zij in de loop van de tijd zich zal conformeren aan het landelijk beleid. Zorgaanbieders hebben hier dus al langer op kunnen anticiperen. Het beleid wordt niet heroverwogen.
60	2.1	Is er in het tarief rekening gehouden met kosten die de zorgaanbieder moet maken voor verduurzamen?	In de beleidsregel BR/REG-24123 staat dat de NZa rekening houdt met de verduurzaming van het vastgoed in het NHC-tarief.
61	2.1	Er worden een aantal kostenverlagende argumenten genoemd m.b.t. het minimum tarief. Zijn er ook argumenten te noemen op basis waarvan een aanbieder boven het het richttariefpercentage uit kan komen (naast de modules).	Naast de modules kan een zorgaanbieder alleen op basis van de hardheidsclausule boven het richttariefpercentage uitkomen.
62	2.1	bezwaar De zorgaanbieder maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Zorgkantoor Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren.

		Zorgkantoor Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Zorgkantoor Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Zorgkantoor Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Zorgkantoor Menzis niet. Richttariefpercentage Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%. In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Zorgkantoor Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Zorgkantoor Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Zorgkantoor Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geïndexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijgingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Wij handhaven ons beleid. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3 van het Regionaal inkoopbeleid.

		de zorgaanbieder dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd. In de vierde plaats maakt de zorgaanbieder bezwaar tegen het feit dat Zorgkantoor Menzis in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren.	
63	2.1	vervolg bezwaar richttarief In de zesde plaats dient de zorgaanbieder de exploitatie sluitende te houden door een verlieslatende zorgverlening te compenseren door zeer weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege te kort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt de zorgaanbieder bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Zorgkantoor Menzis en verzoekt zij Zorgkantoor Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten.	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geindexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijigingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3.

		1 Deze korting is aangekondigd in een 'voorhangbrief' van de minister voor Langdurige Zorg aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2022-2023, 34104, 376). De brief vermeldt expliciet dat het "vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd". De aanwijzing van VWS aan de NZa is nog niet gepubliceerd.	de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Wij handhaven ons beleid. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3. van het Regionaal inkoopbeleid.
64	2.1	Kunt u aangeven wat er met het resterende percentage (tot 100% Nza) wordt gedaan?	Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door VWS aan de zorgkantoren toegekende contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag tegen het maximum NZa tarief te vergoeden. Er is daarmee geen sprake van een resterende financiele ruimte tussen gunningspercentage en 100% Nza tarieven.
65	2.1	Hoe denkt Menzis dat zorgaanbieders met het voorgestelde richttarief en alle andere financiële verslechteringen (kostenstijgingen t.g.v de Corona pandemie, lagere 100% NZa tarieven, afname macro kader WLZ, hoge inflatie, hoge energiekosten, de toename van de kosten van personeel dat niet in loondienst is, mogelijke cao stijgingen, verlaging NHC/NIC) nog kunnen voldoen aan de wettelijke eisen van goede zorg aan Wlz cliënten?	Het voldoen aan de wettelijke eisen van goede zorg is de basis onder ons inkoopbeleid. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

66	2.1	Andere zorgkantoren gaven bij de invoering van het landelijk richttarief een overgangsperiode waarin de tarieven aangepast werden. De zorgaanbieders konden zich zo aanpassen aan de nieuwe situatie dat doet Menzis niet. Kan Menzis aangeven waarom zij niet kiezen voor een overgangsperiode zodat wij ons kunnen aanpassen aan de nieuwe financiële situatie?	Menzis had een 5-jarig beleid, waardoor zij niet eerder aan kon sluiten op de landelijke systematiek. Landelijk werd al langer met een richttariefpercentage gewerkt, dus deze ontwikkeling is niet onverwacht. Hier komt bij dat Menzis Zorgkantoor reeds in de aanbiedersbijeenkomst van 2022 heeft aangegeven dat zij in de loop van de tijd zich zal conformeren aan het landelijk beleid. Zorgaanbieders hebben hier dus al langer op kunnen anticiperen. Omdat het niet onverwacht is, hanteert Menzis zorgkantoor geen overgangsperiode.
67	2.1	Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%. Hoe kunt u hiermee garanderen dat zorgaanbieders dezelfde kwaliteit van zorg kunnen blijven leveren, terwijl zij te maken hebben met stijgende kosten als gevolg van hogere energielasten, voedingslasten, stijging van hotelmatige kosten en de stijging van personeelskosten en hier een lager tarief tegenover staat?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
68	2.1	In de onderbouwing geeft u aan dat het richttariefpercentage kostendekkend zou moeten zijn voor 75% van de zorgaanbieders. Dit zonder rekening te houden met de stijging van de kosten voor personeel, hotelmatige kosten en kosten van onderhoud en energie. Daarnaast onderschrijft u als zorgkantoor dat zorgaanbieders moeten voldoen aan de eisten gesteld in de Greendeal. Hoe kan een zorgaanbieder investeringen aangaan om aan de Greendeal te voldoen als de marges die gehaald worden tussen de 0 en 2% zitten. Een zorgaanbieder kan toch op deze wijze onvoldoende reserves opbouwen?	In de systematiek wordt wel degelijk rekening gehouden met kostenstijgingen. Het percentage wordt immers afgezet tegen Nza-maxtarieven. Deze tarieven worden door de Nza geindexeerd om rekening te houden met kostenstrijgingen. Daarnaast stuurt Menzis in de modules juist op arbeidsbesprarende technologie. Dat Menzis Zorgkantoor in het inkoopbeleid geen rekening houdt met kostenstijgingen, waaronder personeelskosten is niet juist. De stelling over marges is ook kort door de bocht/onjuist. Zoals uit bijlage 7 blijkt heeft het merendeel van de zorgaanbieders, uitgaande van het richttariefpercentage, méér dan 2% positief resultaat. Dit geldt voor alle sectoren. Daarnaast wordt rekening met verduurzaaming gehouden, o.a. in de NHC-component.
69	2.1	In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat er meerdere redenen zijn om het richttariefpercentage niet als minimum te nemen, waaronder het gegeven dat een zorgaanbieder al verder kan zijn dan andere zorgaanbieders met implementatie van innovatieve, arbeidsbesparende werkvormen, waardoor hij al efficiënter werkt. Hoe wordt deze efficiency bepaald? Betekent dit dat het zorgkantoor kan bepalen dat een zorgaanbieder gekort wordt omdat hij reeds heeft geïnvesteerd en daardoor efficiënter werkt? Zo nee, hoe moeten wij deze zin uit het inkoopbeleid dan begrijpen? Zo ja, hoe gaat u het tariefpercentage bepalen voor deze aanbieder?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse Wlz middelen. Als uw tarief in 2023 (inclusief opslagen op basis van de honoreringslijst) lager is dan het richttarief, dan is het basistarief voor 2024 dit lagere tarief. Is uw tarief hoger, dan is uw basistarief gelijk aan het richttarief. Daar bovenop kunt u zich inschrijven voor een module.

70	2.1	Wordt er nog een omzetplafond, een maximum percentage van het NZA-maximumtarief gehanteerd?	Bij het aangaan van de overeenkomst maken wij een afspraak voor het tariefpercentage ten opzichte van het 100% NZa-tarief. Vervolgens wordt uw omzetplafond vastgesteld in de herschikking.
71	2.1	Erkent Menzis dat door een stapeling van ad hoc kortingen van 1,6% op het maximum haalbare tarief, 1,2% op het macrokader, 8% op de NHC tezamen met een inflatie van boven de 10%, een loonkostenstijging van wellicht 15% (voorstel vakbonden) en gestegen bouwkosten aanbieders worden geconfronteerd met een abrupte stijging van kosten en daling van opbrengsten en daardoor in financieel zwaar weer belanden. Is Menzis bereid om een reel, dekkend tariefvoorstel te doen passend bij deze risico-opslag? Is Menzis bereid om de maximaal haalbare tarieven naar boven bij te stellen, om zo mede te compenseren voor de abrupte inkomstenterugval door het nieuwe beleid?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie.De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
72	2.1	Het richttariefpercentage ligt lager dan het tarief van Menzis in de voorgaande jaren. Met de inflatie, energiekosten en stijgende salarissen, hebben we meer kosten en lagere opbrengsten. Hoe onderbouwt Menzis dit tarief in het kader van haar eigen kennis ten aanzien van de stijgende kosten.	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor onder andere kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
73	2.1	Het richttariefpercentage is landelijk bepaald op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend (inclusief resultaat) voor de Wlz is. Wat wordt hier bedoeld met ‘inclusief resultaat’? En hoe verhoudt dat zich tot de onderbouwing van het richttariefpercentage zoals opgenomen in de bijlage?	"Inclusief resultaat" is een verwarrende term. Bedoeld wordt dat het richttariefpercentage voor 75% van de aanbieders kostendekkend is. De zin wordt aangepast.
74	2.1	Menzis stelt dat het richttarief percentage voldoende is voor zorgaanbieders om een neutraal resultaat te behalen. Is Menzis zich er van bewust dat dit niet voldoende is om een intramurale zorgsetting middels huisvesting up to date te houden en de noodzakelijke innovaties en duurzaamheidsinvesteringen te doen?	Uit het kostprijsonderzoek (bijlage 7 bij het regionaal inkoopbeleid) blijkt dat met het vastgestelde richttariefpercentage het meerdendeel van de zorgaanbieders in de verschillende sectoren een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis verwacht met de tariefsystematiek die uit drie delen bestaat: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule, tot reële tariefafspraken te komen.
75	2.2	Begrijpen wij het goed dat, als wij niet voldoen aan de Menzis voorwaarden, het basistarief van 95,7% van toepassing is?	Als u niet voldoet aan de voorwaarden van Menzis Zorgkantoor, maar wel aan de algemene voorwaarden, dan is het basistariefpercentage gelijk aan het richttariefpercentage van de sector waarvoor u inschrijft indien uw tariefpercentage 2023 groter of gelijk is aan het richttariefpercentage. Als uw

			tariefpercentage 2023 lager is dan het richttariefpercentage, dan geldt voor 2024 het tariefpercentage 2023.
76	2.2	Pg 29.2.2.: We voorzien in de verpleeghuizen een verzwaring van de zorgprofielen. Vraag: Overweegt Menzis ook een verhoging van de NHC en NIC bij toegenomen zorgzwaarte profielen?	Nee, wij houden ons aan het 100% Nza tarief voor de NHC/ NIC
77	2.2	Bezwaar Tariefdifferentiatie Menzis hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is of, en zo ja in welke mate Stichting Zorg Adullam in aanmerking kan komen voor tariefopslagen. Stichting Zorg Adullam verzoekt Menzis dan ook i) te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en ii) een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor Stichting Zorg Adullam navolgbaar is onder welke omstandigheden en in welke mate zij een beroep kan doen op tariefopslagen.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken.De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft de tariefdifferentiatie heeft Menzis bij het vaststellen van de opslagpercentages voor de modules de vrijheid om te bepalen wat zij belangrijk vindt ter bepaling van de hoogte van de opslag. De opslag betreft een stimulans en komt bovenop het tarief. Bestaande zorgaanbieders die voldoen aan de Menzis voorwaarden kunnen zich inschrijven op de modules en daarmee in aanmerking komen voor tariefopslagen. Per module is aangegeven op welke wijze zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een opslag en wat de hoogte van de opslag is. Menzis acht de gekozen systematiek dan ook navolgbaar.
78	2.2	Waarom hanteert Menzis een afslag op 100% tarief van de Nza?Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief maken dat er geen sprake is van reële, kostendekkende tarieven om de volgende redenen: - De zorgaanbieder kan de gevraagde zorg niet met de vereiste kwaliteit leveren, omdat hierbij geen rekening is gehouden met diverse kostenstijgingen zoals bijvoorbeeld het toenemende beroep dat gedaan moet worden op personeel niet in loondienst (PNIL), én de tarieven ook geen opslag bevatten voor het bekostigen van innovaties. - De toegenomen complexiteit van de zorgvragen maakt dat behandeling en begeleiding in de gehele Wlz-ggz steeds	Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door VWS aan de zorgkantoren toegekende contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag tegen het maximum NZa-tarief te vergoeden.

		complexer en intensiever wordt. Parnassia Groep moet daarom gemiddeld genomen hoger gekwalificeerd personeel inzetten. De afslag die wordt gehanteerd, maakt dat wij geen zorg meer kunnen leveren die aan de geldende kwaliteitsnormen voldoet. - De herstelgerichte behandeling volgens de zorgstandaarden, generieke modules en de ART-methodiek en de brede inzet van ervaringsdeskundigen brengen extra kosten met zich mee. Parnassia Groep kan de herstelgerichte behandeling en de inzet van ervaringsdeskundigen alleen blijven bekostigen als daar reële, kostendekkende tarieven tegenover staan. Ook andere disciplines als maatschappelijk werkers, de ggz-verpleegkundig specialist, de psycholoog en arbeids- of hersteldeskundigen hebben een belangrijkere rol in het multidisciplinaire team. Hun opleidingsniveau ligt ook hoger dan het opleidingsniveau waar bij de huidige zzp's rekening mee is gehouden.	
79	2.2	Vervolgens stellen we voor elke aanbieder een Menzis basistariefpercentage vast. Wordt het basistariefpercentage voor de gehele looptijd van de overeenkomst afgesproken, of wordt dit percentage jaarlijks door Menzis opnieuw vastgesteld?	Dat is afhankelijk van de ontwikkelingen in het richttariefpercentage.
80	2.2	Er zijn per sector verschillende modules met verschillende opslagen. De maximale opslag kan verschillen per leveringsvorm (mpt, vpt of verblijfszorg) en/of per prestatie. Gelden de genoemde opslagen als genoemd in tabel 3 voor de gehele looptijd van het contract?	Ja, de herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector, vervalt.
81	2.2	U stelt dat het basistarief gelijk is aan het richttarief percentage van de sector waarvoor de zorgaanbieder zich inschrijft, indien dit percentage groter of gelijk is aan het richttariefpercentage. Wanneer het afgesproken tarief in 2023 voor een zorgaanbieder hoger is dan het huidige richttarief van 95,5%, betekent dit een korting voor de zorgaanbieder op het tarief. Gezien de huidige ontwikkelingen rondom de inflatie, het nog te bereiken CAO akkoord, de onzekerheid t.a.v. de energieprijzen en de duurzaamheidsopgave, achten wij dit uitgangspunt van Menzis Zorgkantoor niet wenselijk. Wij maken hiertegen bezwaar.	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken. Wij handhaven ons beleid.

82	2.2	Wij zijn een bestaande zorgaanbieder, maar zullen van sector wijzigen. Hoe wordt dan omgegaan met berekening van het basistariefpercentage?	Zie paragraaf 3.1 van het Regionale Inkoopbeleid.
83	2.2	Voor het bepalen van de VIS tarieven zijn er twee instellingen geweest die de basis hebben gevormd voor deze kostprijs. Er is dus geen sprake van een gemiddelde kostprijs gebaseerd op een groot aantal partijen met een bijbehorende spreiding. Waarom denkt u dat wij met een tarief afslag op onze kostprijs kunnen werken?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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.
84	2.2	U schrijft: Het Menzis basistariefpercentage is gelijk aan het richttariefpercentage van de sector waarvoor u inschrijft, indien uw tariefpercentage 2023 groter of gelijk is aan het richttariefpercentage. Ons richttariefpercentage voor 2023 is groter dan het basistariefpercentage voor 2024, omdat wij voor het aanbestedingsjaar 2023 voldoen aan de voorwaarden waarvan wij onderdelen nu weer terugzien onder de voorwaarden gesteld onder 5.2.1. van het regionaal inkoopbeleid. Dit betekent voor ons een afslag van het richttariefpercentage. Daartegen maken wij bezwaar. Kunt u duiden waarop deze afslag is gebaseerd?	Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken. In ons inkoopbeleid wil Menzis Zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders inzetten om op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ waar te maken. We verwachten dat elke zorgaanbieder hier op zijn manier aan bijdraagt. Middels de modules en de daarbij behorende opslagen willen wij zorgaanbieders extra stimuleren zich in te zetten voor deze landelijke bewegingen. Met als doel om de langdurige zorg ook in de komende jaren betaalbaar en toegankelijk te houden. Menzis Zorgkantoor heeft een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren (zoals de impact van de module), een rol. Op basis daarvan heeft Menzis de hoogte van de opslagpercentages vastgesteld. Menzis Zorgkantoor is niet bereid de opslagpercentages te heroverwegen.
85	2.2	Op welke wijze wordt getoetst of aanbieders voldoen aan de Menzis voorwaarden om in aanmerking te komen voor een contract?	De Menzis Zorgkantoor voorwaarden zijn voorwaardelijk voor het inschrijven voor een module. Door middel van het doen van een inschrijving op een module verklaart de zorgaanbieder te voldoen aan de Menzis Zorgkantoor voorwaarden. Aan de hand van de bij Menzis Zorgkantoor aanwezige informatie vindt toetsing plaats. Daarnaast kan Menzis Zorgkantoor

			bewijsmiddelen opvragen, zoals omschreven in paragraaf 5.2 en 5.2.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
86	2.2	U geeft twee mogelijkheden om het basistarief vast te stellen. Kan dat resulteren in andere percentages, zoals het vastgestelde richttariefpercentage, zoals vermeld in paragraaf 2.1? Zo ja welke?	De wijze waarop het basistariefpercentage wordt vastgesteld is uitgelegd in paragraaf 2.2 van het regionaal inkoopbeleid. Dit kan er inderdaad toe leiden dat het basistariefpercentage lager is dan het richttriefpercentage.
87	2.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.2., pagina 28) Voor het jaar 2023 hebben wij een tariefspercentage van in totaal 96,90%. Begrijpen wij het goed dat het percentage 2023 van 96,90% wordt aangepast naar 95,7%, zijnde het Menzis basistariefpercentage? Dit basistariefpercentage kan vervolgens dus worden verhoogd als wij als aanbieder inschrijven op een van de modules tot maximaal 99,4%?	Wij begrijpen uit uw vraag dat u een zorgaanbieder bent in de sector Gehandicaptenzorg. Voor 2024 geldt voor zorgaanbieders in de Gehandicaptenzorg inderdaad het landelijk vastgestelde richttariefpercentage van 95,7% als basistariefpercentage, tenzij het gegunde tarief 2023 lager is dan deze 95,7%. Op grond van aanvullend beleid VG7 - zie hiervoor de gewijzigde inkoopdocumenten - kan sprake zijn van een opslag op dit basistariefpercentage voor de ZZP prestaties VG7. Is er sprake van een opslag op grond van de modules 1 en 2, dan geldt een opslag van 0,4% op dit basistariefpercentage voor alle prestatiecodes, met uitzondering van de prestatiecodes ZZP VG3, ZZP VG4 en ZZP LG2. En met uitzondering van de prestatiecodes Z472 en Z473 als u in aanmerking komt voor module 3. In dat geval worden de prestatiecodes Z472 en Z473 vergoed tegen het percentage, zoals genoemd in Bijlage A onder module 3. Indien u niet in aanmerking komt voor module 3, maar wel voor module 1 en 2 geldt de opslag van deze modules ook voor de prestatiecode Z472 en Z473
88	2.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.2., pagina 30) Voor de ZZP prestatie-codes VG3, VG4, LG2, Z472/Z473 (indien niet ingeschreven voor module 3) geldt dus het richtatriefpercentage van 95,7%?	Voor de ZZP prestatiecodes ZZP VG3, VG4 en LG2 geldt het basistariefpercentage, zoals genoemd in paragraaf 2.2 Voor de prestatiecodes Z472 en Z473 geldt als uitgangspunt het basistariefpercentage, zoals beschreven in paragraaf 2.2. Als u in aanmerking komt voor module 3 geldt het tariefspercentage, zoals genoemd in Bijlage A Toelichtng modules per sector. Komt u u niet in aanmerking voor module 3, maar wel voor module 1 en/of 2, dan geldt de toegekende opslag voor module 1 en/of module 2 ook voor de prestatiecodes Z472 en Z473.
89	2.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.2., pagina 30) Geldt een eventuele opslag voor 1 jaar of voor de periode t/m 2026/2028?	Het aantal jaar waarvoor de opslag van toepassing is staat per module beschreven in Bijlage A.
90	2.2	Regionaal inkoopbeleid, paragraaf 2.2 (in samenhang met paragraaf 2.1 en bijlage 7) In par. 2.2 geeft u aan dat u - voor alle drie de Menzis-regio's - aansluit bij de landelijke richttariefpercentages. Dit betekent dat u geen regionaal tariefbeleid voert. Zulks, terwijl Bijlage 7	Zoals aangegeven op pagina 2 van bijlage 7 biedt het landelijke richttariefmodel een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Vervolgens heeft Menzis Zorgkantoor gekeken naar de Regiobeelden Menzis Zorgkantoor. Daaruit is gebleken dat de drie zorgkantoorregio's vergelijkbare knelpunten en uitdagingen hebben voor de drie sectoren. Daarom is

		(op pagina 2) juist omschrijft dat het de bedoeling is dat de zorgkantoren, binnen de regio, afspraken maken over de tarieven waarbij dat tarief op zorgaanbiedersniveau hoger of lager kan liggen dan het richttariefpercentage, afhankelijk van het regionale inkoopbeleid. Kennelijk ziet u geen "gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen" waarmee in dit geval rekening zou moeten worden gehouden en die aanleiding geven voor regionaal bepaalde tarieven. Waarom dat zo zou zijn, motiveert u echter niet. Wij verzoeken u dan ook uw keuze om geen regionaal (afwijkend) tariefbeleid te voeren - per Menzis-regio - volledig en op controleerbare wijze te motiveren en daarbij in het bijzonder toe te lichten waarom u geen geen "gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen" ziet die een afwijking van de landelijke richttariefpercentages rechtvaardigen. Wij zijn zelf in ieder geval van mening dat de regionale uitvoeringswerkelijkheid en -omstandigheden in de Menzis-regio's laten zien dat er meerdere "gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen" zijn die een afwijkend tariefbeleid gerechtvaardigen. Onder meer wijzen wij op de volgende aspecten: 1) Menzis voert in haar regio's het werken met een richttariefpercentage in 2024 voor het eerst door, anders dan andere zorgkantoren. Wij worden komend jaar dus geconfronteerd met een omschakeling, anders dan zorgaanbieders in andere regio's. Dat rechtvaardigt regionaal afwijkend beleid, bijvoorbeeld een geleidelijke overgang. 2) In Groningen en het noorden van Drenthe speelt de aardbevingsproblematiek, wat in het bijzonder kostenverhogend doorwerkt in het kader van extra ziekteverzuim en extra vastgoedlasten. Daarmee moet rekening worden gehouden. 3) grotere vergrijzing (hetgeen in het Menzis-regiobeeld ook wordt bevestigd). 4) meer krapte op de arbeidsmarkt dan elders in het land, onder meer vanwege het feit dat jongere medewerkers uit de regio wegtrekken. 5) De gewenste omschakeling naar MPT en VPT is in de Menzis-regio's minder goed haalbaar dan gemiddeld, vanwege relatief lagere inkomsten van cliënten. Het 'zelf doen wat kan' vergt nu eenmaal enige financiele draagkracht, die in deze regio's relatief minder is. De (rechtmatige) aanspraak op indicaties met verblijfszorg is dus relatief hoger. Met dat aspect moet rekening worden gehouden.	in het regionale inkoopbeleid geen onderscheid gemaakt naar regio, maar wordt samen met de zorgaanbieders gekeken welke stappen en veranderingen in de regio gewenst zijn. Daarbij heeft Menzis wel degelijk oog voor de regionale situatie.

		Gelet op het voorgaande, verzoeken u opnieuw de tarieven vast te stellen en daarbij rekening te houden met de regionale uitvoeringswerkelijkheid en -omstandigheden in de Menzis-regio's en "gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen" die een afwijkend tariefbeleid gerechtvaardigen, waaronder de bovenstaande aspecten, zodanig dat tarieven worden gesteld die voor iedere "redelijk efficiënt functionerend aanbieder" in de Menzis-regio's kostendekkend zijn.	
91	2.2	Is er een mogelijkheid dat zorgaanbieders die en pro-actief samen werken een extra financiële vergoeding te geven?	Zorgaanbieders kunnen voor (regionale) samenwerking een aanvraag doen voor de zogenaamde transitiemiddelen.
92	2.2	Loont het met deze aanpak om als zorgaanbieder in de regio het voortouw te nemen in de samenwerking? Zo ja, hoe dan?	Het is aan de zorgaanbider om te beoordelen of het 'lonend' is om in de regionale samenwerking het voortouw te nemen.
93	2.2	U stelt dat als de vraag op 'Is het tariefpercentage 2023 van de aanbieder lager dan het richttarief?' ja is dat het Menzis Zorgkantoor basistariefpercentage gelijk is aan tariefpercentage 2023 van de aanbieder. Dit percentage is gebaseerd op de honoreringslijst van 2023. Deze wordt in de nieuwe inkoop niet gehanteerd en is daarmee ook niet reëel. Wij maken hier tegen bezwaar. Wij stellen voor dat de stap met de vraag 'Is het tariefpercentage 2023 van de aanbieder lager dan het richttarief?' te laten vervallen.	Deze stap blijft gehandhaafd. De gedachte achter de stap is dat het tariefpercentage niet standaard verhoogd zou moeten worden naar het richttariefpercentage, wanneer de zorgaanbieders eerder uitkonden met een lager percentage.
94	2.2	Alom wordt een cao-stijging van meer dan 10% verwacht voor de komende 18 maanden. De OVA zal niet toereikend zijn en in ieder geval op deze termijn niet dekkend. Is het zorgkantoor bereid om in ieder geval voor het jaar 2024 het basistarief te verhogen om dit verschil te dekken? U mag deze vraag opvatten als bezwaar tegen het basistarief.	Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.
95	2.2	Niet duidelijk is of u het richtpercentage vastzet voor de komende 3 jaren. Indien ja, is het zorgkantoor bereid om als blijkt dat 2022 een beter referentiejaar is, dit voor 2025 te hanteren? U mag deze vraag opvatten als bezwaar tegen het gehanteerde referentiejaar 2021.	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven met meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
96	2.2	Waarom is ervoor gekozen om de aanbieders die niet integraal aan de Menzis voorwaarden voldoen volledig uit te sluiten voor de modules. Zij dragen immers wel bij aan de transitie. Kan dit aangepast worden?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de

			langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage zij zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage voor de verschillende modules spelen verschillende factoren een rol, waaronder de Menzis Zorgkantoor voorwaarden.
97	2.2	Het tariefpercentage van is erg laag ten opzichte van 2023. Wij begrijpen dat dit ter compensatie is van de hoog complexe en essentiële zorg. Echter is dit tarief niet haalbaar. Bent u bereid om dit percentage te herzien.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
98	2.2	bezwaar : Tariefpercentage Zorgkantoor Wij maken bezwaar tegen het afgegeven tariefpercentage 95,7% aangezien die niet voor ons toereikend is. De zorgaanbieder heeft in 2023 96,7%, dat is 1% minder voor 2024.	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
99	2.2	Pg. 28 laatste zin: de focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Behoud	Ja, dat bevestigen wij.

		van kwaliteit volgens geldende kwaliteitskaders zou ook voldoende zijn. Het inkoopbeleid lijkt er echter op veel plaatsen vanuit te gaan dat het allemaal wel wat minder kan en bewoners ook maar met minder genoegen moeten nemen. We ontvangen graag een bevestiging dat de huidige kwaliteitskaders en normen van hoeveel zorgprofessionals geacht worden beschikbaar te zijn, gehandhaafd worden.	
100	2.2	Tariefpercentage NHC/NIC is voor 2024 vastgesteld op 100% NZa max. In hoeverre is hierin al rekening is gehouden met de herijking (tariefdaling) van de NHC/NIC per 2024?	Het uitgangspunt is het NZa-tarief voor het betreffende jaar.
101	2.2	Geldt het richttariefpercentage ook voor meerzorg? Indien nee, wat is het tariefpercentage voor meerzorg? Indien ja, waarom wordt er geen onderscheid gemaakt voor meerzorg? Meerzorg tarieven zijn niet kostendekkend, o.a. door overheadsopslag die niet vergoed wordt en PNIL die noodgedwongen moet worden ingezet.	Het percentage dat van toepassing is op de meerzorg is afhankelijk van het gegunde percentage per zorgprofiel.
102	2.2	De toeslagen op de MPT en VPT bevorderen niet de samenwerking maar juist een toename van de onderlinge concurrentie tussen de zorgaanbieders omdat zij moeten voldoen aan de afgesproken groei. Kunt u uitleggen hoe u dit gaat voorkomen?	Op basis van demografie is de verwachte jaarlijkse groei in nieuwe klanten 25%. Elke aanbieder kan derhalve voldoende groeien. Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
103	2.2	Er wordt gesproken over voorwaarden om in aanmerking te komen voor een contract en voorwaarden om te kunnen inschrijven op modules. Zijn dit dezelfde voorwaarden?	Nee, dit zijn niet dezelfde voorwaarden. Om in aanmerking te komen voor een contract moet u voldoen aan de algemene voorwaarden. U kunt alleen inschrijven op een module als u voldoet aan de Menzis voorwaarden. U kunt hier meer over lezen in hoofdstuk 5 van het inkoopbeleid.
104	2.2	Het basistariefpercentage is afgeleid van het landelijk vastgestelde richtingspercentage. Deze zijn gebaseerd op kosten 2021. In 2022 en 2023 zijn de kosten echter aanzienlijk gestegen en is het maar de vraag of de stelregel van tarief is kostendekkend voor 75% van de zorgaanbieders nog valide is. Hoewel de NZA tarieven nog niet vastgesteld zijn, is de verwachting obv van de verwachten kosten in 2024 dat de geboden Menzis tarieven niet kostendekkend zullen zijn. Hoe	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale

		draagt Menzis zorg voor een kostendekkend tarief voor 2024? Wij maken bezwaar tegen het niet kostendekkend zijn van de tarieven.	inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
105	2.2	Is het tariefpercentage 2023 het tariefpercentage inclusief opslagen of het basistarief 2023? In het geval het basistarief 2023 bedoeld wordt, dan maken we hier tegen bezwaar en verzoeken we om het tariefpercentage inclusief opslagen te hanteren.	Het tariefpercentage 2023 is het uitbetaalde tariefpercentage, dus het tarief inclusief opslagen op basis van de honoreringslijst.
106	2.2	In deze tekst wordt aangegeven dat externe ontwikkelingen u het recht voorbehoud om ook binnen het meerjarig contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek te herzien. Kan het afgesproken tariefpercentage binnen een lopende jaar worden herzien? In welke periode worden wij als aanbieder hiervan op de hoogte gesteld? Biijvoorbeeld wijziging voor jaar t, komt uiterlijk juni t-1	Lopende het kalenderjaar worden de tariefspercentages in principe niet herzien. Slechts als er sprake is van onvoorziene omstandigheden zoals beschreven in paragraaf 3.1.7 kan dat anders zijn. Wij streven ernaar de zorgaanbieders tijdig te informeren.
107	2.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) Kunt u toelichten hoe u reële tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie.De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
108	2.2	Op pagina 18 geeft u aan dat er lokale omstandigheden zijn waardoor de zorg tegen lagere kosten geleverd kan worden, denk aan lagere vastgoedkosten dan gemiddeld. Kunt u nader specificeren welke lokale omstandigheden u hier bedoeld?	Menzis Zorgkantoor gaat er vanuit dat de verwijzing naar p. 18 niet juist is, maar dat dit p. 28 moet zijn. Lokale omstandigheden kunnen externe en interne factoren zijn. Lagere vastgoedkosten is slechts een voorbeeld. Andere voorbeelden zijn regionale beschikbaarheid van personeel en ziekteverzuim.

109	2.2	Hoe worden de risico's voor zorgaanbieders zo klein mogelijk gehouden?	De Zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders dienen rekening te houden met (veranderende) wet- en regelgeving, ook gedurende de looptijd van de overeenkomst. Menzis Zorgkantoor begrijpt dat dit enige onzekerheid/risico's met zich meebrengt voor zorgaanbieders. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen gedurende de looptijd van de overeenkomst. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
110	2.2	Door herijking van het NHC component (pagina 29), een lager percentage van het richttarief (pagina 28) en stijging van loon- voedings- en energiekosten voorspellen wij dat het aangeboden tarief niet een reëel tarief is. Hoe meent u aan uw verplichting te voldoen van het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
111	2.2	Het basistariefpercentage voor 2024 is gelijk aan het tariefpercentage 2023. Betreft het hier de basis inclusief de opslagen vanuit de honoreringslijst of exclusief?	Ja, dit betreft het tarief 2023 inclusief de opslagen uit de honoreringslijst.
112	2.2	Welke denkrichting heeft u voor hoe de tarifering voor 2025 en 2026 eruit komen te zien?	De tariefssystematiek is uitgewerkt in hoofdstuk 2.
113	2.3	Kan Zorgkantoor Menzis bevestigen dat nieuwe aanbieders (pas) worden toegelaten nadat de bestaande zorgaanbieders met verantwoordelijkheid binnen de regionale zorgketen kenbaar hebben gemaakt dat zij de vereiste zorg / activiteiten / innovaties niet kunnen leveren? Zo niet, wat beoogd Zorgkantoor Menzis te bereiken door meer aanbieders toe te laten in een regio?	Nee, dit kunnen wij niet bevestigen. Menzis Zorgkantoor hanteert een inkooppprocedure op basis van aanbestedingsbeginselen. In de eisen die gesteld worden aan zorgaanbieders wordt geen onderscheid gemaakt tussen bestaande aanbieders en nieuwe aanbieders.

114	2.3	In deze paragraaf worden drie nadelige gevolgen uiteengezet voor nieuwe aanbieders: 1. 2% afslag tarief 2. Contract voor 1 jaar 3. Niet kunnen inschrijven voor modules In ons geval zijn BIC en Kompas per 1-1-2023 vanuit Pro Persona overgeheveld naar de Pompestichting. Hiervoor was het nodig een nieuwe AGB-code aan te vragen. Dit maakt ons volgens jullie inkoopbeleid een nieuwe aanbieder, echter zijn we dit zeker niet. Beschreven in deze paragraaf dat een nieuwe zorgaanbieder geen rol speelt in de regionale zorgketen en vaak een minder breed palet aan zorg levert. Wij zijn een gespecialiseerde zorgaanbieder en bieden al jaren zorg aan in de regio voor patiënten met een complexe zorgvraag in een beveiligde setting. Hiermee hebben wij al jaren een hele belangrijke rol in de regio en bieden wij weldegelijk een breed palet aan zorg. Een 2% afslag van het tarief is gezien onze jarenlange expertise en ons zorgaanbod waar het zorgkantoor al jaren gebruik van maakt ons inziens niet passend. Het feit dat er voor nieuwe aanbieders een contract voor maximaal 1 jaar wordt voorgesteld komt niet overeen met hetgeen in hoofdstuk 2 wordt geschreven; een meerjarig contract geeft meer financiële zekerheid en duidelijkheid en verlaagt de administratieve last. Bij een 1 jarig contract is dit niet het geval en kunnen wij minder investeringen doen voor de langere termijn. Hetgeen nodig is om ook op langere termijn goede zorg te kunnen bieden. Als wij ons als nieuwe zorgaanbieder inschrijven, en hierdoor geen gebruik kunnen maken van de opslag bij de module "passend zorgaanbod complexe doelgroepen" dan komt hiermee onze continuïteit in het geding. Wij bieden al jaren zorg aan een zeer complexe doelgroep in een beveiligde setting. Ons inziens hebben wij ons al bewezen als trouwe partner in de regio als het aankomt op zeer complexe GGZ zorg en kunnen wij ons niet vinden in deze nadelige gevolgen. Het enige dat immers is gewijzigd is de AGB code, een administratieve zaak welke niets te maken heeft met de zorg die wij leveren. Deze structuurwijziging komt juist voort vanuit de gedachtegang dat wij door de gedeelde expertise betere	Menzis Zorgkantoor begrijpt de situatie van de vragensteller maar kan helaas geen uitzondering maken op de definities/het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Wel is Menzis Zorgkantoor van mening dat het regionaal inkoopbeleid voldoende mogelijkheden biedt om de situatie van de vragensteller te verzachten. Menzis Zorgkantoor wijst hierbij in de eerste plaats op de hardheidsclausule. Wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, kan de zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule. Ten tweede wijst Menzis Zorgkantoor op het feit dat nieuwe zorgaanbieders zich na 1 jaar wel degelijk kunnen inschrijven op modules.

		gespecialiseerde zorg kunnen bieden aan onze complexe patiëntenpopulatie. Wij zouden dan ook graag de richtlijnen willen volgen van dit inkoopbeleid voor bestaande zorgaanbieders, en niet voor nieuwe zorgaanbieders.	
115	2.4	Hoe wordt in de modules rekening gehouden met kleinschalige zorgaanbieders in de WLZ VG ZIN? Daar is minder capiciteit maar evenwel zetten zij zich in voor bv verduurzaming of zorgtechnologie. De eisen die gesteld worden binnen de modulen moeten mijns inziens óók rekening houden met een kleinschalige instelling.	Ook kleinschalige zorgaanbieders kunnen zich inschrijven op een module en komen in aanmerking voor een opslag als aan de voorwaarden wordt voldaan.
116	2.4	1. Wat is de onderbouwing van de opslagpercentages bij de modules? 2. Om over te gaan op een andere vorm van zorgverlening van VPT en/of MPT worden kosten gemaakt. Waarom zou een instelling hiermee door gaan indien de kosten niet gedekt worden door de opslagpercentages? 3. Is er ruimte om te onderhandelen met Menzis over deze opslagpercentages? Zo nee, waarom niet? 4. Wil Menzis de opslagpercentages heroverwegen?	Ad1) Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis onder andere gekozen voor een hogere opslag voor MPT omdat Menzis op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2. onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in MPT. Ad 2) De vraag is gekoppeld aan paragraaf 2.4 van het Regionaal inkoopbeleid, maar lijkt betrekking te hebben op de modules ‘Thuis als het kan’ waarbij een opslag verkregen kan worden waarvan de hoogte afhankelijk is van de jaarlijkse groei naar MPT en/of /VPT. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Het Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken. Ad 3 en 4) In paragraaf 4.1. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en Bijlage A Toelichting modules hebben we beschreven hoe we de voorstellen met

			betrekking tot de modules zullen beoordelen en hoe de opslagen worden toegekend (een vaste opslag of afhankelijk van de beoordeling). Binnen dit kader is er geen ruimte voor onderhandelingen. Daarbij wordt ook opgemerkt dat het praktisch niet uitvoerbaar is, wanneer Menzis Zorgkantoor met alle zorgaanbieders die inschrijven op modules zou moeten onderhandelen. Die capaciteit heeft Menzis Zorgkantoor niet. In ons inkoopbeleid wil Menzis Zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders inzetten om op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ waar te maken. We verwachten dat elke zorgaanbieder hier op zijn manier aan bijdraagt. Middels de modules en de daarbij behorende opslagen willen wij zorgaanbieders extra stimuleren zich in te zetten voor deze landelijke bewegingen. Met als doel om de langdurige zorg ook in de komende jaren betaalbaar en toegankelijk te houden. Menzis Zorgkantoor heeft een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren (zoals de impact van de module), een rol. Op basis daarvan heeft Menzis de hoogte van de opslagpercentages vastgesteld. Menzis Zorgkantoor s niet bereid de opslagpercentages te heroverwegen.
117	2.4	Kunt u de opslagpercentages voor de verschillende modules opnemen in het vaste tarief?	In ons inkoopbeleid wil Menzis Zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders inzetten om op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ waar te maken. We verwachten dat elke zorgaanbieder hier op zijn manier aan bijdraagt. Via de modules en de daarbij behorende opslagen willen wij zorgaanbieders extra stimuleren zich in te zetten voor deze landelijke bewegingen. Met als doel om de langdurige zorg ook in de komende jaren betaalbaar en toegankelijk te houden. Menzis Zorgkantoor heeft een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren (zoals de impact van de module) een rol. Op basis daarvan heeft Menzis de hoogte van de opslagpercentages vastgesteld. Menzis Zorgkantoor is niet bereid deze systematiek te veranderen.
118	2.4	De raad van Ouderen stelt dat aan ouderenzorg is sinds 2017 minder geld besteed dan voorzien. Het CPB constateert tevens dat de verpleeg-en verzorgingshuizen inmiddels zó zijn uitgeknepen dat verdere efficiëntie nauwelijks meer mogelijk is. Daarom wil de Raad van Ouderen dat er structureel meer wordt geïnvesteerd in de langdurige zorg door	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Wij sluiten aan bij waar zorgaanbieders al mee bezig zijn en beperken de administratieve last.

		hogere tarieven en minder administratieve verantwoording. Hoe kijken jullie daar tegen aan?	
119	2.4	Kun u onderbouwd aangeven (eventueel met cijfers) waarom de opslag voor passende zorgaanbod voor complexe doelgroepen bij de GGZ en GZ minimaal 15 keer hoger is dan bij de V&V?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis onder andere gekozen voor een hogere opslag voor complexe doelgroepen bij de GZ en GGZ omdat dit in verhouding tot de VV een kleine zeer complexe groep is.
120	2.4	Voor_modules kan een organisatie zich inschrijven wanneer ze een "extra substantiële bijdrage levert." Wat houdt dit in? Wanneer is iets wel/niet 'extra substantieel?' op welke wijze moet dit aantoonbaar zijn?	In bijlage A is beschreven wat de modules inhouden en wat u moet doen om hiervoor in aanmerking te komen. In paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend, omdat daarmee elke mate van innovatievieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt.
121	2.4	We maken bezwaar tegen de tariefsystematiek van een basistarief met mogelijkheden tot opslagen door het extra indienen van Modules in uw inkoopbeleid 2024-2026. Omdat het net als in geval van de Honoreringslijsten weer een ‘onzeker’ incidenteel en tijdelijk tarief-onderdeel betreft. Mede ook gezien de methode van beoordeling met een puntensysteem en jaarlijkse monitoring en weging van de afgesproken resultaten. Dit terwijl we door u in 2024-2026 (of wellicht zelfs 2028) bovendien gekort gaan worden op ons huidige intramurale Wlz tarief van maximaal 97,5% van het Nza max. tarief naar maximaal (incl. de maximaal te behalen opslagen op de modules) 95,9%. Een korting derhalve van minimaal 1,6% en een korting die in werkelijkheid nog meer zal bedragen. En	Menzis is niet bereid de tariefsystematiek en de mogelijkheid om in te schrijven op modules te herzien. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft het zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen zet Menzis in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ en de kanslijnen voor GZ. Menzis heeft daarbij gekozen om te werken met modules om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren en heeft daarom dus niet gekozen voor een 'vast en structureel' tarief. Door in te schrijven op de modules komt de zorgaanbieder mogelijk in aanmerking voor een opslag bovenop het basistariefpercentage.

		dan zijn er ook nog de al aangekondigde oplopende kortingen op het Wlz-kader (gemiddeld 1,2% van het Wlz-kader) als gevolg van het effectueren van twee beleidsmaatregelen, de VWS 'rekenblunder' en de huidige en nog te verwachten kostenstijgingen zoals bijvoorbeeld de CAO-/loonkosten. Ook de inschrijving middels indiening van modules en de naleving ervan vergt veel tijd en inzet in een tijd met onevenredige en toenemende administratieve belasting. Met een toekomstperspectief gekenmerkt door een sterke vergrijzing en ontgroening en een groeiende zorgvraag en een zeer gespannen arbeidsmarkt, zeker in onze sector VVT. Bent u bereid uw inkoopbeleid voor wat betreft de tariefsystematiek en indienen van Modules te herzien, ons huidige tarief niet te verlagen en ons een 'vast en structureel', jaarlijks te indexeren integraal intramuraal tarief aan te bieden? Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar. Wij verzoeken u spoedig te reageren op de vraag c.q. te antwoorden gelet op de vervaltermijnen om een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	
122	2.4	In 2024 onderzoeken we samen met de zorgaanbieders of we de NHC en NIC voor lichtere vormen in 2025 eventueel niet meer tegen 100% van het maximum NZa-tarief vergoeden. Dit doen we om voor deze profielen zorg thuis te stimuleren Wij maken op voorhand bezwaar tegen het verlagen van de vergoeding de NHC en NIC component, zeker nu het NZa-maximumtarief vanaf 2024 al verlaagd zal worden. Betekent dit bijvoorbeeld dat u vindt dat bestaande plaatsen gesubstitueerd moeten worden naar scheiden van wonen en zorg? Of dat het eventuele financiële verlies dan een probleem is van de betreffende zorgaanbieder? Heeft u al een beeld wat dit kan betekenen en hoe wilt u hiermee omgaan? Hoe verhoudt zich dit tot 1) keuzevrijheid cliënt voor leveringsvorm en 2) de inkoopsystematiek (pag 27): financiële zekerheid 2024-2026? Dit mede gelet op de zorgplicht die zorgkantoren hebben voor cliënten met een indicatie voor verblijfszorg. In bijlage 2 overeenkomst 2024 Menzis Zorgkantoor en zorgaanbieder WLZ wordt niet meer gesproken over de lichtere profielen maar staat zelfs aangeven dat Menzis Zorgkantoor zich het recht voorbehoud om alle NHC en NIC tarieven aan te passen. Wij verzoeken u dan ook uitdrukkelijk om het zorginkoopbeleid aan te passen in de zin dat voor 2024, 2025 en 2026 de	Gedurende de looptijd van de overeenkomst zal Menzis Zorgkantoor de NHC en NIC component 100% vergoeden. Daarnaast zullen wij samen met zorgaanbieders gaan onderzoeken of voor een volgend zorginkoopbeleid een lagere vergoeding van de NHC/ NIC component voor de lichtere zorgprofielen passend is om zorg thuis voor lichtere zorgprofielen te stimuleren. De definitie van lichtere zorgprofielen zullen wij ook samen met zorgaanbieders gaan opstellen. Wij passen het zorginkoopbeleid en de overeenkomst (deel 1B-artikel 2.2) aan.

		garantie wordt gegeven dat voor alle ZZP's 100% van het NZa-tarief NHC/NIC vergoed blijft. Dit moet ook aangepast worden in de overeenkomst 2024. Ben u bereid om dit aan te passen. Zo nee, waarom niet?	
123	2.4	Geldt de opslag mpt (PV en VP) enkel op tarieven MPT en opslag vpt op tarieven VPT? Of is sprake van een optelling in opslagen mpt en vpt op alle vpt en mpt prestaties?	De opslag mpt geldt enkel voor de mpt prestaties. De opslag vpt alleen voor de vpt prestaties. Er is geen sprake van optelling.
124	2.4	Klopt het dat het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor VPT prestaties 99% (95,5% + 3,5% opslag module 1) van de Nza tarieven is?	Nee, voor vpt prestaties is het maximaal haalbare tariefpercentage 95,9% (95,5%+0,4%).
125	2.4	Klopt het dat het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor MPT prestaties 95,9% (95,5% + 0,4% opslag module 1) van de Nza tarieven is?	Ja, dat klopt.
126	2.4	Klopt het dat het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor ZZP prestaties 95,9% (95,5% + 0,2% opslag module 1 + 0,2% opslag module 3) van de Nza tarieven is?	Ja, dat klopt.
127	2.4	Pag. 30 modules voor opslagen Als wij een extra substantiële bijdrage leveren, kunnen wij ons inschrijven voor een module. Wat bedoelt u met substantieel? Wij hebben onze bedrijfsvoering ingericht op het doelmatig leveren van zorg met een relatief kleine staf. Wij maken bezwaar tegen het moeten leveren van een substantiële bijdrage om opslag te ontvangen daar wij al doelmatig werken. Hoe kunnen wij derhalve een substantiële bijdrage leveren?	Menzis Zorgkantoor verstaat onder 'substantieel' dat aanbieders een bijdrage leveren aan de transitie zoals verwoord in het inkoopbeleid. Ofschoon Menzis Zorgkantoor van mening is dat dergelijke substantiële bijdragen vooral geleverd kunnen worden door grotere zorgaanbieders, worden kleinere zorgaanbieders niet uitgesloten.
128	2.4	2.4 De verwijzing naar een paragraaf klopt niet. Gaarne aanpassen.	De verwijzing is inmiddels aangepast in het document op de website.
129	2.4	Het lijkt erop dat de modules erop sturen dat partijen in de regio verschillend gehonoreeerd/gefinancieerd worden. Lopen we met dit inkoopbeleid een risico op vernippering? Hoe stuurt Menzis hierop?	Het regionale zorginkoopbeleid is onder meer gericht op het tegen gaan van versnippering.
130	2.4	Op basis van het inkoopbeleid komen wij op de volgende maximaal haalbare : - Het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor VPT prestaties is 99% (95,5% + 3,5% opslag module 1) van de Nza tarieven.	Nee, dit is niet correct. Het maximaal haalbare tariefpercentage voor vpt is 95,5% (95,5%+0,4%). Voor ZZP is het maximaal haalbare tariefpercentage ook 95,5% (95,5%+0,4%). Voor mpt is het maximaal haalbare tariefpercentage 99% (95,5%+3,5%).

		- Het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor VPT prestaties is 99% (95,5% + 3,5% opslag module 1) van de Nza tarieven. - Het maximaal haalbare tariefpercentage (ex NHC en NIC) voor ZZP prestaties is 95,9% (95,5% + 0,2% opslag module 1 + 0,2% opslag module 3) van de Nza tarieven. Zijn bovenstaande genoemde maximaal haalbare tariefpercentages correct?	
131	2.4	Als SGLVG behandelinstelling streven we er naar cliënten zo te behandelen dat deze na behandeling kunnen doorstromen naar een reguliere instelling. Als wij woonplaatsen aanbieden verstopt de behandelketen. Waarom wordt er door Menzis voor gekozen om dit niet te waarderen in de Module zorg voor complexe cliënten?	Module 3 in de GZ is er juist voor bedoeld om deze doorplaatsing wel te kunnen garanderen naar de aanbiedes die inschrijven op deze module.
132	2.4	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) Kunt u toelichten hoe u reële tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.
133	2.4	Wij voorzien regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in bieden van zorg aan een specifieke groep deelnemers met hoogcomplexe problematiek. Voorbeelden van de complexe problematiek zijn (ernstige) gezondheidsproblemen, verslavings-, psychiatrische- en gedragsproblematiek, geweldsincidenten en een stapeling van deze problemen, welke wij interfererende comorbiditeit noemen. Dat maakt dat wij bijna altijd, vanuit de deelnemer gezien, te maken hebben met een dubbele of zelfs een triple grondslag (VG, GGZ, V&V). De complexe zorgvraag is een gevolg van diverse factoren: multimorbiditeit, (poly)farmacie (door de combinatie van somatische en psychiatrische klachten), interactie tussen medicatie en middelengebruik, stapeling van problematieken (somatisch, psych(iatr)isch, sociaal maatschappelijk en vigerende verslaving), schuldenproblematiek, gedragsproblematiek ten gevolge van overmatig middelengebruik en een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarnaast maakt de psychiatrische- en verslavingsproblematiek het duiden van klachten en symptomen lastig. Verder hebben de deelnemers veel ondersteuning nodig met betrekking tot sociaal maatschappelijke problemen, zoals het regelen van mentoraat en bewindvoering, het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de omgang met schuldenproblematiek, mede ook door het	Menzis Zorgkantoor heeft ervoor gekozen om onder de module passend zorgaanbod voor complexe doelgroep zich te focussen op de GGZ W4 en W5. Voor klanten met deze indicatie zien wij een tekort aan beschikbare zorg. De door u beschreven zorg valt ondanks een complexe zorgvraag niet onder deze module.

		meestal ontbreken van een ondersteunend netwerk. Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. Toch is passende indicering in het huidige stelsel ingewikkeld. Hierdoor krijgen wij vaak GGZ W3 of VG6 afgegeven (ivm beveiligingseisen). Is het mogelijk om de doelgroep met interferende comorbiditeit toe te voegen bij passende zorg voor complexe doelgroepen? Zo niet, kunt u aangeven waarom niet?	
134	2.4	In onze organisatie hebben we binnen de GGZ3 profielen naast psychiatrische problematiek ook verslavingsproblematiek en verstandelijke beperking. Dit maakt dat wij als organisatie intensievere zorg leveren aan cliënten met een GGZ3 profiel dan andere organisaties. In hoeverre is er ook ruimte om binnen de GGZ3 profielen complexe zorg te leveren of wordt er over nagedacht om de intensievere GGZ3 zorg passend te krijgen binnen de GGZ5?	Menzis Zorgkantoor gaat niet over de inhoud van de zorgprofielen. Wij kunnen uw vraag daarom niet inhoudelijk behandelen.
135	2.4	Kunnen er ook afzonderlijke leveringsvoorwaarden voor MPT bij hoogcomplexe zorg worden gemaakt. Door de complexiteit is er meer reistijd (hogere verspreidingsgraad), meer overleg (met meerdere ketenpartners) en is de kans op no show groter. Het voorstel is om te kijken naar de definitie van face to face uren (declarabiliteit) bij deze doelgroep, om ook deze leveringsvorm te stimuleren bij de hoogcomplexe zorg. Is deze aanpassing mogelijk?	Menzis Zorgkantoor ziet op dit moment geen mogelijkheiden om voor deze doelgroep binnen de bestaande wet- en regelgeving aan het voorstel te voldoen.
136	2.4	In de tekst staat een verwijzingsbron niet opgenomen. Naar welke paragraaf verwijst deze pagina?	De verwijzing is inmiddels aangepast in het document op de website.
137	2.4.1	Om in aanmerking te komen voor de modules verwacht u dat wordt voldaan aan de Menzis voorwaarden op het moment van inschrijven voor een module en gedurende de uitvoering van de overeenkomst. - Vraag: Betekent dit dat je als aanbieder aan de voorwaarden moet voldoen met ingang van 28 juli 2023 (datum inschrijving) of op 1-1-2024 (datum ingang overeenkomst). Ons voorstel is 1-1-2024 aan te houden. Bent u bereid dit aan te passen in uw beleid?	Een zorgaanbieder dient op moment van inschrijven aan de voorwaarden van Menzis Zorgkantoor te voldoen. Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Voor 2024 dient u zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 uur in te schrijven op een module. U dient dus ook per 4 augustus 2023 aan de voorwaarden van Menzis Zorgkantoor te voldoen. Als u later aan de voorwaarden voldoet, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.
138	2.4.1	U stelt als voorwaarde bij passend aanbod voor complexe doelgroepen groepen van minimaal 6 klanten. Is er een vangnet/tariefopslag voor aanbieders die deze specialistische zorg wel leveren maar dan niet in groepen van 6	Een complexe doelgroep vraagt gespecialiseerde dagelijkse zorg. Om de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde medewerkers efficiënt in te kunnen zetten, is een groepsaanbod noodzakelijk. Er is geen andere tariefopslag dan via de module.

		klanten. Er wordt immers ook passende zorg geboden en geleverd.	
139	2.4.1	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.2., pagina 30) Wij zijn een GZ-aanbieder, maar leveren ook GGZ-zorg. Moeten wij dan ook voldoen aan de voorwaarden indien de sector GGZ tussen 'haakjes' staat?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar paragraaf 3.1. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026: Als u zorg levert aan doelgroepen uit verschillende sectoren (GGZ/GZ/V&V) schrijft u in voor die sector waar het merendeel (> 50%) van uw klanten deel van uitmaakt. Ook voor modules schrijft u alleen in voor de sector met het grootste aandeel, maar gaat u in uw voorstel wel in op de andere sectoren waarvoor u actief bent. Het tariefpercentage (inclusief opslagen) voor de betreffende sector is dan voor de gehele afspraak van toepassing.
140	2.4.1	• Kunt u ons aangeven op welke wijze wij om moeten gaan met de opgave van het aantal plaatsen GZ? Verwacht u in de bieding een concreet getal met daarin inbegrepen de verwachte groei of wilt u het huidige aantal plaatsen en is er groeiruimte gedurende de looptijd van de overeenkomst? • Kunt u ons aangeven op welke wijze wij om moeten gaan met de opgave van het aantal plaatsen GGZ? Verwacht u in de bieding een concreet getal met daarin inbegrepen de verwachte groei of wilt u het huidige aantal plaatsen en is er groeiruimte gedurende de looptijd van de overeenkomst? • Kunt u ons aangeven op welke wijze wij om moeten gaan met de opgave van het aantal plaatsen V&V? Verwacht u in de bieding een concreet getal met daarin inbegrepen de verwachte groei of wilt u het huidige aantal plaatsen en is er groeiruimte gedurende de looptijd van de overeenkomst? • Is het mogelijk om gedurende looptijd van de overeenkomst tussentijds een prestatie(code) toe te voegen?	Wat wij verwachten in uw inschrijving staat beschreven in Hoofstuk 3 van ons Regionaal Inkoopdocument 2024-2026. Als u wilt inschrijven voor een module, zoals beschreven in Hoofstuk 2.4, kunt in Bijlage A Toelichting modules lezen wat wij verwachten bij uw inschrijving.
141	2.4.1	Hoe worden de Menzis voorwaarden getoetst?	Door middel van het doen van een inschrijving op een module verklaart de zorgaanbieder te voldoen aan de voowaarden van Menzis Zorgkantoor. Aan de hand van de bij Menzis Zorgkantoor aanwezige informatie vindt toetsing plaats. Daarnaast kan Menzis Zorgkantoor bewijsmiddelen opvragen, zoals omschreven in paragraaf 5.2 en 5.2.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
142	2.4.2	Indien een zorgorganisatie niet voldoet aan de voorwaarden van een module, wordt de opslag ingetrokken. Kan het omgekeerde ook (oftewel wordt een zorgaanbieder beloond met het behalen van een hoger resultaat dan de doelstelling) en zo nee waarom niet?	Het omgekeerde is niet mogelijk, omdat de opslagen zijn berekend aan de hand van de beschikbare contracteerruimte.
143	2.4.2	Menzis heeft het recht om in de loop der jaren modules toe te voegen, terug te trekken. In het kader van transparante	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de

		uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, heeft dit invloed op het richttariefpercentage? Zo ja, op welke wijze?	richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. De modules hebben geen invloed op het richttariefpercentage omdat de (eventuele) opslagen boven op het Menzis Zorgkantoor basistariefpercentage komt (zie paragraaf 2.4 van het regionaal inkoopbeleid).
144	2.4.2	U geeft aan dat voor MPT een opslag van 3,5%, voor VPT een opslag van 0,4% en voor verblijfszorg twee mogelijke opslagen van 0,2% wordt gehanteerd. - Betekent dit dat deze opslagen voor MPT/VPT van 3,5%/0,4% niet gelden voor de intramurale prestaties en dat daar het maximaal te behalen tariefpercentage 95,5% plus de voor technologie (max. 0,2%) en specialistisch aanbod (max. 0,2%) te realiseren opslag betreft, dus maximaal 95,9% en voor organisaties die tot op heden geen passend aanbod voor complexe doelgroepen leveren maximaal 95,7%?	Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
145	2.4.2	U benoemt dat als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat het overeengekomen voorstel voor een module niet zoals afgesproken is uitgevoerd of niet aan de gestelde voorwaarden voldoet de procentuele opslag geheel of gedeeltelijk wordt teruggevorderd. Wij zijn van mening dat het niet proportioneel is dat de maatwerkafspraak en de opslagen niet worden toegekend als het resultaat niet is gehaald, ook al is de inspanning wel geleverd en/of het doel gedeeltelijk behaald. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor acht het niet onredelijk om de toegekende opslag geheel of gedeeltelijk terug te vorderen op moment dat de zorgaanbieder de daar tegenoverstaande prestatie niet (geheel) nakomt/realiseert. In dialoog met de zorgaanbieder wordt vastgesteld of de zorgaanbieder nog steeds aan de gestelde voorwaarden van de betreffende module voldoet en is nagekomen. Indien de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen als gevolg van overmacht of externe factoren, zal daar vanzelfsprekend rekening mee worden gehouden bij het al dan niet (geheel) intrekken van de toegekende opslag.
146	2.4.2	Kunt u toelichten of u meent dat zonder de verschillende opslagen uit de tabel op pagina 32 van uw inkoopbeleid sprake is van één reëel tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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.

147	2.4.2	Wat verstaat u onder ‘complexe doelgroepen’ (zie onder andere de tabel op pagina 32)? Welke zorg en zorgzwaartepakketten vallen daaronder?	Elke sector heeft haar eigen definitie van 'complexe doelgroepen'. Wij verwijzen hiervoor naar bijlage A Toelichting modules per sector.
148	2.4.2	Kunt u per toeslag uit de tabel van pagina 32 van uw inkoopbeleid toelichten hoe dit zich verhoudt tot de verplichting tot het betalen van reële tarieven?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantooreen discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoorzorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
149	2.4.2	zie ook Bijlage A toelichting Modules T.a.v. de VVT kan 3,5% opslag worden verdiend bij 25% meer cliënten met een MPT. Ten eerste zijn de tarieven van de MPT niet kostendekkend, ook niet met 3,5%. Waarom wordt hier niet beter aangesloten bij de contractering in de Zvw? Anders stimuleert u deze beweging niet. Veel thuiszorgaanbieders hebben nu al grote verliezen. Ten tweede zijn er onvoldoende medewerkers om zulke grote aantallen cliënten te bedienen. Heeft u dit ogenschouw genomen met deze module?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren (waaronder een bijdrage aan de oplossing voor het arbeidsmarktprobleem). Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
150	2.4.2	Als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat u het overeengekomen voorstel voor een module niet zoals afgesproken uitvoert of toch niet aan de gestelde voorwaarden voor de betreffende module voldoet, trekken we de procentuele opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk in Dit is onredelijk. Net als Menzis getroffen kan worden door externe factoren waarop het geen invloed heeft, maar op	Menzis Zorgkantoor acht het niet onredelijk om de toegekende opslag geheel of gedeeltelijk in te trekken op moment dat de zorgaanbieder de daar tegenoverstaande prestatie niet (geheel) nakomt/realiseert. In dialoog met de zorgaanbieder wordt vastgesteld of de zorgaanbieder nog steeds aan de gestelde voorwaarden van de betreffende module voldoet/ in hoeverre het voorstel gerealiseerd is. Indien de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen als gevolg van overmacht of externe factoren, zal daar

		basis daarvan wel het beleid en/of bekostiging kan aanpassen, lijkt het logisch dat dit ook geldt voor de inzet van zorgaanbieders waar het de modules betreft. Ook daar kan sprake zijn van overmacht of externe factoren. Hoe gaat Menzis daarmee om indien een dergelijke situatie zich voordoet?	vanzelfsprekend rekening mee worden gehouden bij het al dan niet (geheel) intrekken van de toegekende opslag.
151	2.4.2	De maximale opslag VPT en Verblijfszorg V&V is 0,4%. Dit leidt tot een maximaal haalbaar tarief van 95,9% van het Nza-maximum. In de overeenkomsten tot en met 2023 waren tarieven van maximaal 97,5% haalbaar. Klopt de constatering dat Menzis het maximaal haalbare tarief met het huidige beleid laat dalen van 97,5% naar 95,9%, dus laat dalen met 1,6%? Hoe verantwoordt Menzis deze bezuiniging in het licht van de aanvullende eisen op het gebied van doelmatigheid, digitalisering, duurzaamheid en kwaliteit en de aanvullende bezuiniging van 1,2% op het macrokader en de 8% korting op het NHC-tarief?	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
152	2.4.2	Waarom zit er zo'n verschil in opslag tussen een VPT (0,4%) en een MPT (3,5%)? VPT is toch minstens zo aantrekkelijk voor het zorgkantoor? En eigenlijk nog ingewikkelder om te leveren/organiseren. Daarom zou VPT ook een hogere plus moeten krijgen. Hoe ziet u dit? Waarom is er dit grote verschil?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
153	2.4.2	Wat wordt in bijlage A bedoeld met: 'met een minimum van 10 klanten'? Deze toevoeging kan op meerdere manieren geïnterpreteerd worden.	De opslag is pas geldig als het minimale groeipercentage is behaald met daarbij een minimum van 10 klanten (PV/VP/ vpt). De groei voor vpt en de groei voor mpt wordt afzonderlijk gemeten. Bijvoorbeeld: zorgaanbieder A heeft 50 Wlz klanten in zorg. De groei moet dan minimaal 10 klanten zijn (=20% groei). Zorgaanbieder B heeft 1000 Wlz klanten in zorg. De groei moet dan minimaal 100 klanten (=10% groei) zijn. Er is gekozen voor 10 klanten omdat het om substantiele groei moet gaan. Voor een aanbieder

			die start met vpt of mpt is 10 klanten al een substantieel aantal. Voor grotere aanbieders wordt er naar het groeipercentage gekeken.
154	2.4.2	Welke verwijzing dient opgenomen te worden?	Er wordt verwezen naar paragraaf 2.2. Dit is inmiddels aangepast op de website.
155	2.4.2	Het maximale opslagpercentage van 0,2% voor 'Digitaal als het kan' voor de module V&V wordt als beperkt gezien. Hoe is dit percentage te onderbouwen? Is Menzis bereidt om dit percentage op te hogen?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
156	2.4.2	Waarom zitten in elke beoordelingscommissie 2 inkopers en een beleidsmedewerker? Het gaat om inhoudelijke materie, dat verwachten potentiële zorgaanbieders dat in de beoordelingscommsie functies en rollen zitten in overeenstemming met waar over beoordeeld wordt. Graag uw toelichting.	De leden in de beoordelingscommissie beschikken over voldoende kennis en deskundigheid om de voorstellen inhoudelijk te kunnen beoordelen.
157	2.4.2	Kunt u inzicht geven in het onderzoek dat is gedaan om voor elk van de modules tot een naar uw inziens reëel tarief te komen?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Daarnaast leest u in bijlage 7 de onderbouwing van het richttariefpercentage.

158	2.4.2	Bent u bereid de tarieven slechts te herzien na overleg en na instemming met de Zorgaanbieder? Bent u voorts bereid de tarieven tussentijds naar boven bij te stellen indien dit uit de NZA-beleidsregels, maximumtarieven of een andere wijziging gedurende de looptijd van de overeenkomst daartoe aanleiding geeft?	Wij gaan ervanuit dat uw vraag betrekking heeft op de herzieningsclausule op pagina 31 en in bijlage A. De herzieningsclausule zoals verwoord op pagina 31 en in bijlage A vervalt. H3224
159	2.4.2	De maximale opslag voor MPT en VPT plekken verschilt (respectievelijk 3,5% en 0,4%). - Vraag: Waarom wordt dit onderscheid gemaakt? Ons voorstel is de opslag voor VPT en MPT plekken gelijk te trekken. Bent u bereid hiermee akkoord te gaan en dit te wijzigen in het beleid?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt. Wij handhaven ons beleid.
160	2.4.2	Het tarief dat maximaal verkregen kan worden voor intramurale cliënten met verblijf (V&V-sector) is zoals wij het begrijpen 95,5% + 0,4% (2x 0,2% vanuit de modules) = 95,9%. Dit aangezien de opslag voor VPT/MPT enkel geldt voor de VPT/MPT prestaties (blijkt uit toelichting op de modules). In 2023 was het tarief wat maximaal verkregen kon worden 97,5%. Dit betekent voor organisaties die intramuraal verblijf (V&V) leveren een korting op het tarief van 1,6% uitgaande van het maximaal haalbare. Hoe verhoudt zich dit tot de volgende ontwikkelingen waar wij als organisatie voor staan: duurzaamheidsopgave, verwachte loonstijging in de V&V-sector, inflatie, stijgende energieprijzen.	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven, en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden, goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
161	2.4.2	Onder verblijfszorg vallen ook een aantal andere prestatiecodes (bijv. toeslag woonzorg (leeftijdsafhankelijk), toeslag dagbesteding kind (indicatieafhankelijk), logeren). Hoe wordt daarvan het opslagpercentage berekend? Geldt het opslagpercentage voor de modules 1 t/m 2 ook voor deze producten? Wordt er onderscheid gemaakt tussen VG3/4 en de overige VG indicatie?	Het onderscheid wordt gemaakt tussen de prestatiecodes ZZP VG 3, VG 4 en LG 2 en de overige prestatiecodes op grond van de beleidsregels van de Nza. De opslag voor de modules 1 en 2 gelden niet voor de prestatiecodes ZZP VG 3, ZZP VG 4 en LG 2, wel voor de overige prestatiecodes. In uw voorbeeld: voor de prestatiecode logeren geldt dan een

		Bijvoorbeeld cliënt heeft VG6 en komt logeren - tarief 96,1% of cliënt heeft VG3 en komt logeren - tarief 95,7%?	tariefspercentage van 96,1%, ongeacht of de klant die komt logeren een VG 6 of een VG 3 indicatie heeft.
162	2.4.2	Wanneer cliënt A (VG3/4 - licht) thuis woont en dagbesteding bij Stichting X ontvangt is MPT - H8XX van toepassing, max tarief 96,1%. Wanneer cliënt A (VG3/4 - licht) bij instelling Y woont en dagbesteding heeft bij Stichting X is Verblijf H9XX van toepassing max tarief 95,7% Klopt het dat dezelfde dienstverlening (dagbesteding in dit geval) een ander tariefpercentage oplevert?	Het onderscheid wordt gemaakt tussen de prestatiecodes ZZP VG3, VG 4 en LG 2 en de overige prestatiecodes op grond van de beleidsregels van de Nza. De opslag voor de modules 1 en 2 gelden niet voor de prestatiecodes ZZP VG 3, ZZP VG 4 en LG 2, wel voor de overige prestatiecodes. In uw voorbeeld is voor zowel de H8XXX als de H9XXX prestatiecodes een tariefspercentage van 96,1% van toepassing.
163	2.4.2	Hierbij maken wij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis niet. Menzis hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is of, en zo ja in welke mate wij in aanmerking kunnen komen voor tariefopslagen. Wij verzoeken Menzis dan ook i) te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en ii) een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor ons navolgbaar is onder welke omstandigheden en in welke mate zij een beroep kan doen op tariefopslagen.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken.De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3 van het Regionaal inkoopbeleid. Voor wat betreft de tariefdifferentiatie heeft Menzis bij het vaststellen van de opslagpercentages voor de modules de vrijheid om te bepalen wat zij belangrijk vindt ter bepaling van de hoogte van de opslag. De opslag betreft een stimulans en komt bovenop het tarief. Bestaande zorgaanbieders die voldoen aan de Menzis voorwaarden kunnen zich inschrijven op de modules en daarmee in aanmerking komen voor tariefopslagen. Per module is aangegeven op welke wijze zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een opslag en wat de hoogte van de opslag is. Menzis acht de gekozen systematiek dan ook navolgbaar.

164	2.4.2	Bij relevante externe ontwikkelingen (bijvoorbeeld …) behouden we ons het recht voor om modules en toegekende opslagen te herzien Hier is opnieuw een voorbehoud opgenomen ten nadele van de zorgbaanbieder. Het woord 'bijvoorbeeld' maakt de reikwijdte niet duidelijker. Kan Menzis aangeven wat de reikwijdte is van dit woord in dit kader? Bij relevante externe ontwikkelingen … opslagen te herzien'. De in deze passage genoemde voorbeelden zijn te duiden als aanpassingen die zich met hoge kans voor zullen doen. Jaarlijks worden Nza-beleidsregels immers aangepast en Nza-maximumtarieven herzien. In feite kan Menzis op basis van deze passage altijd en op elk moment tornen aan het lopende contract en de afgesproken tariefpercentages. Wij dienen hiertegen bezwaar in, omdat dit een aanzienlijke onevenwichtigheid in het contract aanbrengt.	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd.
165	2.4.2	Als het aantal cliënten VPT eind 2023 5 is, hoeveel moet het aantal cliënten dan zijn eind 2024 om in aanmerking te komen voor de opslag van 0,4%?	Om een opslag 0,4% bij vpt te ontvangen moet het aantal klanten minimaal 25% gegroeid zijn, met een minimum van 10 klanten. Daarbij gaat het om het aantal unieke klanten. Als het aantal unieke vpt-klanten in 2023 5 is, dan is de regel 'minimaal 10 klanten' van toepassing. Het aantal unieke vpt-klanten in 2024 moet dan minimaal 15 zijn.
166	2.4.2	Als er gedurende het jaar aan gestelde voorwaarden wordt voldaan wordt er dan alsnog een toeslag toegekend (vergelijkbaar met werkwijze honoreringslijsten)?	Nee, er wordt alleen een toeslag toegekend op basis van een module. Hoe u in aanmerking komt voor een module, leest u in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, paragraaf 2.4.
167	2.4.2	Pag. 7, 12 & Bijlage A, pag. 18 U stelt dat de inzet van technologie een middel is om met evenveel medewerkers aan meer mensen goede zorg te verlenen. Wij onderschrijven deze stelling. Dit betekent dat medewerkers tijd moeten krijgen voor het aanleren, het gebruik van technologie en innovatie in de praktijk en het bijhouden van kennis en vaardigheden als onderdeel van hun dagelijks handelen. De vele subsidiepotjes (waaronder de transitiemiddelen) zijn bedoeld voor eenmalige kosten. Wij maken daarom bezwaar tegen: de voorgestelde manier van opslag berekenen in een puntentelling. In de puntentelling wordt geen rekening gehouden met de gedane investeringen in de voorliggende periode waardoor aantoonbare verbeteringen geen deel uit kunnen maken van de puntentelling. Als voorbeeld, wij hebben afgelopen maanden majeur geïnvesteerd in een nieuw zorgalarmeringsysteem, voorwaardelijk voor nieuwe technologie.	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.

		Ons inziens zou de beoordelingssystematiek gebaseerd moeten zijn op het doel: met evenveel medewerkers goede zorg verlenen. de hoogte van de opslag variërend van 0 tot 0,2%. U wilt grootschalige inzet stimuleren, dan is het max. 0,2% percentage veel te laag. Wij verzoeken u te onderbouwen op welke gevalideerde, bedrijfseconomische onderbouwingen dit percentage is gebaseerd. Mocht u dit niet kunnen onderbouwen, dan zouden wij als tegenvoorstel, afgestemd op onze situatie, een reëel tariefpercentage met u willen afspreken. Vragen zijn: 1. Waarom zijn gedane investeringen in het verleden geen onderdeel van de beoordeling in het kader van toekenning van de modules? 2. Acht u een maximum van 0,2% een reële vergoeding voor grootschalige inzet? Zo ja, kunt u dat onderbouwen? Zo nee, kunt u toelichten waarom het maximum dan 0,2% is?	
168	2.4.2	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren bieden de mogelijkheid om nog aanvullende vragen te stellen over het aanvullend beleid met betrekking tot tarief VG 7.
169	2.4.2	Op pagina 32 zijn tabellen opgenomen met maximum opslagen die toegekend kunnen worden per sector en leveringsvorm. VRAAG: - Is er voor de te vergeven opslagen een maximum macro budget beschikbaar? Zo ja, hoeveel is dat? En hoe bepaalt Menzis de verdeling? Graag een toelichting.	Nee, er is niet specifiek voor opslagen een macro budget beschikbaar. Alle zorg wordt vergoed vanuit het macrokader dat VWS vaststelt.
170	2.4.2	Op pagina 32 zijn tabellen opgenomen met maximum opslagen die toegekend kunnen worden per sector en leveringsvorm. VRAAG: - Klopt het dat de genoemde opslagen worden berekend over het gehele WLZ budget (loon en materieel, zonder NHC/ NIC) van de zorginstelling? Zo nee, waarover wordt deze opslag dan berekend?	Nee, dat is niet correct. De opslagen worden berekend over alle prestaties die onder een bepaalde module vallen.
171	2.4.2	Op pagina 32 zijn tabellen opgenomen met maximum opslagen die toegekend kunnen worden per sector en leveringsvorm. VRAAG:	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de

		- Hoe is de verdeling tussen de opslagen (MPT, VPT en verblijfszorg) tot stand gekomen en op basis waarvan is deze gemaakt? Graag een onderbouwing van de berekening.	langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
172	2.4.2	Heeft Menzis het beeld dat de ontwikkeling in de VG eenzelfde beeld gaat geven als de ouderenzorg waarbij mensen met VPT en MPT geclusterd gaan wonen en zo een nieuw soort woonlocatie ontwikkelen?	In lijn met kanslijn 4 van het Landelijk Akkoord VGN-ZN willen we stimuleren dat klanten, voor wie dit passend is, zo zelfstandig mogelijk wonen en (ambulante) zorg ontvangen. Geclusterd wonen met mpt en vpt kan zeker bijdragen aan het realiseren van deze kanslijn.
173	2.4.2	Van module 1 en 2 is de opslag alleen van toepassing op ZZP5, ZZP6 en ZZP8 (en Z472 en Z473 als we een opslag voor module 3 krijgen). Waarom niet op de overige ZZP's, waarvoor technologie even relevant is? Is Menzis bereid om dit aan te passen?	De opslag voor module 1 en 2 is ook van toepassing op de door u genoemde prestatiecodes Z472 en Z473 als u niet in aanmerking komt voor module 3. Wij kennen geen opslagen toe op de prestatiecodes VG 3 en VG 4, omdat we geen groei voor verblijf voor deze doelgroep willen stimuleren. Wij passen ons beleid niet aan.
174	2.4.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.2., pagina 30) Komen de toeslagen en vervoerspresaties behorende bij de ZZP prestatie-codes VG3, VG4 en LG2 en prestatiecodes Z472 en Z473 wel voor een opslag in aanmerking indien ingeschreven voor de module 1 en 2?	Ja, deze komen wel voor een opslag in aanmerking.
175	2.4.2	2.4.2. (inclusief toelichting 5.2.1) Zorgtechnologie is een module waarop door de zorginstelling kan worden ingeschreven. Het is volstrekt onduidelijk op basis van welke vereisten en verwachtingen de hoogte van de opslag wordt bepaald (lees: het is onduidelijk wanneer je de maximum opslag krijgt en wanneer niet). Kan Menzis Zorgkantoor aangeven welke objectieve criteria hier worden gehanteerd, hoe de opslag wordt vastgesteld en welk budget hiervoor totaal beschikbaar is?	Het gebruik van zorgtechnologie is onderdeel van de modules "thuis als het kan" en "digitaal als het kan". Bij de module "thuis als het kan" is de opslag gebaseerd op de groei van het aantal klanten thuis. Bij de module "digitaal als het kan" dient u een voorstel in. Op pagina 19 van bijlage A Toelichting modules per sector, staat beschreven welke aspecten in het voorstel terug moeten komen en hoeveel punten u hiervoor kunt krijgen. Het maximaal aantal punten is 10. Als het voorstel 8,9 of 10 punten scoort, ontvangt u de maximale opslag.
176	2.4.2	2.4.2. U schrijft dat op basis van de beoordeling, een eventueel gevraagde toelichting of gesprek, eventueel gevolgd door een aanpassing van het voorstel, de procentuele opslag wordt vastgesteld. Gezien de huidige onduidelijke vereisten/verwachtingen verwachten wij dat de indiener altijd de	Zoals beschreven in paragraaf 2.4.2. stelt Menzis op basis van de beoordeling, een eventueel gevraagde toelichting of gesprek, eventueel gevolgd door aanpassing van het voorstel, de procentuele opslag. De beoordelingssystematiek van de modules staat beschreven in Hoofdstuk 4. Een gevraagde toelichting of gesprek kan plaatsvinden op initiatief van Menzis

		mogelijkheid zou moeten krijgen om tot bijstelling van het ingediende voorstel te kunnen komen. Bent u bereid dit aan te passen in het regionaal inkoopbeleid 2024-2026?	Zorgkantoor, maar wij zijn hiertoe niet verplicht. Wij passen ons beleid niet aan.
177	2.4.2	2.4.2 U schrijft hier dat de toegekende opslag gelijk is aan een vast (of gestaffeld?) percentage. Niet geheel duidelijk is/blijkt wanneer een vast percentage danwel een gestaffeld percentage van toepassing is. Op basis waarvan bepaalt Menzis Zorgkantoor dit objectief?	In bijlage A Toelichting modules per sector worden de opslagen nader toegelicht onder de kopjes "Hoogte van de opslag en manier van vaststellen".
178	2.4.2	Ter aanvulling op eerdere vraag. 2.4.2. Onduidelijk is op basis waarvan een zorginstelling een maximum opslag krijgt per module c.q. aan welke voorwaarden exact moet worden voldaan om het maximum opslagpercentage te kunnen verkrijgen - de bijlagen zijn wat ons betreft nog onvoldoende concreet -. Graag zien wij deze toelichtende beschrijving voor definitieve inschrijving tegemoet (inclusief de toelichting op de wijze van vaststelling ten opzichte van de huidige (bestaande) situatie).	In bijlage A is beschreven wat de modules inhouden en wat u moet doen om hiervoor in aanmerking te komen. In paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend, omdat daarmee elke mate van innovatievieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt.
179	2.4.2	In tabel 3 staat weergegeven dat een V&V organisatie voor VPT slechts 0,4% opslag ontvangt terwijl de GGZ hier 1% opslag voor kan krijgen. Kan Menzis Zorgkantoor uitleggen waarom in de GGZ een hogere opslag van toepassing is als binnen de VVT?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor vpt in de GGZ, omdat in de GGZ vpt meer stimulans moet krijgen dan in de VV.
180	2.4.2	In tabel 3 staan de maximale opslagpercentages gepresenteerd. Onduidelijk is hoe deze tabel gelezen moet worden en derhalve is een toelichting vereist. Klopt de volgende stellingname: Als een aanbieder VPT-zorg levert en voldoet aan de modules "digitaal als het kan" en "passend zorgaanbod	In tabel 3 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, paragraaf 2.4.2, is weergegeven welke opslagen per leveringsvorm mogelijk zijn. De opslag "digitaal als het kan" en "passend zorgaanbod voor complexe doelgroepen" is alleen van toepassing op verblijf, niet op vpt. De maximale opslag bij vpt is 0,4%.

		complexe doelgroepen" dan ontvangt de VVT-instelling 0,8% bovenop het basisrichttarief?	
181	2.4.2	p32. modules vv Volgens het schema is bij het item 'digitaal als het kan' alleen 0,2% opslag te behalen bij verblijfszorg. Het is ons niet helemaal duidelijk waarom u dit zo inricht; waarom geldt er ook geen opslag op dit item bij mpt en vpt, waar het juist een bijdrage kan leveren?	Wij gaan ervan uit dat technologie een grote rol speelt in het langer thuis wonen. De manier waarop u technologie inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan".
182	2.4.2	Op pagina 10 van het zorginkoopbeleid staat “We hebben een sterke voorkeur voor een Modulair Pakket Thuis en een Volledig Pakket Thuis voor doelgroepen waarvoor dit geschikt is”. Via de modules is voor MPT een maximale toeslag van 3,5% te bereiken en voor het VPT een maximale toeslag van 0,4%. Welke onderbouwing geldt voor de hoogte van de maximale opslagen bij het MPT en VPT en hoe strookt dit met de voorkeur die Menzis aangeeft op pagina 10 van het zorginkoopbeleid?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.. onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
183	2.4.2	Waarom is het in de GGZ sector wel mogelijk om een opslag te verdienen op de module 'zelf als het kan' en binnen de V&V niet. Je wilt in beide sectoren toch dezelfde beweging maken? Waarom is hiervoor gekozen? Wij maken bezwaar tegen het feit dit niet is opgenomen in het inkoopbeleid. Wilt u dit ook toevoegen aan het inkoopbeleid V&V? Zo niet dan maken wij bezwaar hier tegen.	Binnen de V&V is de beweging ‘zelf als kan’ net zo belangrijk als de andere bewegingen, maar wij hebben deze niet vertaald in een module. Het is de bedoeling dat alle zorgaanbieders inzetten op samenwerken met het voorveld, preventie, informele zorg en samenwerken binnen de Wlz, zodat uiteindelijk de zelfredzaamheid van de klant groter wordt. Financiering van projecten, waarbij samenwerken voorop staat, is geregeld via de transitiemiddelen. Wij handhaven ons beleid.
184	2.4.2	Thuis als het kan: U benadrukt in deze passage expliciet het belang om binnen instellingen de vpt-zorg (verder) te verruimen. Wij begrijpen niet waarom binnen de betreffende module de vpt-zorg slechts een "zeer" beperkt opslag kent in vergelijk tot de mpt alsook de andere modules. Wij maken derhalve bezwaar tegen deze onredelijke verhouding met betrekking tot de voorgestelde opslag van 0,4% voor de vpt versus 3,5% voor de mpt waarbij beide vormen bijdragen aan het langer thuis wonen.	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis

			Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt. Wij handhaven ons beleid.
185	2.4.2	Menzis Zorgkantoor behoudt zich het recht voor om modules en toegekende opslagen te herzien of later toe te voegen. Dit lijkt eenrichtingsverkeer. Waar ligt de ruimte voor de zorgaanbieder om zaken te herzien of om een andere opslag te vragen wanneer aspecten in de praktijk wijzigen, bijvoorbeeld verder toenemende prijsstijgingen of problematiek die vraagt om andere oplossingen of investeringen dan voorzien?	De herzieningsclausule zoals verwoord op pagina 31 en in bijlage A vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met het daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie. Als er gedurende de looptijd van de overeenkomst urgente financiele problemen ontstaan, kan de zorgaanbieder een aanvraag doen voor de hardheidsclausule.
186	2.4.2	Kan door Menzis Zorgkantoor worden aangegeven welke berekening ten grondslag ligt aan de opslag van 0,2% voor de module "digitaal als het kan"? Deze vraag is relevant om reden dat wij van mening zijn dat deze opslag onvoldoende toereikend is om tenminste kostendekkend activiteiten hiervoor te kunnen uitvoeren. Daarbij ontvangen wij graag een toelichting op de wijze waarop wij opschaling digitale zorg dienen aan te tonen.	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
187	2.4.2	U stelt in de inkoopvoorwaarden dat als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat de zorgaanbieder het overeengekomen voorstel voor een module niet zoals afgesproken uitvoert of toch niet aan de gestelde voorwaarden voor de betreffende module voldoet, u de procentuele opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk intrekt. Deze voorwaarde heeft verstrekkende consequenties. Bent u	In dialoog met de zorgaanbieder wordt vastgesteld of de zorgaanbieder nog steeds aan de gestelde voorwaarden van de betreffende module voldoet en is nagekomen. Indien de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen als gevolg van overmacht of externe factoren, zal daar vanzelfsprekend rekening mee worden gehouden bij het al dan niet (geheel) intrekken van de toegekende opslag.

		bereid de procentuele opslag slechts met terugwerkende kracht in te trekken na overleg met de zorgaanbieder en pas nadat de zorgaanbieder in de gelegenheid is gesteld een schriftelijke reactie te geven op een dergelijk voornemen?	
188	2.4.2	Hoe kan het dat GGZ-W Als complexe doelgroep wordt gezien en GGZ-B, zoals de ZZP GGZ-B 5,6 en 7 paketten, niet ? De patienten met GGZ-B indicatie nog geen stabiele zorgvraag en de levenslange 24-uurs behoefte aan zorg staat nog niet vast. Soms kan door intensieve zorg uistroom uit de WLZ mogelijk gemaakt worden. Deze tariefstelling stimuleert instroom in voorzieningen die levenslang van aard zijn en komt niet tegemoet aan de uitgangspunten 'Zelf als het kan' en het vegroten van de zelfredzaamheid. Als aanbieder van zorg van deze doelgroep zien wij het als noodzakelijk om tegemoet te komen in de tariefstelling voor deze vaak zeer intensieve zorgbehoefte. Het traief van, maximaal, 96,5% zien wij niet als kostendekkend en hopen op aanpassing hiervan.	Menzis Zorgkantoor zet in de GGZ module 4 (passend zorgaanbod complexe doelgroep) in op het creëren van een groter aanbod op zorg voor klanten met een GGZ W4 en GGZ W5 indicatie. Landelijk, maar ook in de Menzis-regio's zien wij een tekort op dit zorgaanbod. Het is niet de intentie van het Zorgkantoor om met deze titel overige doelgroepen (waaronder GGZ- B) als niet complexe doelgroep te oormerken maar maken geen onderdeel uit van deze module.
189	2.4.2	Hoe voorkomt Menzis dat cliënten en overbelaste mantelzorgers geen passende zorg en aandacht krijgen doordat er een forse financiële prikkel op het product MPT mogelijk gemaakt word?.	Ook bij de leveringvorm mpt moet er samen met de klant en het netwerk/de mantelzorger passende zorg geboden worden, waarbij overbelasting van mantelzorg zoveel mogelijk wordt voorkomen.
190	2.4.2	Regionaal beleid: Om in aanmerking te komen voor de opslagen moeten we voorstellen schrijven, deze uitvoeren en dit monitoren brengt extra administratielast en verantwoording met zich mee.Dit lijkt in te gaan tege het programma (Ont)Regel de Zorg van de overheid. Hoe ziet u dit?	De 4 landelijke bewegingen/ de kanslijnen zijn niet nieuw. In het afgelopen jaar zijn wij hier al met zorgaanbieders over in gesprek geweest hoe zij inspelen op deze bewegingen. Wij zien de bewegingen ook terug in de jaarplannen voor 2023 en de meerjarenstrategie van zorgaanbieders. In elk voorstel (maximaal 4 A4, dus per aanbieder maximaal 12 A4) verwachten wij voor de betreffende beweging een concretere uitwerking van deze beweging uit de jaarplannen/ meerjarenstrategie voor 2024 en verder. Wij sluiten aan bij waar zorgaanbieders al mee bezig zijn en zijn daarom van mening dat maximaal 4 A4 een beperkte administratieve last is in verhouding tot de contractomvang. Er wordt geen extra tijd of compensatie geboden.
191	2.4.2	2.4.2. Modules en opslagen: Is het mogelijk om na de uiterste inschrijfdatum van 28 juli 2023 op ten tijde van de looptijd van de overeenkomst 2024-2026 nog in te schrijven op modules?	Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Voor 2024 dient u zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 uur in te schrijven op een module. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.
192	2.4.2	Er wordt meer ingezet op extramuralisatie, echter is er een zeer onevenredige verdeling in de opslagpercentage voor MPT (3,5%) en VPT (0,2%). Op basis waarvan is het	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid

		opslagpercentage en het grote verschil tussen beide componenten bepaald? Kan hier transparantie over worden gegeven conform uw verplichtingen op grond van het transparantiebeginsel? VPT is toch minstens zo aantrekkelijk voor het zorgkantoor? En eigenlijk nog ingewikkelder om te leveren/organiseren. Hoe ziet u dit? Waarom is er dit grote verschil? Kan hier transparantie over worden gegeven conform uw verplichtingen op grond van het transparantiebeginsel?	2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
193	2.4.2	Er wordt in het inkoopbeleid benoemd dat de inzet op leveringsvormen voor zorg aan huis belangrijk zijn voor de toekomstbestendigheid. Om ZZP4/VV4 middels verpleeghuisverplaatste zorg thuis te houden is minimaal VPT nodig. De consequentie van extramuralisatie ZZP4 is om dit kostendekkend te kunnen leveren. Met 0,2% opslag VPT kunnen wij dit als aanbieder niet duurzaam financieren. Wat gaat het zorgkantoor hier aan bijdragen?	De vraag is gekoppeld aan paragraaf 2.4 van het Regionaal inkoopbeleid, maar lijkt betrekking te hebben op de modules ‘Thuis als het kan’ waarbij een opslag verkregen kan worden waarvan de hoogte afhankelijk is van de jaarlijkse groei naar mpt en/of vpt. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
194	2.4.2	VG7 99% alleen bij gegarandeerde toelating: Hoe verhoudt zich dit tot voorschrift zorgtoewijzing (mogelijkheid om zorg te weigeren bij zwaarwegende redenen)?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Bij deze verdeling kan rekening worden gehouden met zwaarwegende redenen voor het niet opnemen bij één van de zorgaanbieders in deze pool. Wel verwachten wij dat de pool van zorgaanbieders met een passende oplossing komt en niemand van een passende plek verstoken blijft.
195	2.4.2	Bijlage modules: Wanneer moeten we dit aanleveren? Toelichting criteria (nodig?)?	De voorstellen voor de modules moeten worden aangeleverd bij de inschrijving via Mercell. Uiterlijk 4 augustus 2023, 17.00 uur.
196	2.4.2	Modules Gehandicaptenzorg: In hoeverre is bij de bepaling van deze opslag al vooruitgelopen op het beschikbaar komen van de EUR 40 miljoen aan extra middelen?	We gaan ervan uit dat uw vraag betrekking heeft op module 3 van de Gehandicaptenzorg, omdat de door u genoemde 40 miljoen euro betrekking heeft op de doelgroep VG 7. Bij deze Nota van Inlichtingen informeren we u over het beleid met betrekking tot de 40 miljoen die beschikbaar gesteld wordt voor VG 7 en over het effect hiervan op het tariefpercentage (basistariefpercentage en modules voor opslagen) voor het VG 7 profiel.

			.
197	2.4.2	In de tabel op pag 32 licht u de maximum opslag toe. Voor module 4 is dat 3,1% op GGZ 4W en/of 5W. Er is landelijk een tekort aan capaciteit GGZ 5W. Het aantal clienten dat wij in de zorgkantoorregio hebben met deze profielen is zeer beperkt. Veel clienten blijken een GGZ 3W indicatie gekregen te hebben; CIZ heeft GGZ5W maar beperkt afgegeven. De doelgroep GGZ 3 W clienten omvat zowel clienten met een passende zorgvraag profiel 3 maar ook clienten met een zwaardere zorgvraag, waarvoor het tarief niet kostendekkend is. Het gat tussen GGZ 3W en GGZ5 W is te groot. Waarom wijkt het zorgkantoor af van het beleid van voorgaande jaren: toeslag obv hele productie? Hier zien wij een onevenwichtigheid. Is dit neveneffect voorzien? E.e.a. betekent dat de toeslag maar zeer beperkt is. Gelet op de druk op de tarieven verzoeken wij u te overwegen de toeslag toe te kennen op de hele productie.	Bij de totstandkoming van het inkoopbeleid heeft het Menzis Zorgkantoor er bewust voor gekozen om geen generieke opslag voor de gehele productmix toe te kennen. In plaats hiervan hebben wij gekozen om modules te hanteren waarop zorgaanbieders zich kunnen inschrijven om een beweging op het gebied van zelfredzaamheid, inzet van zorg thuis en digitale zorg te maken. De aantallen indicaties zijn inderdaad minder groot dan voor de doelgroep GGZ-W 3. Echter zien wij voor zowel de GGZ 4W en de GGZ 5W een tekort aan beschikbare plekken en zijn de plaatsing mogelijkheden binnen de Menzis-regio's zeer beperkt. Met module 4 heeft het zorgkantoor de intentie om met de tariefstelling een groter aanbod van de GGZ-W4 en GGZ-W5 te realiseren. Wij handhaven ons beleid.
198	2.4.2	Hoe denkt het zorgkantoor om te gaan met projecten die niet binnen het gecontracteerde domein liggen. Als aanbieder met VVT als hoofddomein een passend aanbod of project heeft op de GGZ hoe worden de opslagpercentages dan berekend en toebedeeld	Uit uw vraag begrijpen wij dat u doelt op voorstellen voor modules door zorgaanbieders die zorg verlenen aan klanten uit verschillende sectoren. Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar paragraaf 3.1. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026: Als u zorg levert aan doelgroepen uit verschillende sectoren (GGZ/GZ/V&V) schrijft u in voor die sector waar het merendeel (>50%) van uw klanten deel van uitmaakt. Ook voor modules schrijft u alleen in voor de sector met het grootste aandeel, maar gaat u in uw voorstel wel in op de andere sectoren waarvoor u actief bent. Het tariefpercentage (inclusief opslagen) voor de betreffende sector is dan voor de gehele afspraak van toepassing.
199	2.4.2	Document paragraaf 2.4.2 pg. 32: U vraagt aanbieders akkoord te gaan met (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend zijn (zoals VG7) en waarover op een later moment geen vragen meer kunnen worden gesteld of waartegen geen bezwaar meer ingediend kan worden. Wij verzoeken u een extra vragenronde in te lassen en de bezwaarmogelijkheid aan te passen ten aanzien van (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend waren.	Zorgkantoren bieden de mogelijkheid om nog aanvullende vragen te stellen over het aanvullend beleid met betrekking tot tarief VG 7. Deze mogelijkheid geldt alleen voor vragen over aanvullend beleid VG 7.
200	2.4.2	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) Welk tarief gaat u hanteren voor ZZP ZG-Aud3, mede gelet op de gelijkenissen tussen dit ZZP en ZZP VG7?	Zorgkantoren hanteren voor het ZZP ZG AUD 3 tarief het GZ tariefpercentage dat volgens onze tariefsystematiek voor de GZ zorgaanbieder van toepassing is. Deze doelgroep is door VWS niet genoemd als doelgroep waarvoor de extra € 40 miljoen voor 2023 en 2024 beschikbaar is gesteld. Dit is

			te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZP AUD 3 staat los van de doelgroep ZZP VG7 en is niet meegenomen in de onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
201	2.4.2	Hoe rechtvaardigt u eventuele verschillen in de tariefstelling tussen ZZP ZG VIS 5 en ZZP VG7, gelet op de overeenkomsten tussen beide ZZP's?	Zorgkantoren hanteren voor het ZZP ZG VIS 5 tarief het GZ tariefpercentage dat volgens onze tariefsystematiek voor de GZ zorgaanbieder van toepassing is. Deze doelgroep is door VWS niet genoemd als doelgroep waarvoor de extra € 40 miljoen voor 2023 en 2024 beschikbaar is gesteld. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZP VIS 5 staat los van de doelgroep ZZP VG7 en is niet meegenomen in de onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
202	2.4.2	VWS stelt dat de compensatie voor geleverde VG7 zorg verhoogd kan worden door middel van maatwerkafspraken. Hoe gaan die maatwerkafspraken er uit zien? Wanneer kom je in aanmerking voor deze maatwerkafspraken?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen u naar het aanvullend beleid Extra middelen voor VG 7 in 2024, zoals gepubliceerd bij deze Nota van Inlichtingen.
203	2.4.2	Hoe ziet de procedure voor deze maatwerkafspraken eruit?	U doelt in uw vraag op aanvullend beleid VG 7. Voor het antwoord op uw vraag verwijzen u naar het aanvullend beleid Extra middelen voor VG 7 in 2024, zoals gepubliceerd bij deze Nota van Inlichtingen.
204	2.4.2	Wij maken bezwaar tegen het feit dat veel cruciale informatie pas in de NVI bekend wordt gemaakt. Zo staat in paragraaf 2.4.2 van het Inkoopbeleid dat u ons in de Nota van Inlichtingen informeert over het beleid voor de uitwerking van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken (VG7). Voor het jaar 2023 wordt afzonderlijk aanvullend beleid gepubliceerd. Wij maken bezwaar tegen deze werkwijze. U heeft slechts één NvI voorzien in deze procedure. We kunnen over dit beleid dus geen vragen meer stellen. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde NvI te organiseren. Indien u hiertoe niet overgaat, waarom niet?	Zorgkantoren bieden de mogelijkheid om nog aanvullende vragen te stellen over het aanvullend beleid met betrekking tot tarief VG 7. Deze mogelijkheid geldt alleen voor vragen over aanvullend beleid VG 7.
205	2.4.2	Extra middelen VG 7. Het is onduidelijk op welke wijze Zorgkantoor Menzis de extra middelen VG7 gaat toekennen. U schrijft dat deze duidelijkheid wordt verkregen in de nota van inlichtingen per 30 juni. Onze instelling maakt bezwaar tegen deze situatie omdat binnen de huidige procedure geen mogelijkheid meer is om vragen te kunnen stellen na 30 juni op de nota van inlichtingen. Hiermee blijft onduidelijk waarvoor we inschrijven. Is Zorgkantoor Menzis bereid de huidige planning aan te passen om vragen van zorginstellingen over de nota van inlichtingen te kunnen stellen?	Zorgkantoren bieden de mogelijkheid om nog aanvullende vragen te stellen over het aanvullend beleid met betrekking tot tarief VG 7. Deze mogelijkheid geldt alleen voor vragen over aanvullend beleid VG 7.

206	2.4.2	De module voor gegarandeerd aanbod complexe zorg is nu beperkt tot VG7 (incl. behandeling). LVG 4-5 betreft minstens zo'n complexe doelgroep. Vanuit zorgaanbieder die behandelinstelling biedt: zouden deze hier ook niet onder gekaderd moeten worden? Zo nee, waarom niet?	Met module 3 voor de Gehandicaptenzorg willen we inzetten op voldoende zorgaanbod gericht op klanten met een complexe zorgvraag. We richten ons daarbij op klanten met een verstandelijke beperking (Wlz VG indicatie) met forse gedragsproblematiek; wij ervaren een knelpunt voor deze doelgroep in het kunnen (door)plaatsen naar een passende (permanente) verblijfsplek.
207	2.4.2	Wat verstaat u onder 'complexe doelgroepen' (zie onder andere de tabel op pagina 32)? Welke zorg en zorgzwaartepakketten vallen daaronder? Wat bedoelt u met een gegarandeerd aanbod?	Uw vraag heeft betrekking op de tabel Modules Gehandicaptenzorg (GZ) op pagina 3. De in deze tabel genoemde modules worden nader toegelicht in Bijlage A Toelichting Modules per sector. Onder 2. GZ leest u een nadere toelichting op deze module. Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar deze Bijlage.
208	2.4.2	De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (NvI). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kortgedingprocedures en de inschrijving?	Zorgkantoren bieden de mogelijkheid om nog aanvullende vragen te stellen over het aanvullend beleid met betrekking tot tarief VG7. Deze mogelijkheid geldt alleen voor vragen over aanvullend beleid VG7. De planning voor de inschrijving en kortgedingprocedure blijft zoals genoemd in onze inkoopdocumenten
209	2.4.2	Zorgkantoren kunnen middels maatwerkafsprakken individuele afspraken maken met zorgaanbieders over onder andere tariefpercentages. Staat u er voor open om maatwerkafspraken over onder andere de VG7 te maken?	De wijze waarop wij (financiële) afspraken willen met onze zorgaanbieders staat beschreven in de inkoopsystematiek in ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
210	2.4.2	Uiterlijk 30 juni publiceert u het beleid omtrent de verdeling van de €40 mio. Neemt u in de verdeling in overweging deze €40 mio te verdelen over de meest complexe en intensieve zorg aan cliënten met een VG7? Concrete vraag is of hierbij een onderverdeling gemaakt kan worden naar cliënten met een VG7 met en zonder een aanspraak op meerzorg? Zowel voor 2023 als voor 2024?	Bij deze Nota van inlichtingen informeren we u over het aanvullend beleid over de inzet van deze middelen. Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar dit aanvullend beleid.
211	2.5	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.5) Hoeveel geld heeft u gereserveerd voor de bekostiging van de hardheidclausule?	De impact van de hardheidsclausule is op voorhand niet te definiëren. De financiering van de hardheidsclausule is onderdeel van de contracteerruimte.
212	2.5	We weten niet welke garanties Menzis geeft inzake de hardheidsclausule. Kunt u dit meer concreet maken en garanties geven?	De impact van de hardheidsclausule is op voorhand niet te definiëren. De financiering van de hardheidsclausule is onderdeel van de contracteerruimte.
213	2.5	Menzis zorgkantoor geeft uiterlijk 20 oktober 2023 een terugkoppeling op een eventuele aanvraag voor de hardheidsclausule. Dit loopt in het proces nog niet helemaal in lijn met de	De deadline voor het doen van een inschrijving is 28 juli 2023. Om aanspraak te maken op de hardheidsclausule dient de zorgaanbieder het aanvraagformulier bij voorkeur vóór 1 september doch uiterlijk 21 september

		uiterste inschrijfdatum. Kan dit in de planning danwel in de voorwaardelijkheid worden aangepast?	2023 in te dienen. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.9 van het regionale inkoopbeleid.
214	2.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026) In par. 3.1.9 van het Inkoopbeleid beschrijft u de toepassing van de hardheidsclausule. In par. 3.2 van het Inkoopbeleid geeft u aan: de zorgaanbieder dient zijn inschrijving gestand te doen gedurende 120 dagen na definitieve gunning. Echter, pas na inschrijving (uiterlijk 20 oktober) zullen inschrijvers geïnformeerd worden of zij in aanmerking komen voor de hardheidsclausule. Dit is onvoldoende transparant en u ontneemt gegadigden op die wijze de mogelijkheid om een afgewogen keuze te maken of de uitvoering van de opdracht financieel haalbaar is. Immers: na inschrijving is het aanbod onherroepelijk, terwijl het mogelijk is dat doordat een gegadigde alsnog niet in aanmerking komt voor de hardheidsclausule de opdracht financieel niet haalbaar is voor een aanbieder. We verzoeken u om die reden om de termijn voor het indienen van een inschrijving uit te stellen tot minimaal 10 dagen na de ontvangst van een definitief besluit van Menzis ten aanzien van de toepasselijkheid van de hardheidsclausule (waarbij dus rekening wordt gehouden met een termijn voor rechtsbescherming tegen een mogelijk negatief besluit). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Menzis verwacht met de landelijke richttariefpercentages en het zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen tot reële tariefafspraken te komen waarbij de opdracht financieel haalbaar is voor zorgaanbieders en niet afhankelijk is van het wel/niet honoreren van het beroep op de hardheidsclausule. Het beroep op de hardheidsclausule is enkel mogelijk wanneer de gehanteerde tariefsystematiek voor de zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft. In die situatie zal een beroep op de hardheidsclausule gehonoreerd worden wanneer aan alle voorwaarden is voldaan.
215	2.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 3.1.9) In par. 3.1.9 van het Inkoopbeleid beschrijft u de toepassing van de hardheidsclausule. U geeft echter geen enkel inzicht in de wijze van beoordelen door Menzis. Dit is niet transparant en biedt ruimte voor willekeur. Kunt u toelichten: a) welke samenstelling het team heeft dat de beoordelingen uitvoert (functies en aantallen), b) op welke wijze wordt beoordeeld of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor de hardheidsclausule, c) welke beoordelingsaspecten worden gehanteerd om te bepalen of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor de hardheidsclausule en d) in hoeverre overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder onderdeel uitmaakt van deze procedure?	Het beoordelingsteam voor de hardheidsclausule bestaat uit een zorgexpert, een financieel expert en een zorginkoper. Toetsing vindt plaats onder andere aan de hand van doelmatigheid en eigen vermogen. Verder verwijzen wij naar andere gestelde vragen over de hardheidsclausule waar uitgebreid op deze aspecten wordt ingegaan.
216	2.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 3.1.9) In par. 3.1.9 van het Inkoopbeleid beschrijft u de toepassing van de hardheidsclausule. Op welke wijze kunnen zorgaanbieders bezwaar maken tegen een eventueel negatief besluit van Menzis ten aanzien van de hardheidsclausule? Kunt u de bezwaarprocedure toelichten?	Indien zorgaanbieders zich niet kunnen vinden in een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, kunnen zorgaanbieders daar tegenop komen op de wijze zoals beschreven in paragraf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid. Zorgaanbieders doen er daarbij verstandig aan om, bij een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, eerst contact op te nemen met Menzis Zorgkantoor binnen de rechtsbeschermingstermijn.

			Indien dit niet tot een oplossing leidt, dienen zij een kort geding aanhangig te maken.
217	2.6	Betekent "persoonsvolgende bekostiging" dat wanneer een zorgaanbieder een nieuwe geclusterde woonlocatie VPT bouwt in uw regio, én cliënt kiest op deze nieuwe locatie haar zorg af te nemen in VPT vorm, de financiering van deze geleverde zorg daadwerkelijk gefinancierd zal worden door Menzis, zonder restricties. Ook al is er voldoende VPT aanbod in de regio.? klant kiest en budget volgt ?	Zie paragraaf 2.6 in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
218	2.6	Persoonsvolgende bekostiging laatste alinea Wij snappen deze redenering niet. Kunt u toelichten waarom deze redenering zou leiden tot het niet hoeven korten op het tarief? De stijging van de beschikbare middelen voor ouderenzorg houdt toch al geen gelijke tred met de toename van de zorgvraag?	Zie paragraaf 2.6 in het Regionaal Inkoopbeleid 2024 - 2026. Hierin staat de beschrijving en bijbehorende systematiek van de persoonsvolgende bekostiging.
219	2.6	2.6 Daar stelt u dat wij er zeker van kunnen zijn dat wij voor elke klant die we opnemen (zoals vastgesteld in de herschikkingsafspraak) betaald krijgen.	U stelt hier geen vraag, maar citeert een passage uit paragraaf 2.6 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
220	2.6	Hoe gaat dit als we hiermee onze vastgestelde verblijfsdagen overschrijden? Of moeten we de herschikkingsafspraak voortaan zien als een zorgkostenplafond?	Zie paragraaf 2.10 nacalculatie in het Regionaal Inkoopbeleid 2024 - 2026.
221	2.6	Zo ja, staat dit dan niet op gespannen voet met de cliëntvolgende bekostiging en de vrije keuze van de cliënt?	Nee, zie paragraaf 2.8 herschikking in het Regionaal Inkoopbeleid 2024 - 2026.
222	2.6	Vraag 1. Als er landelijk onvoldoende middelen beschikbaar zijn, zult u een generieke korting toepassen op de tarieven. U denkt hiermee te bevorderen dat zorgaanbieders goed luisteren naar de klant en een passend zorgaanbod zullen realiseren. Wat is volgens u de koppeling tussen landelijk onvoldoende middelen en het goed luisteren naar de klant door zorgaanbieders? Bij het stijgende aantal ouderen, met daarbij een toenemende complexiteit van zorg, personele schaarste, stijgende kosten en dalende tarieven, vraagt dit om uitleg van het begrip passende zorg. Wat bedoelt u met passende zorg in dit kader?	Paragraaf 2.6 spreekt over een passend zorgaanbod. Daarmee bedoelen wij een zorgaanbod passend bij de wens/zorgvraag van de klant.
223	2.6	In_par. 2.6 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat in geval er landelijk onvoldoende middelen beschikbaar zijn, u de persoonsgebonden bekostiging realiseert door een generieke korting op het tarief van alle gecontracteerde	Het gecontracteerde tarief.

		zorgaanbieders. Dit betekent dat alle zorgaanbieders met een gelijk percentage worden gekort op hun gunningspercentage. Wat wordt bedoeld met "gunningspercentage"?	
224	2.6	Is_de verwachting dat er landelijk onvoldoende middelen beschikbaar kunnen zijn? Wanneer wordt helderheid verschaft over deze verwachting? Wanneer wordt dit gemeld? Hoeveel tijd krijgen we om te anticiperen op een mogelijke generieke korting? Wat zou de grootte van die korting kunnen zijn?	Eens per kwartaal geeft het Menzis Zorgkantoor een update over de contracteerruimte op haar website. De korting is afhankelijk van de overschrijding op het macro budgettair kader.
225	2.6	§ 2.6 pagina 33, in samenhang met artikel 8 lid 3 van Deel II van de Overeenkomst 2024-2028 (Bijlage 1) U behoudt zich het recht voor om een generieke korting door te voeren op de tarieven van alle zorgaanbieders indien er "landelijk onvoldoende middelen" zijn. Wat bedoelt u met 'landelijk onvoldoende middelen'? Het landelijke macrobudget, of de contracteerruimte van Menzis voor de betreffende regio, of iets anders? in artikel 8 lid 3 Overeenkomst 2024-2026 heeft u het namelijk alleen over de 'contracteerruimte'.	Initieel bedoelen we daarmee de contracteerruimte van het Menzis Zorgkantoor. Indien wij regionaal te kort komen doen wij een beroep op de andere zorgkantoren (landelijk). Als het Menzis Zorgkantoor een toereikende contracteerruimte heeft en er een landelijk tekort is, zal het Menzis Zorgkantoor haar aanbieders niet korten.
226	2.6	Houdt het zorgkantoor bij de inkoop 2024 rekening met een reserve onvoorzien en zo ja hoeveel of wordt het volledige budget vrijgegeven?	Zie paragraaf 2.6 persoonsvolgende bekostiging.
227	2.6	U werkt volgens het geld volgt klant principe. In de komende 5 jaar voorzien wij capaciteitsuitbreidingen (nieuwe geclusterde woningen) voor het VPT aanbod. Is deze uitbreiding onvoorwaardelijk?	Nee, ook de vpt prestaties zijn onderdeel van de herschikkingsystematiek.
228	2.6	Hoe verhoudt persoonsvolgende bekostiging zich tot de vastgeklikte capaciteit per zorgaanbieder en het declaratiemaximum.	Binnen de toekomstige vastgestelde intramurale capaciteit is persoonsvolgende bekostiging van toepassing.
229	2.7	Het zorgkantoor heeft uitgesproken dat zij niet direct een voorstander zijn van PGB zorg en ook ZIN bij kleine intitiatieven wil stimuleren. De bekostiging maakt dat er na opstart twee maanden gewacht diend te worden op een uitbetaling. Waarom wordt er niet gekozen voor bevoorschotting van nieuwe initiatieven binnen de aanbesteding zodat zij niet meteen tienduizenden euro's moeten voorfinancieren uit eigen middelen?	Het niet bevoorschotten van nieuwe initiatieven past beter binnen de systematiek van de persoonsvolgende bekostiging. Menzis Zorgkantoor gaat ervan uit dat u hiermee rekening houdt binnen uw bedrijfsvoering.
230	2.7	2.7 U schrijft eerst dat intramurale zorgaanbieders een overbruggingsbedrag ontvangen ter waarde van 80% van de productieafspraak waarna later in het gelijke hoofdstuk wordt	Zorgaanbieders die al voor 2016 gecontracteerd waren door Menzis Zorgkantoor komen in aanmerking voor een overbruggingsbedrag. Het betalen van een overbruggingsbedrag is door Menzis Zorgkantoor vanaf 2016

		aangegeven dat zorgaanbieders met een overeenkomst bij Menzis Zorgkantoor vanaf 2016 geen overbruggingsbedrag ontvangen. Wij gaan er vanuit dat dit berust op een misverstand en dat alle intramurale zorgaanbieders, ook als ze vanaf 2016 al een overeenkomst hebben met Menzis Zorgkantoor, in aanmerking komen voor een overbruggingsbedrag. Kunt u dit bevestigen?	afgeschaft voor nieuwe aanbieders, dus zorgaanbieders die vanaf 2016 of daarna voor het eerst een overeenkomst hebben gesloten met ons zorgkantoor.
231	2.7	De 1e maanden ontvangen we een overbruggingsbedrag gebaseerd op 80% van de productie afspraak algemeen. Vanaf maart wordt de declaratie van januari uitbetaald. Kan het verschil tussen de overbrugging en declaratie over de maanden januari en februari uitbetaald worden in het 1e helft van het jaar om zo het financieringsverschil tijdig te verkleinen? In het inkoopbeleid wordt niet duidelijk wat het moment dat dit verschil zou worden uitbetaald. Kunt u dit verduidelijken?	De bevoorschottingssystematiek wijzigt niet ten opzichte van het jaar 2023.
232	2.8	Aanvullend op bovenstaande extrapolatietechnieken houden wij vooral op de MPT prestatiecodes rekening met vakantie-invloeden om tot een reële herschikking te komen. Voor 2025 en 2026 gaan we uit van dezelfde procedure. Wij ontvangen graag een nadere toelichting hoe het zorgkantoor in de extrapolatie rekening houdt met de vakantie-invloeden. Mogen wij uit deze tekst herleiden dat het zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders tijdens de vakantieperioden minder zorg leveren, hetgeen in de praktijk vaak niet het geval is. Ook vragen wij ons af hoe een en ander zich verhoudt tot het begrip passende zorg en het behoud van personeel. Wij verzoeken u dan ook deze passage te schrappen uit het inkoopbeleid of transparant te beschrijven wat hieronder verstaan wordt, voor welke prestatiecodes dit geldt en hoe dit doorwerkt in de extrapolatie. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	De herschikking is bedoeld om een realistische inschatting van de jaarproductie te maken. Zoals we al jaren doen, houden we rekening met de mpt prestatiecodes tijdens de vakantieperiode. Eventuele aanpassingen van deze producten worden altijd transparant gecommuniceerd met de zorgaanbieder. We hebben dit expliciet verwoord in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, omdat de herschikking gebaseerd is op de periode 1 t/m 6 en geen rekening houdt met vakantiemaanden. Zonder correctie kan dit leiden tot een te hoge waarde bij de herschikking van de mpt-prestatiecodes.
233	2.8	p. 7 ad 4.8 "vakantie-invloeden": Vooral bij de MPT-prestatiecodes wordt rekening gehouden met vakantie-invloeden om tot een reële inschatting te komen. - wat bedoelt Menzis met deze vakantie-invloeden en hoe wordt hiermee rekening gehouden?	De herschikking is bedoeld om een realistische inschatting van de jaarproductie te maken. Zoals we al jaren doen, houden we rekening met de mpt prestatiecodes tijdens de vakantieperiode. Eventuele aanpassingen van deze producten worden altijd transparant gecommuniceerd met de zorgaanbieder. We hebben dit expliciet verwoord in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, omdat de herschikking gebaseerd is op de periode 1 t/m 6 en

		- gaat het meewegen van vakantie-invloeden leiden tot extra administratieve belasting, bijvoorbeeld doordat tarieven gaan variëren of aanvullende informatie nodig is over tijdelijke afwezigheid van personeel en/of bewoners? - hoe groot is het effect van deze vakantie-invloeden? Weegt het verwachte effect op tegen de extra administratieve belasting bij de zorgaanbieders? - wat is de reden dat vooral bij MPT rekening gehouden wordt met vakantie invloeden? Waarom niet bij de andere producten?	geen rekening houdt met vakantiemaanden. Zonder correctie kan dit leiden tot een te hoge waarde bij de herschikking van de mpt-prestatiecodes.
234	2.8	In lijn met eerdere vragen. 2.8 U schrijft binnen de herschikking rekening te houden met het bevriezen van verpleeghuisplekken. Hoe verhoudt zich dit tot de zorgplicht die Menzis Zorgkantoor heeft op het moment dat zorg thuis echt niet meer geleverd kan worden en overplaatsing intramuraal noodzakelijk is? Kan een cliënt dan toch opgenomen worden en gedeclareerd worden volgens het geld volgt klant principe?	Wij gaan ervan uit dat binnen de toekomstige vastgestelde capaciteit met groei van de mpt en vpt productie, wij kunnen voldoen aan onze zorgplicht.
235	2.8	Bij het bepalen van de herschikking kiest het zorgkantoor 2 methodes. Ongelukkigerwijs kan de maand juni net heel slecht uitvallen. Bij beide methodes valt dit nadelig uit voor de zorgaanbieder. Is het zorgkantoor bereid in die gevallen maatwerk toe te passen en een andere meer representatieve maand hanteren als basis voor de extrapolatie?	Nee, de maanden waarop de herschikking is gebaseerd is landelijk vastgesteld en zal in de basis als uitgangspunt worden genomen. Wij streven ernaar om te komen tot een reële herschikking.
236	2.8	Hoe wordt de contracteerruimte gezien terwijl er sprake is van geld volgt client? Betekent dit dat de € 0 afspraak niet meer mogelijk is?	In het budgetformulier van de NZa dienen wij altijd €1,- in. Dit blijft ongewijzigd.
237	2.8	U geeft aan dat aanvullend op de extrapolatie technieken op de MPT prestatiescodes rekening wordt gehouden met vakantie-invloeden. Kunt u hier een rekenvoorbeeld van maken voor het jaar 2024?	Indien wij in de vakantieperiode een significante daling zien van de mpt-prestatiecodes, dan corrigeren wij hiervoor in de herschikking. Het is van gezamenlijk belang om te komen tot reële herschikkingsaantallen. Dit doen we in afstemming met de zorgaanbieder.
238	2.8	Waarom wordt er bij de extrapolatie alleen rekening gehouden met extrapolatietechnieken met vakantie-invloeden van de MPT prestatiecodes? Dit geldt ons inziens ook voor de VPT gezien we dit in geclusterde vorm in de wijk (thuis) leveren. Hoe ziet u dit?	Historisch gezien hebben wij geen vakantiedip op de vpt prestaties. Mocht dit wel het geval zijn, dan zal de zorginkoper hierover met u in gesprek gaan. Het doel is immers om tot een reële herschikkingsafspraak te komen.
239	2.9	In het inkoopbeleid staat: “In het geval dat de contracteerruimte wordt overschreden en er onvoldoende middelen zijn	Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door VWS aan de zorgkantoren toegekende

		om het totale volume te bekostigen, wordt de prijs integraal met terugwerkende kracht tot 1 januari 2024 aangepast met een gelijk kortingspercentage voor alle zorgaanbieders." Wij achten dat voor de komende jaren geen houdbare aanpak. Het macrobudget en de NHC worden gekort en de aanbieders hebben te maken met grote kostenstijgingen. De kans dat de contracteerruimte wordt overschreden is groot en als dat gebeurt krijgen de aanbieders laat in het jaar nog een financiële tegenvaller voor de kiezen. - Kan de systematiek worden heroverwogen? - Zo nee, waarom niet?	contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag (Q) tegen het maximum NZa tarief te vergoeden. Volgens economische basisregels moet dan óf de prijs (P) óf het volume (Q) omlaag om binnen de contracteerruimte te blijven. Menzis Zorgkantoor kiest ervoor om niet het volume bij te stellen, maar de prijs. Zodoende realiseert Menzis Zorgkantoor persoonsvolgende bekostiging en kan Menzis Zorgkantoor voldoen aan de zorgplicht. Menzis Zorgkantoor zal op het moment dat de contracteerruimte dreigt te worden overschreden altijd een beroep doen op de daarvoor bestemde procedures bij het ministerie van VWS en/of de NZa.
240	2.9	Kan het Zorgkantoor Menzis voldoende zekerheid geven in het meegroeien van het budget, aangezien de extramuralisering van Wlz zorg tot een hogere kostprijs zal lijden?	Menzis Zorgkantoor is afhankelijk van de door VWS toegekende macro contracteerruimte. Extramuralisering zal ons inziens niet leiden tot een verhoging van de kostprijs.
241	2.9	Indien toekomstig taakstellingen vanuit VWS ertoe leiden dat er kortingen worden doorgevoerd ..... laten weten. Voor 2024 is dit niet van toepassing. De tarieven Wlz voor de ouderenzorg worden in 2024 zover wij weten t.o.v. 2023 generiek gekort met 0,50% en voor de producten die betrekking hebben op het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (VV4 t/m VV10) daar bovenop nog eens met 0,70%. (totaal korting circa 1,20%). Volgens ons is er dus wel sprake van een korting door VWS voor het jaar 2024. Kan Menzis dit bevestigen?	De paragraaf heeft betrekking op een eventuele aanpassing van de herschikkingsystematiek. Dit is in 2024 niet van toepassing.
242	2.9	Uit de woorden "Voor 2025 en 2026 gaan we uit van dezelfde procedure" lijk te volgen dat een afwijkende procedure voor de jaren 2025 en 2026 niet is uitgesloten. Kunt u bevestigen dat voor die jaren dezelfde procedure geldt? Zo nee, kunt u aangeven met welke procedure de zorgaanbieder rekening kan houden?	Wij gaan ervan uit dat uw vraag betrekking heeft op paragraaf 2.9 van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Menzis Zorgkantoor gaat er op dit moment van uit dat voor 2025 en 2026 dezelfde procedure gevolgd zal worden, maar Menzis Zorgkantoor kan dit niet garanderen/bevestigen. Zoals aangegeven in paragraaf 2.9 van het regionaal inkoopbeleid kunnen toekomstige taakstellingen vanuit VWS ertoe leiden dat de herschikkingssytematiek aangepast wordt waarbij Menzis Zorgkantoor niet op voorhand kan aangeven hoe de systematiek/procedure eruit zal komen te zien.
243	2.9	Klopt het dat een herschikking kan betekenen dat er met terugwerkende kracht andere of lagere tarieven worden vergoed? Is een hoger tarief ook mogelijk? Begrijpt u dat dit voor ons als Zorgaanbieder zeer onzeker is. Bent u bereid overeen te komen dat een herschikking niet tot een lager tarief kan leiden?	Ja, in de herschikking kan een lager tarief worden overeengekomen indien de macro contracteerruimte ontoereikend is. Een hoger tarief is niet mogelijk. Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door VWS aan de zorgkantoren toegekende contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag (Q) tegen het maximum NZa tarief te vergoeden. Volgens economische basisregels moet dan óf de prijs (P) óf het volume (Q) omlaag om binnen de contracteerruimte te blijven. Menzis Zorgkantoor kiest ervoor om niet het volume bij te stellen, maar de prijs. Zodoende realiseert Menzis Zorgkantoor persoonsvolgende

			bekostiging en kan Menzis Zorgkantoor voldoen aan de zorgplicht. Menzis Zorgkantoor zal op het moment dat de contracteerruimte dreigt te worden overschreden altijd een beroep doen op de daarvoor bestemde procedures bij het ministerie van VWS en/of de NZa.
244	2.9	U stelt in de disclaimer dat indien toekomstige taakstellingen vanuit VWS ertoe leiden dat er kortingen worden doorgevoerd op de contracteerruimte met een specifiek doel, gericht op één sector, de herschikking hierop wordt aangepast. Vraag: Ons inziens is het doel van een meerjarencontract dat er zekerheid bestaat over het tarief wat wij de komende jaren zullen ontvangen. Deze disclaimer haalt dit onderuit. Wij kunnen de continuïteit niet waarborgen wanneer tussentijds kortingen worden doorgevoerd. Wij maken hiertegen bezwaar.	Menzis Zorgkantoor wenst ook zoveel als mogelijk zekerheid te bieden maar kan niet buiten de contracteerruimte komen. Als voorzienbaar is dat de contracteerruimte als gevolg van kortingen zal worden overschreden, kan dit aanleiding zijn voor Menzis Zorgkantoor om eventueel samen met zorgaanbieders zich te wenden tot VWS.
245	2.9	U geeft aan dat in geval de contracteerruimte wordt overschreden, er onvoldoende middelen zijn om het totale volume te bekostigen, de prijs integraal met terugwerkende kracht tot 1 januari 2024 wordt aangepast met een gelijk kortingspercentage voor alle zorgaanbieders. In hoeverre wordt daarbij doelmatigheid meegenomen? Waarom wordt dit wel of niet meegenomen?	Doelmatigheid maakt geen onderdeel uit van de herschikkingssystematiek. Wel zal doelmatigheid van zorglevering onderwerp van gesprek zijn met uw zorginkoper.
246	2.9	U bepaalt: "Indien toekomstig taakstellingen vanuit VWS ertoe leiden dat er kortingen worden doorgevoerd op de contracteerruimte met een specifiek doel, gericht op één specifieke sector, zullen wij onze herschikkingssystematiek daarop aanpassen. Mocht dit van toepassing zijn, dan zullen wij dit in het jaar voorafgaand aan het betreffende contracteerjaar via aanvullend beleid aan u laten weten. Voor 2024 is dit niet van toepassing." Uiteraard zal dat aanvullend beleid in voorkomend geval rechtmatig moeten zijn ne behouden zorgaanbieders het recht om de eventuele onrechtmatigheid van dat aanvullende beleid te toetsen en zo nodig daar tegen op te komen. Bent u het daarmee eens?	Wanneer een zorgaanbieder inschrijft op deze inkoopprocedure, wordt de zorgaanbieder geacht onvoorwaardelijk met de inhoud van de inkoopdocumenten te hebben ingestemd (zie paragraaf 3.1.4 van het regionale inkoopbeleid). Menzis Zorgkantoor kan zorgaanbieders evenwel niet tegenhouden om nadien tegen de herschikkingssystematiek op te komen.
247	2.9	"Menzis zorgkantoor is verplicht om binnen de contracteerruimte van haar regio's te blijven. De Nza vraagt van Menzis Zorgkantoor om een sluitende financiering". Zoals bij u bekend blijkt uit recente rechtspraak dat de aangeboden tarieven kostendekkend moet zijn en beschikbare budget is niet leidend. U schrijft hier dat dat wel zo is. Hoe verhoudt zich dit volgens u met de jurisprudentie?	In de jurisprudentie waar vermoedelijk op wordt gedoeld is (onder andere) geoordeeld dat eventuele tekorten niet op de zorgaanbieders afgewenteld mogen worden. Wanneer sprake is van een ontoereikend budget kan dit aanleiding zijn voor Menzis Zorgkantoor om eventueel samen met zorgaanbieders zich te wenden tot VWS. Daarmee handelt Menzis Zorgkantoor in lijn met de jurisprudentie waar u waarschijnlijk op doelt.

248	2.9	In hoeverre mag je solidariteit verwachten bij doelmatige aanbieders t.o.v. minder doelmatige aanbieders in geval van ontoereikende contracteerruimte en daardoor een gelijk kortingspercentage? Het effect kan namelijk zijn dat cliënten voorkeur gaan ontwikkelen voor instellingen die minder doelmatig zijn en minder beroep doen op zelf- en samenredzaamheid en technologie. Wij zijn van mening dat het kortingspercentage moet kunnen differentiëren per doelmatigheidsklasse. We maken bezwaar tegen een gelijk kortingspercentage voor alle aanbieders.	Doelmatigheid maakt geen onderdeel uit van de herschikkingsmethodiek. Wij handhaven de gepubliceerde methodiek.

3. Procedure en voorschriften

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	3	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de minister de NZa twee besparingen in de NZa- maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord, waarvan één maatregel specifiek de gehandicaptenzorg raakt. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de minister: ''Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd."	Menzis Zorgkantoor stelt vast dat de NZa verantwoordelijk is voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Menzis Zorgkantoor handelt hiermee conform de instructie. Verder merkt Menzis op dat het tarief vastgesteld wordt op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. In deze systematiek is uitgebreid rekening gehouden met de jurisprudentie. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen, ongeacht de stellingname van de Minister.
2	3	Moeten wij als zorgaanbieder per prestatiecode aangeven hoeveel plaatsen wij hebben? Wanneer het antwoord bevestigend is, verwacht u dan een schatting van het aantal plaatsen waarop in de aankomende jaren aanvullingen gedaan kunnen worden?	Nee. Van nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders maar nieuw voor het zorgkantoor verwachten wij in het ondernemingsplan o.a. een toelichting op de doelgroep die u van zorg wil gaan voorzien, de producten (op basis van prestatiescodes) en de verwachte aantallen cliënten. Het is niet nodig dit te specificeren naar beschikbaarheid per prestatiecode.
3	3	Is het mogelijk om gedurende looptijd van de overeenkomst tussentijds een prestatie(code) toe te voegen?	Ja dit is mogelijk. U dient hiervoor een verzoek in bij uw zorginkoper. Uw zorginkoper (eventueel in overleg met een zorginhoudelijk adviseur) of uw organisatie is staat is om deze zorg te leveren.
4	3	Wij zijn voornemens in te schrijven op één sector, zijn wij dan verplicht om voor iedere module een plan van aanpak te schrijven of kunnen wij volstaan met één plan van aanpak voor het geheel?	Nee, per module moet een voorstel worden ingediend.
5	3	3.1 Procedure en voorschriften - Kunnen wij na de uiterste inschrijfdatum van 28 juli 2023 en ten tijde van de looptijd van onze overeenkomst 2024-2026 nog extra inschrijven op ggz w5 /b7 (alsmede gz vg7)? Dus wanener wj nu nog geen zorg (kunnen) bieden aan deze groep, maar op een later moment ons zorgaanbod willen uitbreiden is die mogelijkheid er dan?	Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Voor 2024 dient u zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00 uur in te schrijven op een module. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.

6	3	blz 37: vooruitlopend op het ontwikkelen van zorg, is het nodig in te schrijven op vpt incl BH? Of kan dit gedurende de looptijd worden aangevuld?	Bij uw inschrijving moet u aangeven welke leveringsvormen u levert c.q. voornemes bent te gaan leveren. Mocht u gedurende de looptijd andere leveringsvormen willen gaan leveren, dan kunt u dit bespreken met uw zorginkoper.
7	3	Verzoek:_We ontvangen graag een overzicht van de wijzigingen, die nav de nota van inlichtingen verwerkt zijn, in het zorginkoopbeleid ten opzichte van het originele zorginkoopbeleid.	Dit overzicht publiceren wij bij de Nota van Inlichtingen.
8	3	Indien_er een mondeling overleg is op verzoek van het zorgkantoor met ons als zorgaanbieder, verwachten we van Menzis het verslag van het gesprek dat ons wordt toegezonden.	Wij zullen de uitkomsten van een eventueel mondeling overleg schriftelijk met u delen.
9	3	Indien_wij niet op alle vragen een (sluitend) antwoord ontvangen, zien wij ons ertoe gedwongen juridische stappen te overwegen. Wij nemen geen genoegen met antwoorden op samengestelde vragen.	Dit is geen vraag, waardoor er ook geen antwoord gegeven kan worden.
10	3	Wij_verzoeken u de volledige inschrijf-procedure op te schorten met een minimale periode van 8 weken ivm de publicatie van de tariefbeschikking voor de Wlz 2024 en de zomervakanties. Er kan door zorgaanbieders bezwaar worden gemaakt tegen de tariefbeschikking voor de Wlz 2024 (dat is een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht) die in de regel op 1 juli wordt gepubliceerd, waarbij ook de rechtmatigheid van de onderliggende beleidsregel (normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg - BR/REG-23116a) aan de orde kan worden gesteld. De bezwaartermijn bedraagt 6 weken en die termijn is fataal. Indien zorgaanbieders dus bezwaar willen maken tegen het herijkte NHC-tarief dan moeten zij dit doen door een bezwaarschrift in te dienen bij de NZa binnen zes weken na publicatie van de tariefbeschikking 2024.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Wij schorten de volledige inschrijfprocedure niet op. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte dan wel de wijze van indexering van de NZa-maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
11	3	In Mercell staat dat dit een openbare aanbesteding betreft, dan is de aanbestedingswet van toepassing. Kunt u dit bevestigen?	Op deze inkoopprocedure is de Aanbestedingswet 2012 niet van toepassing.
12	3	Geoordeeld is dat zorgkantoren zich dienen te houden aan de aanbestedingsbeginselen met de beginselen inzake gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij moeten concluderen dat het huidige inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment niet bekend zijn. Het	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.

		tarief waarvoor wij de zorg dienen te verlenen is namelijk een van de relevante onderdelen uit de overeenkomst. Wij vragen Menzis Zorgkantoor de inkoopprocedure hierop aan te passen zodat wij, nadat de NZa de tarieven heeft gepubliceerd, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Bent u hiertoe bereid en zo nee hoe denkt Menzis Zorgkantoor met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	Wij geven geen mogelijheid voor het stellen van vragen na publicatie van de Nza tarieven. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa
13	3	De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa. Wij zijn niet bereid om te voorzien in een tweede inlichtingenronde.
14	3.1	En bijlage a- module 1 VV U schrijft dat we bij de inkoopprocedure in de bestuursverklaring moeten vermelding voor welke van de volgende leveringsvormen u zich inschrijft: ZP's inclusief behandeling (BH) en/of; ZP's exclusief behandeling (BH) en/of; vpt's inclusief behandeling en/of; vpt's exclusief behandeling; mpt's en/of prestatie h900. Vraag 1: tussen de vierde en vijfde opsomming staat geen "en/of" meer. Is dit een vergissing of betekent het iets? Indien het laatste, wat bedoelt u ermee/hoe moeten we dit begrijpen? Vraag 2: In de bestuursverklaring is hier geen mogelijkheid/plek opgenomen om de te leveren leveringsvormen op te geven. Wilt u Bijlage 3 hierop aanpassen? Zo niet, waar moeten we de leveringsvormen dan opgeven? Vraag 3: Ook in bijlage A toelichting op de modules en vervolgens module 1 vv vanaf pagina 16, wordt dit niet meer vermeld (met of zonder behandeling) Waarom heeft u er voor	1. Wij zullen een en/of toevoegen tussen de vierde en vijfde opsomming. 2. De leveringsvormen worden opgenomen in de inschrijfmodule via Mercell. 3. Het onderscheid met of zonder behandeling is voor de inschrijving op de modules V&V niet van belang. 4 en 5: Wij gaan er bij de leveringsvorm vpt en mpt niet vanuit dat dit altijd inclusief behandeling is.

		gekozen om dit niet terug te laten komen in de toelichting op de module? Vraag 4. Gaat u ervan uit dat binnen de VPT en/of MPT er altijd sprake is van 'inclusief behandeling'? Vraag 5: zo ja, waarom moeten we het dan nog apart aangeven?	
15	3.1	Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?	Het regionaal inkoopbeleid voorziet in deze mogelijkheid doordat zorgkantoren bij de beoordeling van de inschrijving op grond van paragraaf 3.1.6. de bevoegdheid (maar niet de verplichting) hebben om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten.
16	3.1	Van u mag worden verwacht, al dan niet op grond van de aanbestedingsrechtelijke beginselen waaronder het transparantiebeginsel, dat u afwijzingen van inschrijvingen voldoende motiveert. Afwijzingen van inschrijvingen voldoen hier doorgaans niet aan, omdat enkel wordt volstaan met de verwijzing naar de onderdelen van het inkoopbeleid waaraan de inschrijver niet zou voldoen, zonder toe te lichten waarom de inschrijver hieraan niet voldoet. Hierdoor is het voor inschrijvers onduidelijk hoe zij hun inschrijving kunnen aanpassen voor inschrijving tijdens een opvolgende mogelijkheid. Bent u bereid expliciet op te nemen dat u bij afwijzingen van inschrijvingen gemotiveerd zult toelichten waarom de inschrijving niet voldoet? Zo nee, waarom niet?	Als Menzis Zorgkantoor in de voorlopige gunningsbeslssing een afwijzende beslissing neemt, zal dit door Menzis gemotiveerd worden.
17	3.1	Document paragraaf 3.1 pg 37: Wij bieden vanuit één overeenkomst zorg aan zowel GZ- als GGZ-cliënten. Is het mogelijk om voor beide sectoren in te schrijven voor modules, dus per sector (binnen hetzelfde contract) aparte opslagen te ontvangen? Op die manier bereiken we namelijk voor de verschillende sectoren beter passende ontwikkelingen.	U kunt inschrijven voor 1 sector en voor de modules behorende bij die sector conform de criteria zoals aangegeven in paragraaf 3.1. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.

18	3.1	Houdt het Zorgkantoor onderscheid aan tussen ZZP prestaties inclusief en exclusief behandeling binnen een intramurale setting? Of wordt verwacht dat zorgaanbieders ZZP prestaties exclusief behandeling op termijn in de vorm van VPT organiseren?	Het onderscheid tussen ZZP prestaties in- en exclusief behandeling vloeit voort uit wet- en regelgeving. Onder voorbehoud van eventuele wijzigingen in wet- en regelgeving blijft dit onderscheid bestaan. We verwachten niet expliciet van zorgaanbieders dat zij ZZP prestaties exclusief behandeling in de vorm van vpt gaan organiseren.
19	3.1	Wat is de reden dat de nummering van de hoofdstukken en subparagrafen in de documenten niet overeenkomen met de nummeringin Mercell. Dit geeft een een onevenredig grote administratieve belasting en leidt tot fouten en te late aanlevering door zorgaanbieders. Waarom niet gekozen voor een één op één overeenkomst tussen gepubliceerde documenten en MErcell Vragen indienmodule?	Zowel het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 als het document Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg beginnen met een voorwoord en/of leeswijzer. Deze onderdelen zijn niet genummerd in de genoemde documenten. In Mercell is het technisch niet mogelijk om een hoofdstuk/onderdeel van een document in te richten zonder een nummering. Hierdoor sluit de nummering in Mercell helaas niet aan bij de nummering in de inkoopdocumenten.
20	3.1	In_par. 2.1 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat u zich het recht voorbehoudt om bij relevante externe ontwikkelingen de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek te herzien. Wij maken bezwaar hiertegen. Deze herzieningsclausule biedt ruimte voor willekeur en is niet transparant. Daarmee handelt u in strijd met het gelijkheidsbeginsel en het transparantiebeginsel. Dit geldt temeer nu in par. 3.2 van het Inkoopbeleid is bepaald dat zorgaanbieders zich door middel van een inschrijving uitdrukkelijk en onvoorwaardelijk akkoord verklaren met alle voorschriften in de inkoopdocumenten inclusief de bijlagen en de conceptovereenkomst. Wil een herzieningsclausule het beoogde effect hebben, dan dient zij in duidelijke, nauwkeurige en ondubbelzinnige bewoordingen te zijn opgesteld. Zie in dat kader voor een parallel art. 2.163c Aanbestedingswet 2012. Wij verzoeken u dan ook om de herzieningsclausule te ecarteren. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet? Indien u de herzieningsclausule niet wilt ecarteren dan verzoeken wij u de herzieningsclausule zodanig aan te passen dat in duidelijke, nauwkeurige en ondubbelzinnige bewoordingen wordt aangegeven: wat de aard en omvang van mogelijke wijzigingen is en de voorwaarden waaronder deze kunnen worden gebruikt (waarbij de wijzigingen de algemene aard van de opdracht niet mogen veranderen). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	De herzieningsclausule, zoals verwoord op pagina 31 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 en in bijlage A Toelichting modules per sector vervalt. Alleen op basis van paragraaf 3.1.7 kunnen er wijzigingen in het beleid (en dus ook de modules met de daarbij behorende opslagen) worden doorgevoerd.
21	3.1	In_par. 2.1 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat u zich het recht voorbehoudt om bij relevante externe ontwikkelingen de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek te herzien. U noemt onder andere bij wijzigingen van kwaliteitskaders. We weten nu al dat het Generiek Kompas gaat	Het Generiek Kompas komt - bij invoering - in de plaats van het huidig geldende kwaliteitskader. Wij verwachten - conform de Bestuursverklaring - dat u zich houdt aan het voor de sector relevante kwaliteitkader.

		komen. Onvoldoende duidelijk is in welke mate hier al rekening mee is gehouden binnen uw inkoopbeleid. Wat kunnen gegadigden verwachten wanneer dit kompas wordt vastgesteld?	
22	3.1.1	In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?	Voor het onderscheid tussen een meerjarige overeenkomst en een eenjarige overeenkomst hanteren wij de uitgangspunten, zoals genoemd in Paragraaf 3.1.1 van Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Het is niet mogelijk dat, vanwege de reden die u in uw vraag noemt, u als bestaande aanbieder ervoor kunt kiezen om een éénjarige overeenkomst af te sluiten.
23	3.1.1	In deze paragraaf wordt aangegeven wanneer een aanbieder door jullie als "nieuw" wordt gekenmerkt. Zoals ook bij de vraag onder 4.3. is aangegeven zijn wij officieel een nieuwe aanbieder echter kunnen wij ons hier niet in vinden. Door het overhevelen van BIC en Kompas van Pro Persona naar de Pompestichting zijn wij een nieuwe aanbieder. Door deze overheveling zijn er WLZ bedden vanuit Pro Persona naar de Pompestichting gegaan. Wij hebben ons al bewezen als trouwe partner in de regio als het aankomt op zeer complexe GGZ zorg. De enige wijziging is de AGB code, een administratieve zaak welke niets te maken heeft met de zorg die wij leveren. Deze structuurwijziging komt juist voort uit de gedachtegang dat wij door gedeelde expertise betere gespecialiseerde zorg kunnen bieden aan onze complexe patiëntenpopulatie. Wij zouden dan ook graag de richtlijnen willen volgen van dit inkoopbeleid voor bestaande zorgaanbieders, en niet voor nieuwe zorgaanbieders.	Wij hanteren de definities voor bestaande en nieuwe aanbieders, zoals geformuleerd in ons Regionale Inkoopbeleid 2024-2026.
24	3.1.1	Document paragraaf 3.1.1 pg. 38: Wij zijn een huidige GZ-zorgaanbieder, met op dit moment een beperkt aandeel GGZ. Als wij apart voor GGZ gecontracteerd willen worden, worden wij dan gezien als bestaande of nieuwe aanbieder?	Op grond van paragraaf 3.1. kunt u inschrijven voor 1 sector. Inschrijving op 2 sectoren is niet mogelijk.

25	3.1.1	Document paragraaf 3.1.1 pg. 38: Wij zijn een GZ-zorgaanbieder, met op dit moment een beperkt aandeel GGZ. Als wij apart voor GGZ gecontracteerd willen worden, moeten wij dan inschrijven met een nieuwe AGB-code en een nieuw Nza-nummer?	Op grond van paragraaf 3.1. kunt u inschrijven voor 1 sector. Inschrijving op 2 sectoren is niet mogelijk.
26	3.1.10	Zorgkantoor Menzis is gevestigd in Wageningen (Gelderland). Waarom dienen geschillen in Den Haag (Zuid-Holland) te worden voorgelegd. Waarom niet bij de rechtbank in Arnhem ook gelegen in de provincie Gelderland?	Geschillen die ontstaan naar aanleiding van onderhavige inkoopprocedure dienen te worden voorgelegd aan de bevoegde (voorzieningen)rechter in Den Haag. Menzis Zorgkantoor heeft voor de (voorzieningen)rechter in Den Haag gekozen omdat dit aansluit bij de forumkeuze van de andere zorgkantoren. In artikel 22 lid 4 Deel III van de overeenkomst staat vervolgens dat geschillen die niet samen kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering (NAI) of aan de bevoegde rechtbank te Arnhem. Menzis Zorgkantoor kiest er voor om geschillen gedurende de looptijd van de overeenkomst voor te leggen aan de dichtsbijzijnde rechtbank.
27	3.1.10	Vraag: Op welke datum wordt de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de zorgaanbieder verzonden?	Zoals vermeld in de tabel in paragraaf 3.1.2 van het Regionaal inkoopdocument 2024-2026 is de datum van de voorlopige gunningsbeslissing 20 oktober 2023
28	3.1.10	U bepaalt: "Mocht 1 van de zorgaanbieders naar aanleiding van de voorlopige gunningsbeslissing, tijdig en op juiste wijze een kort geding aanhangig maken, dan zal Menzis Zorgkantoor de overige zorgaanbieders hierover inlichten. Zorgaanbieders dienen in deze kortgedingprocedure te interveniëren, op straffe van verval van recht om – nadien – nog op te komen tegen een eventueel gewijzigde gunningsbeslissing.". Deze 'interventie-plicht' is onredelijk en disproportioneel. U kunt niet verlangen dat iedere zorgaanbieder intervenieert in een (zelfs: ieder) kort geding dat tegen een gunningsbeslissing aanhangig wordt gemaakt. Er schrijft een veelheid aan zorgaanbieders in, met een kans op evenzoveel kort gedingen. Dit jaagt zorgaanbieders op hoge proceskosten. Bovendien is het maar de vraag of interventies in alle gevallen zullen worden toegestaan. Wij verzoeken u deze bepaling te schrappen.	Menzis Zorgkantoor begrijpt uw opmerking en verwarring maar past het inkoopbeleid op dit punt niet aan. De voorlopige dan wel definitieve gunning van zorgaanbieders is in principe niet afhankelijk van de voorlopige dan wel definitieve gunning aan andere zorgaanbieders. Anders dan bij inkoopprocedures waarbij slecht één zorgaanbieder wordt gegund. Menzis Zorgkantoor verwacht ook niet dat zorgaanbieders in alle gevallen interveniëren maar slechts in die gevallen die dat dit relevant zou zijn.
29	3.1.2	Tot 29-09-2023 is er de mogelijkheid om een gesprek over contractering en voorwaarden aan te gaan. Hoe kunnen we hiervoor in aanmerking komen? Hoe dienen we dit gesprek aan te vragen?	De situaties wanneer een gesprek over contractering en voorwaarden van toepassing kan zijn, staat beschreven in ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. In dat geval zal Menzis Zorgkantoor uw organisatie uitnodigen voor dit gesprek.

30	3.1.2	De termijn tussen definitieve gunningsbeslissing en indienen budgetformulier is er krap. Kan de termijn verlengd worden tot einde van de week van 15 november of de datum van de definitieve gunningsbeslissing vervroegd?	De termijnen kunnen niet worden aangepast.
31	3.1.2	Waarom hanteert u voor de uiterlijke momenten waarop aanbieders zaken aan moeten leveren deadlines met datum én tijdstip en voor de momenten waarop Menzis zaken publiceert alleen data? Ook daar zou een tijdstip zeer wenselijk zijn.	Wij nemen uw wens voor kennisgeving aan.
32	3.1.2	alsmede Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel II.B, artikel 2 lid 3 Er ontbreken duidelijke en objectieve kaders voor het maken van productieafspraken. U bepaalt enkel: "De afspraken zijn veelal overeenkomend met het voorgaande jaar.". Bovendien spreekt u in artikel 2 lid 3 over het 'afgesproken omzetniveau', maar duidt ook daar niet wat daarmee is bedoeld. aldus zijn de kaders onvoldoende transparant en biedt te veel ruimte voor willekeur. Wij verzoeken u transparante en objectieve kaders voor het maken van productieafspraken op te nemen en dit ook in artikel 2 van Overeenkomst (Bijlage 1) goed op te nemen.	De objectieve kaders voor de te maken productie-afspraken zijn de voorwaarden in wet-en regelgeving, de Nza-beleidsregels en/of de Aanvullende Voorwaarden, zoals genoemd in Bijlage 4 bij dit inkoopbeleid. Zoals ook in het door u genoemde artikel 2, lid 3, genoemd staat is het omzetniveau de financiële afspraak conform het herschikkingsformulier. Zie verder ook lid 4 van ditzelfde artikel.
33	3.1.2	pag.40 U bepaalt: "Als u gedurende het jaar nieuwe prestaties of (specialistische) zorgvormen wil gaan leveren, dan kunt u dit bij de zorginkoper aanvragen. Vervolgens beoordelen we of dit door u kan worden geleverd.". Dit is geen objectief en transparant beoordelingskader om te bepalen of een zorgaanbieder nieuwe prestaties or specialistische zorgvormen mag gaan leveren. Wilt u een objectief en transparant beoordelingskader opnemen?	De objectieve kaders voor de te maken productieafspraken en daarbij behorende prestatiecodes zijn de voorwaarden in wet-en regelgeving, de Nza beleidsregels en/of de Aanvullende inkoopvoorwaarden (bijlage 4 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026).
34	3.1.2	Er mist een format voor het 'Addendum Nadere Afspraken'. Wilt u dat toevoegen? Het is van belang dat de nadere afspraken daarin op eenduidige wijze worden gefomuleerd, omdat anders sprake is van willekeur en bovendien de voorwaarden van de overeenkomst onvoldoende bepaaldbaar zijn.	Wij zullen een format voor het 'Addendum Nadere afspraken' invoegen in Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2024-2026 en Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2024.

35	3.1.2	Publicatie Nota van Inlichtingen is 30 juni, als blijkt dat wij toch als nieuwe aanbieder worden gezien dan wordt de deadline voor inschrijving op 28 juli 2023 (mede gezien vakantieperiode) zeer kort. Is hier over nagedacht?	De voorbereidingen voor de inschrijving kunnen door zorgaanbieders opgestart worden vanaf publicatie van het inkoopbeleid op 1 juni. De termijn tot indiening op 4 augustus achten wij haalbaar.
36	3.1.2	Waarom is de procedure rondom de hardheidsclausule niet opgenomen in het schema? Idem v.w.b. mogelijk bezwaar op basis van het inkoopbeleid?	In het schema in paragraaf 3.1.2 zijn processtappen en daarbij behorende data genoemd die van toepassing zijn voor alle inschrijvers in deze inkoopprocedure. Voor de hardheidsclausule geldt dat niet. Het regionaal inkoopbeleid kent geen aparte bezwaarprocedure. Wanneer volgens een zorgaanbieder sprake is van onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten, kan de zorgaanbieder hier melding van maken in de Nota van Inlichtingen zoals vermeld in paragraaf 3.1.4 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. De Nota van Inichtingen is opgenomen in het schema in paragraaf 3.1.2.
37	3.1.2	Wij hebben serieuze bezwaren tegen het inkoopbeleid, en sluiten niet uit dat wij naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen moeten besluiten een kort geding procedure aanhangig te maken. Er zal geen vonnis zijn voordat de inschrijvingen worden ingediend. Wij zullen dan mogelijk een inschrijving onder protest/bezwaar indienen. - Is dat ook hoe u het voor zich ziet? - Zo nee, hoe wilt u dat wij met een dergelijke situatie omgaan?	Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van de antwoorden in de NvI en uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de bevoegde voorzieningenrechter. Menzis zal de inkoopprocedure niet opschorten in afwachting van de uitkomst van het kort geding. Indien onder protest/bezwaar wordt ingeschreven onder verwijzing van het aanhangig gemaakte kort geding, zal Menzis dit niet opvatten als een voorwaardelijke inschrijving.
38	3.1.2	Het inkoopkader geeft aan dat inschrijven via Mercell vanaf 3 juli mogelijk is. Hoe weten we dat daar dan dezelfde informatie als de nu verstrekte informatie daar de mogeijkheid tot stellen van vragen sluit op 15 juni 2023 12 uur?	De inschrijvingsmogelijkheid via Mercell bevat geen andere informatie dan de nu verstrekte informatie bij publicatie van het inkoopbeleid. Uitgebreid met eventuele aanpassingen naar aanleiding van vragen, zoals weergegeven in deze Nota van Inlichtingen.
39	3.1.2	De inschrijvingstermijn van 3 juli 2023 tot uiterlijk 28 juli 2023 12:00 is te kort, mede omdat de inschrijving voor de modules een zorgvuldige voorbereiding vraagt. Zeker in de zomer en vakantieperiode is deze planning ongelukkig. Bent u bereid om de inschrijvingsperiode te verlengen? Zo nee, waarom niet?	De inschrijvingstermijn is gewijzigd van 7 juli 2023 tot uiterlijk 4 augustus 2023, 12.00 uur. De voorbereidingen voor de inschrijving kunnen door zorgaanbieders worden opgestart vanaf publicatie inkoopbeleid op 1 juni. Wij achten de termijn voor indiening haalbaar.
40	3.1.2	In afgelopen jaren was een budgetafspraak van nihil indienen voldoende. Klopt het dat deze afspraak vervalt voor 2024 e.v.? Moet er weer een schatting worden gemaakt voor het komende jaar?	Nee, dit klopt niet. Wij gaan de komende jaren weer een €1,- budgetafspraak indienen bij de NZa.
41	3.1.2	3.1.2. U schrijft dat zorgaanbieders die zijn afgewezen naar aanleiding van de inschrijving uiterlijk d.d. 28 juli 2023 de mogelijkheid krijgen om via tussentijds contracteren opnieuw	Nee, in dat geval geldt dat de overeenkomst dan ingaat op 1 juni 2024.

		in te schrijven. Betekent dit dat de ingangsdatum van de overeenkomst wel 1 januari 2024 zal zijn?	
42	3.1.3	Vanaf 1 juni staat de aanbesteding op Mercell met daarin opgenomen maar 2 documenten: Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg én Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Op de website van het zorgkantoor staan alle documenten. Hoe kunnen we controleren dat deze niet tussentijds wijzigen daar deze niet zijn opgenomen in Mercell?	In Mercell is het Regionaal inkoopdocument inclusief bijlages en het document Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg gepubliceerd. De bijlages bij het Regionaal Inkoopdocument zijn niet als losse bijlages toegevoegd in Mercell, maar zijn terug te vinden in de tender Regionaal Inkoopdocument -> Hoofdstukken -> Bijlages.
43	3.1.3	Er wordt dit jaar gebruik gemaakt van een nieuw platform, Mercell. Het gebruik hiervan is lastig en in sommige gevallen ook onduidelijk. De helpdesk van Mercell biedt ook niet altijd een antwoord. Het is heel erg zoeken hoe en waar vragen in te vullen, hoe het proces in Mercell eruit ziet etc. Er is geen bijeenkomst geweest over het gebruik van dit platform. Waarom niet?	De verschillende onderdelen van de inkoopprocedure in Mercell worden in fasen ingericht en opgeleverd. Gezien de strakke tijdsplanning is het niet mogelijk hiervoor een afzonderlijke bijeenkomst te organiseren. Op de website van Menzis Zorgkantoor zijn verschillende werkinstructies over het gebruik van Mercell gepubliceerd: https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/zorginkoop-2024-2026.
44	3.1.3	Er staat nergens waar wij een bezwaar kunnen indienen wij refereren derhalve aan dezelfde manier van het indienen van de NVI via Mercell en zullen dit via berichten aan u melden	Menzis Zorgkantoor neemt dit voor kennisgeving aan.
45	3.1.3	Pg 40 3.1.3. “Veel voorkomende vragen zullen we niet letterlijk opnemen en beantwoorden, maar samenvoegen en van een antwoord voorzien”. Opmerking/vraag: Als we in een veel voorkomende vraag, wel de strekking van onze vraag herkennen, maar niet de letterlijke tekst – waardoor het antwoord niet ingaat op een deel of detail van onze vraag, dan maken wij bezwaar tegen deze keuze (procedure) van Menzis.	Samengevoegde antwoorden zullen een antwoord geven op alle onderdelen of details van een gestelde vraag.
46	3.1.4	U stelt dat enkel wanneer je als aanbieder zelfstandig bezwaren heeft ingediend, een instelling beroep kan doen op de door hen gestelde bezwaren en je je niet kan beroepen op op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht. De zorgaanbieder is lid van de VGN en heeft dit lidmaatschap om indien nodig in gezamenlijk te kunnen opereren, waaronder ook ingezamenlijkheid van andere aanbieders met het zelfde aanbod dit te kunnen. Ben u bereid dit punt te herzien?	Nee, wij zullen dit niet herzien. Zoals aangegeven in paragraaf 3.1.4. van het Regionaal Inkoopdocument (de paragraaf waar u in uw vraag naar verwijst) verwachten wij een proactieve houding van u, de (potentiële) zorgaanbieder.

47	3.1.4	bezwaar: Zelfstandig ingediende bezwaren We maken bezwaar tegen het feit dat enkel zelfstandig ingediende bezwaren worden behandeld en de zorgaanbieder zich niet kan beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht. De zorgaanbieder ziet graag de mogelijkheid om in gezamenlijkheid te kunnen opereren op een bezwaar gesteld door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s).	Wij zullen dit niet herzien. Zoals aangegeven in paragraaf 3.1.4. van het Regionaal Inkoopdocument, verwachten wij een proactieve houding van u, de (potentiële) zorgaanbieder.
48	3.1.4	Wat is de uiterste datum dat waarop wij bezwaar kunnen maken tegen het inkoopbeleid en onderdelen die daarbij horen?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar paragraaf 3.1.4. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
49	3.1.4	Op welke wijze moeten we bezwaar maken tegen het inkoopbeleid en onderdelen die daarbij horen?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar paragraaf 3.1.4. van het Regionaal Inkoopdocument 2014-2016.
50	3.1.4	U verklaart niet expliciet in uw inkoopbeleid de aanbestedingsrechtelijke beginselen te volgen, wat wel terugkomt in het inkoopbeleid van andere zorgkantoren. Wel noemt u uw inkoopdocumenten ‘aanbestedingsdocumenten’ in paragraaf 3.1.4. Zijn volgens u de aanbestedingsrechtelijke beginselen wel of niet van toepassing op dit inkoopproces? Kunt u dat toelichten? Bent u bereid alsnog expliciet op te nemen dat de aanbestedingsrechtelijke beginselen van toepassing zijn? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 in overeenstemming is met de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid en de aanbestedingsbeginselen. Mocht de vragensteller van mening zijn dat dit niet het geval zou zijn, lag het op de weg van de vragensteller om in de vraag duidelijk aan te geven op welke aspecten van het regionale inkoopbeleid volgens de vragensteller hier niet aan wordt voldaan.
51	3.1.4	Bezwaar - vervolg Tariefdifferentiatie Menzis Zorgkantoor hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis Zorgkantoor heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is in welke mate de zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor tariefopslagen, aangezien deze tariefopslag afhankelijk is van een cijfer voor de beoordeling van voorstel. De zorgaanbieder verzoekt Menzis Zorgkantoor dan ook te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor de zorgaanbieder navolgbaar is hoe de beoordeling van de tariefopslag tot stand komt. Bezwaar rechtsverwerkingsclausules en termijnen bezwaar Tot slot maakt de zorgaanbieder bezwaar tegen de	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken.De wijze waarop zorgkantoren vervolgens tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages per sector, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële/proportionele tariefafspraken te komen. Voor wat betreft de doelmatigheid is het in de eerste plaats aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen op welke wijze de doelmatigheid in zijn/haar organisatie vergroot kan worden. Om zorgaanbieders te helpen bij het verbeteren/vergroten van de doelmatigheid start Menzis Zorgkantoor met een traject doelmatigheidsverbetering om het verbeterpotentieel per zorgaanbieder te onderzoeken. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 1.2.3. van het Regionaal inkoopbeleid. Voor wat betreft de tariefdifferentiatie heeft Menzis bij het vaststellen

		rechtsverwerkingsclausules die Menzis Zorgkantoor hanteert. De zorgaanbieder acht het disproportioneel dat zij reeds voor publicatie van de nota van inlichtingen en derhalve op zeer korte termijn bezwaar moet indienen op straffe van verval van recht. Zij kent immers de beantwoording van haar vragen nog niet, terwijl deze antwoorden eventuele bezwaren ook kunnen wegnemen. De zorgaanbieder verzoekt u derhalve de bezwaartermijn te verlengen tot (ten minste) 20 kalenderdagen na publicatie van de (laatste) Nota van Inlichtingen, waarbij de zorgaanbieder eerst de uitkomst van de bezwaarprocedure kan afwachten alvorens zij een kort geding aanhangig dient te maken. Hiermee wordt immers eveneens voorkomen dat beide partijen onnodig kosten moeten maken. Gelet op het voorgaande behoudt de zorgaanbieder zich tevens het recht voor om nog bezwaar te maken tegen (gevolgen van) antwoorden die Menzis Zorgkantoor geeft in de nota van inlichtingen en die van invloed kunnen zijn op de zorgaanbieder. Slot Stichting Nieuw Woelwijck ziet uw reactie op het bovenstaande bezwaar graag zo spoedig mogelijk tegemoet.	van de opslagpercentages voor de modules de vrijheid om te bepalen wat zij belangrijk vindt ter bepaling van de hoogte van de opslag. De opslag betreft een stimulans en komt bovenop het tarief. Bestaande zorgaanbieders die voldoen aan de Menzis voorwaarden kunnen zich inschrijven op de modules en daarmee in aanmerking komen voor tariefopslagen. Per module is aangegeven op welke wijze zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een opslag en wat de hoogte van de opslag is. Menzis acht de gekozen systematiek dan ook navolgbaar. Ten aanzien van het bezwaar tegen de rechtsverwerkingsclausule, is de stellingname van de vragensteller onjuist dat voor publicatie van de NvI bezwaar moet worden ingediend. Indien de zorgaanbieder in het kader van de NvI Menzis heeft gewezen op eventuele onduidelijkheden en/of onrechtmatigheden en dat niet heeft geleid tot een aanpassing of de aanpassing in de ogen van de zorgaanbieder onjuist of onvoldoende is, staat het de zorgaanbieder vrij om uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de bevoegde voorzieningenrechter.
52	3.1.4	Op pagina 41 wordt met betrekking tot de inkoopprocedure en aanbestedingsdocumenten beschreven tot welke momenten bezwaar mogelijk is (na het verstrijken van de uiterste termijn voor inschrijving, kunt u geen bezwaar meer maken) en wanneer een kort geding moet zijn gestart (dan dient u uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken). Deze termijnen lopen niet goed samen, want bezwaar is nog mogelijk na starten kort geding. Moeten die termijnen niet precies andersom zijn?	In de tweede alinea op pagina 41 van het regionale inkoopbeleid heeft Menzis Zorgkantoor enkel duidelijk gemaakt dat na het verstrijken van de uiterste termijn voor het doen van een inschrijving, zorgaanbieders hun rechten verwerken om bezwaar te maken tegen (de gevolgen van) eventuele schendingen van het recht en wordt de zorgaanbieder die een inschrijving heeft ingediend geacht onvoorwaardelijk met de inhoud van de documenten te hebben ingestemd. Dit betreft dus geen bezwaarprocedure. Indien een zorgaanbieder in de NvI heeft gewezen op onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden of bezwaar heeft gemaakt en dat niet heeft geleid tot aanpassing van de aanbestedingsdocumenten of indien de aanpassing volgens de zorgaanbieder niet juist of onvoldoende is, dan dient de zorgaanbieder uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding aanhangig te maken op straffe van rechtsverwerking.
53	3.1.4	U schrijft dat wij als zorgorganisaties slechts bezwaar kunnen maken op onduidelijkheden, onvol-komenheden en/of onrechtmatigheden wanneer wij deze zelfstandig naar voren hebben ge-bracht. Wij maken hier bezwaar tegen. De Nota	Deze bepaling heeft tot doel dat het 'meeliften' op bezwaren van andere zorgaanbieders en het vervolgens opportunistisch procederen in kort geding wordt voorkomen.

		van Inlichtingen maakt namelijk integraal onder-deel uit van het inkoopbeleid hetgeen betekent dat het niet relevant is of wij zelf een vraag hebben gesteld of een andere instelling. De Nota van Inlichtingen moeten wij als uitgangspunt kunnen nemen bij een beroep op onvolkomenheden, onduidelijkheden en/of onrechtmatig-heden.	
54	3.1.4	Hoe kan het Menzis Zorgkantoor op geen enkele wijze aansprakelijk zijn voor de gevolgen van de eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten die zij zelf heeft opgesteld? Dat is tenminste een gedeelde verantwoordelijkheid.	De inkoopdocumenten zijn door Menzis Zorgkantoor met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Desondanks kunnen er onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten voorkomen. In dat kader mag Menzis Zorgkantoor een proactieve houding van zorgaanbieders verwachten om eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan Menzis Zorgkantoor kenbaar te maken. Menzis wenst hiermee te voorkomen dat zorgaanbieders inschrijven en daarmee akkoord gaan met alle voorwaarden, en vervolgens het standpunt innemen dat de inkoopprocedure onrechtmatigheden bevat.
55	3.1.4	In het inkoopbeleid wordt geen afzonderlijke mogelijkheid tot het maken van bezwaar tegen het inkoopbeleid genoemd. Wij willen wel bezwaar maken en dienen dit in via de Nota van Inlichtingen. De brief (zie bijlage) is ook verstuurd via een bericht in Mercell aan het zorgkantoor. Geachte heer, mevrouw, Driestroom maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis niet. Richttariefpercentage Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage,	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geindexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijigingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed

namelijk 95,7%. In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent Driestroom dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd. In de vierde plaats maakt Driestroom bezwaar tegen het feit dat Menzis in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren. In de zesde plaats dient Driestroom de exploitatie sluitende te houden mede door weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege tekort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.

		gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt Driestroom bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Menzis en verzoekt zij Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten. Tariefdifferentiatie Menzis hanteert mogelijkheden voor tariefdifferentiatie. Menzis heeft echter geenszins onderbouwd hoe zij hiertoe is gekomen en waarom zij meent aan de hand hiervan tot reële tarieven te komen, temeer omdat ook in hoge mate onduidelijk is of, en zo ja in welke mate Driestroom in aanmerking kan komen voor tariefopslagen. Driestroom verzoekt Menzis dan ook i) te onderbouwen op welke wijze zij tot de voorgenomen tariefdifferentiatie is gekomen en ii) een duidelijke systematiek uiteen te zetten zodat voor Driestroom navolgbaar is onder welke omstandigheden en in welke mate zij een beroep kan doen op tariefopslagen. Slot Driestroom ziet uw reactie op het bovenstaande bezwaar graag zo spoedig mogelijk tegemoet. Met vriendelijke groet, Driestroom drs. E.A.M. Nelissen Voorzitter Raad van Bestuur	
56	3.1.4	Er staat "Geïnteresseerden kunnen zich daarom niet (achteraf) beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiele) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht". Als een andere zorgaanbieder nu een vraag stelt en daar later een bezwaar over indient kunnen wij toch ook bezwaar maken op basis van de vraag van de andere zorgaanbieder. Kunt u dit toelichten?	Nee. Deze bepaling heeft tot doel dat het 'meeliften' op bezwaren van andere zorgaanbieders en het vervolgens opportunistisch procederen in kort geding wordt voorkomen.
57	3.1.4	In document paragraaf 3.1.4 pg. 41: Op welke wijze kunnen wij bezwaar indienen tegen uw zorginkoopbeleid en wat is de uiterste datum hiervoor?	De wijze waarop en de termijnen waarbinnen zorgaanbieders hun bezwaren kunnen uiten tegen het regionale inkoopbeleid staan omschreven in paragraaf 3.1.4.
58	3.1.4	U_geeft aan dat Menzis zich het recht voorbehoudt om de procedure op te schorten wanneer een kort geding aanhangig wordt gemaakt tijdens de procedure. Gegadigde verzoekt u de procedure in geval van een kort geding in alle gevallen op te schorten. De uitkomst van het kort geding kan immers invloed hebben op de procedure. Bent u hiertoe bereid? Indien u hiertoe niet bereid bent verzoeken wij u toe te lichten waarom niet.	Menzis zal de inkoopprocedure niet opschorten in afwachting van de uitkomst van een kort geding vanwege de vertraging die dit met zich meebrengt.

59	3.1.4	U_geeft aan dat wanneer een aanbieder een overeenkomst wenst te sluiten deze zich uiterlijk 28 juli 2023 voor 17uur moet inschrijven. U schrijft ook dat een kort geding aanhangig kan worden gemaakt 24 uur voor inschrijving en u zich het recht voorbehoudt de procedure in dat geval op te schorten. Bedoelt u daarmee dat ook de zorgaanbieder die een kort geding start zich moet inschrijven? Dit is in ieder geval onvoldoende duidelijk, reden waarom wij u verzoeken dit punt te verduidelijken. Mocht u hebben bedoeld dat de zorgaanbieder die een kort geding zou starten nog steeds een inschrijving moet doen, dan verzoeken wij u om dit punt aan te passen en inschrijving op een later moment toe te staan, na de uitspraak van de rechter.	Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van de antwoorden in de NvI en uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de bevoegde voorzieningenrechter. Ook een zorgaanbieder die een kort geding start dient tijdig een inschrijving in te dienen. Menzis zal de inkoopprocedure niet opschorten in afwachting van de uitkomst van het kort geding. Indien onder protest/bezwaar wordt ingeschreven onder verwijzing van het aanhangig gemaakte kort geding, zal Menzis dit niet opvatten als een voorwaardelijke inschrijving.
60	3.1.4	Menzis behoudt zich het recht voor om de procedure op te schorten wanneer een kort geding aanhangig wordt gemaakt tijdens de procedure. We verzoeken u de procedure bij een kort geding op te schorten. Bent u hiertoe bereid? Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Menzis zal de inkoopprocedure niet opschorten in afwachting van de uitkomst van een kort geding vanwege de vertraging die dit met zich meebrengt.
61	3.1.4	U schrijft dat wij als zorgorganisaties slechts bezwaar kunnen maken op onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden wanneer wij deze zelfstandig naar voren hebben gebracht. Wij maken hier bezwaar tegen. De Nota van Inlichtingen maakt namelijk integraal onderdeel uit van het inkoopbeleid hetgeen betekent dat het niet relevant is of wij zelf een vraag hebben gesteld of een andere instelling. De Nota van Inlichtingen moeten wij als uitgangspunt kunnen nemen bij een beroep op onvolkomenheden, onduidelijkheden en/of onrechtmatigheden.	Deze bepaling heeft tot doel dat het 'meeliften' op bezwaren van andere zorgaanbieders en het vervolgens opportunistisch procederen in kort geding wordt voorkomen.
62	3.1.4	U bepaalt dat eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan ons meldt en wel op een zodanig moment dat deze onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden nog ongedaan gemaakt kunnen worden, te weten via de mogelijkheid tot het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. Vervolgens bepaalt u: "Na het verstrijken van de uiterste termijn voor inschrijving, kunt u geen bezwaar meer maken tegen eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten." Hiertegen maken wij bezwaar, want deze voorwaarde is disproportioneel. Uiteraard mag u een proactieve houding vragen. Maar het is ten eerste vaak zo dat juist de antwoorden	De voorschriften worden niet geschrapt/aangepast. Wat Menzis Zorgkantoor met deze voorschriften wil voorkomen is dat inschrijvers een inschrijving indienen, daarmee akkoord gaan met alle voorwaarden, en vervolgens, wanneer het resultaat van de inkoopprocedure hen niet zint gaan procederen in kort geding. Voor zover een zorgaanbieder dus van mening is dat sprake is van een onduidelijkheid/onrechtmatigheid etc.. in de procedure, dan dient er voor inschrijving aan de bel getrokken te worden door middel van een kort geding.

		op vragen in de nota van inlichtingen leiden tot onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden, waartegen dus ook na de nota van inlichtingen moet kunnen worden opgekomen. Ten tweede ontbreekt op dit moment nog zodanig veel informatie (Nza-maximumtarieven 2024; herzien tarieven, waarom is verzocht; onderbouwing herziene tarieven; heel Bijlage 6, etc.) dat sowieso bij deze eerste vragenronde nog niet alle onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden kunnen worden onderkend. Alle informatie moet daarvoor beschikbaar zijn; het inkoopbeleid moet immers in zijn totaliteit kunnen worden beschouwd. Bovendien is niet in te zien waarom onvoldoende proactief wordt gehandeld als onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden na de nota van inlichtingen maar voorafgaand aan de datum van inschrijving aan de orde worden gesteld. Wij verzoeken u deze voorwaarden te schrappen.	
63	3.1.4	U bepaalt: " Menzis Zorgkantoor is op geen enkele wijze aansprakelijk voor de gevolgen van de eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten. Deze zijn dan voor risico van u als zorgaanbieder" en "We aanvaarden geen aansprakelijkheid voor de schade die u als (potentiële) zorgaanbieder zou kunnen lijden als gevolg van niet door u gemelde onduidelijkheden, onvolkomenheden, onrechtmatigheden of misinterpretaties.". Dit is dispropprtioneel en onrechtmatig. U bent verantwoordelijkheid voor de duidelijkheid, volkomenheid en rechtmatigheid van uw eigen inkoopbeleid en kunt dat niet afwentelen op zorgaanbieders. Hooguit kunt u een proactieve houding vragen ten aanzien van het naar voren brengen van kennelijke onduidelijkheden, onvolkomenheden of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten. U kunt de gevolgen van onduidelijkheden, onvolkomenheden of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten echter niet het risico van de zorgaanbieders maken. Wij verzoeken u deze bepalingen te schrappen, althans op redelijke wijze aan te passen.	Deze voorschriften worden niet aangepast. Van een onrechtmatige 'afwenteling' is geen sprake, nu zorgaanbieders proactief dienen te handelen en tijdig (zo nodig in kort geding) onrechtmatigheden aan de orde moeten stellen. Inschrijven, daarmee akkoord gaan met alle voorwaarden, en vervolgens het standpunt innemen dat de inkoopprocedure onrechtmatigheden bevat wil Menzis Zogrkantoor voorkomen.
64	3.1.4	U bepaalt: "Indien u als (potentiële) zorgaanbieder in het kader van de Nota van Inlichtingen ons heeft gewezen op eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden en indien onze reactie niet leidt tot een aanpassing van de aanbestedingsdocumenten, of tot een aanpassing die in uw ogen niet juist of onvoldoende is, dan dient u uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de bevoegde	Dit bepaalt de rechtspraak niet. De rechtspraak maakt juist duidelijk dat dergelijke rechtsverwerkingsclausules eerder toelaatbaar zijn in situaties als de onderhavige. Het gaat hier om een gigantische opdracht. Het kan in dit kader niet de bedoeling zijn dat onrechtmatigheden na inschrijving aan de kaak worden gesteld in kort geding. Dat zou zeer nadelige gevolgen kunnen hebben voor zowel de zorgkantoren als zorgaanbieders.

		voorzieningenrechter. Indien een (potentiële) zorgaanbieder dit nalaat, vervalt ieder recht om tegen de inhoud en/of opzet van de aanbestedingsdocumenten te ageren". Dit is onrechtmatig. Het is disproportioneel om van inschrijvers te verlangen al vóór inschrijving een kort geding te voeren, op straffen van verval van recht. Volgens de rechtspraak is dat slechts toegestaan in zéér uitzonderlijke situaties. U motiveert niet dat in dit geval aan de orde zou zijn. En het valt in dit geval ook niet in te zien. Wij verzoeken u deze bepalingen te schrappen.	
65	3.1.4	Inkoopbeleid, hfdst. 3, § 3.1.4, pagina 41, in samenhang met pagina 43, pagina 48 (punt 6 en 8) U vraagt inschrijvers om uiterlijk 24 uur voor inschrijving een kort geding aanhangig te maken, in geval van bezwaren tegen de inkoopprocedure. Tegelijkertijd vraagt u inschrijvers door inschrijving te verklaren dat zij onvoorwaardelijk inschrijven, dus met acceptatie van alle voorwaarden (bijv.: pagina 43, pagina 48 (punt 6 en punt 8) . Het is inmiddels vaste rechtspraak dat in deze situatie, uit het feit dat de inschrijver die het kort geding start vervolgens een onvoorwaardelijke inschrijving indient, door u niet mag worden afgeleid dat deze inschrijver, door in te schrijven, afstand doet van zijn bezwaren tegen de inkoopprocedure waarvoor het kort geding is gestart. Anders gezegd: u moet in deze situatie de inschrijving van de inschrijver zo opvatten dat hij onvoorwaardelijk inschrijft voor het geval dat in rechte komt vast te staan dat de inkoopprocedure rechtmatig is, onverlet latende zijn bezwaren en zijn recht om in kort geding een voorlopige voorziening tegen de inkoopprocedure te vorderen op de grond dat deze onrechtmatig is. Wilt u bevestigen dat het bovenstaande juist is? Zo niet, in welke opzichten is het bovenstaande volgens u onjuist? Voorts geldt het bovenstaande ook in de situatie dat de inschrijver zijn bezwaren voor inschrijving voldoende kenbaar heeft gemaakt, maar geen kort geding start voor inschrijving (zoals door ons aangevoerd: uw voorwaarde dat voor inschrijving een kort geding moet zijn gestart is onrechtmatig, dus vandaar dit tweede punt). Ook in die situatie is het inmiddels vaste rechtspraak dat , uit het feit dat de inschrijver duidelijk zijn bezwaren heeft geuit en vervolgens een onvoorwaardelijke inschrijving indient (maar daarbij ernaar verwijst dat zijn geuite bezwaren onverlet blijven), door u niet mag	Met de eerste stelling is Menzis Zorgkantoor het eens. Indien tijdig geprocedeerd wordt in kort geding, en vervolgens, terwijl de zaak aanhangig is, wordt ingeschreven, dan begrijpt Menzis Zorgkantoor heel goed dat de zorgaanbieder niet akkoord is met de klachten die in de dagvaarding zijn geuit. Met de tweede stelling is Menzis Zorgkantoor het niet eens. De rechtspraak zit ook anders in elkaar op dit punt. De rechtspraak bevestigt juist dat van rechtsverwerking wél sprake is, wanneer inschrijvers wel tijdig klagen in de NvI, maar - gelet op de inkoopdocumentatie - te laat procederen in kort geding. In die situatie mag ervan uit worden gegaan dat inschrijver akkoord is met alle voorwaarden van de inkoopprocedure.

		worden afgeleid dat deze inschrijver, door in te schrijven, afstand doet van zijn bezwaren tegen de inkoopprocedure en zijn recht om daarover een kort geding te starten. Ook hier moet u de inschrijving van de inschrijver zo opvatten dat hij onvoorwaardelijk inschrijft voor het geval dat in rechte komt vast te staan dat de inkoopprocedure rechtmatig is, onverlet latende zijn bezwaren en zijn recht om in kort geding een voorlopige voorziening tegen de inkoopprocedure te vorderen op de grond dat deze onrechtmatig is. Wilt u ook hier bevestigen dat het bovenstaande juist is? Zo niet, in welke opzichten is het bovenstaande volgens u onjuist?	
66	3.1.5	U vraagt aan ons als zorgaanbieder vooraf kenbaar te maken of wij gebruik willen maken van nieuwe onderaannemers. Tevens dienen wij te innoveren/ bewezen innovaties in te zetten. Wij zien echter dat hiervoor ook andere partijen dan “leveranciers” door ons gecontracteerd dienen te worden. Kunt u aangeven wat uw visie is op de relatie tussen deze twee vraagstukken en welk vraagstuk (onderaanneming versus innovatie) zwaarder weegt?	Er is sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (de onderaannemer) doorcontracteert, die namens de hoofdaannemer de zorg verleent (zie deel III Algemeen deel van de Overeenkomst onder Begrippen). Als de door u bedoelde partijen, die u eventueel zou moeten contracteren om te innoveren of bewezen innovaties in te zetten, vallen onder deze definitie, moet u voldoen aan de contractuele verplichtingen met betrekking tot onderaanneming.
67	3.1.5	Afgelopen jaar hebben wij van onze zorginkoper officieel toestemming om bepaalde onderaannemers in te zetten. Kunnen wij deze automatisch weer meenemen in deze inkoop en betekent dit dan dat we moeten inschrijven als hoofd-/onderaannemer? Of schrijven we in als zelfstandige om vervolgens in het nieuwe contract dit opnieuw voor te stellen bij de inkoper?	In Bijlage 2 van de Bestuursverklaring geeft u aan of u voornemens bent om te gaan werken met onderaannemers. Als u deze vraag met 'ja' beantwoord bij uw inschrijving moet u vervolgens de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 (Excel) bij uw inschrijving voegen. Hierop moet u alle gegevens van in te zetten onderaannemers invullen, ook die onderaannemers die u al eerder heeft gemeld bij uw zorginkoper.
68	3.1.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026 en Bestuursverklaring, par. 3.1.5) U schrijft mbt onderaanneming "Onze richtlijn is dat u tenminste 2/3 deel van de verwachte gecontracteerde zorg zelf levert." Gelet op het huidige en het toekomstige tekort aan zorgmedewerkers ontkomen Wlz-zorgaanbieders er niet aan om ZZP'ers in te huren om zo toch de zorg aan hun cliënten te kunnen blijven bieden. Wat wordt bedoeld met dat het 'uw richtlijn' is dat tenminste 2/3 van de zorg door de geocntracteerde wordt verleend?	Met deze richtlijnen bedoelen we dat we verwachten dat niet meer dan 1/3 van de te verlenen zorg wordt verleend door onderaannemers. Dit moet blijken uit uw opgave onderaannemers die u voegt bij Bijlage 2 van de Bestuursverklaring.
69	3.1.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 3.1.5) Kan er wat betreft onderaanneming worden afgeweken van de richtlijn dat 2/3 van de zorg moet worden verleend door de	Dit kan alleen met toestemming van het zorgkantoor. Onder welke omstandigheden en onder welke voorwaarden zijn onderdeel van de eventuele afspraken met het zorgkantoor.

		contracteerde zorgaanbieder en zo ja, onder welke omstandigheden en welke voorwaarden gelden dan?	
70	3.1.5	(Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 3.1.5) U schrijft mbt onderaanneming: "Aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een ZZP- of VPT-pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren, tenzij het zorgkantoor u daar toestemming voor geeft. " Gelet op de arbeidsmarktproblematiek ontkomen Wlz-zorgaanbieders er niet aan om ZZP'ers in te zetten om op die manier toch de zorg aan hun cliënte nte kunnen waarborgen. Kan ook acheraf toestemming worden gevraagd, als blijkt dat een onderaannemer een volledig zzp- of vpt traject voor diens rekening heeft genomen?	Nee, deze toestemming kan niet achteraf worden gevraagd.
71	3.1.5	Als er geen goedkeuring komt op het inschrijven als bestaande zorgaanbieder maakt paragraaf 3.1.5. het dan mogelijk voor ons om middels een hoofd- onderaanneemconstructie met andere zorgaanbieders zorg te blijven leveren? Dit is wat ons betreft overigens niet wenselijk maar gezien het financiële risico wellicht een noodzakelijk plan B.	Wij verwijzen u voor deze vraag naar de hoofdaannemer en de zorginkoper van de hoofdaannemer.
72	3.1.5	Kan je als hoofdaannemer voor een eventuele onderaannemer inschrijven op specifieke modules?	Het is niet mogelijk om specifiek voor te verlenen zorg door een onderaannemer in te schrijven op een module.
73	3.1.5	Moet een ZZP'er die wordt ingeleend via een bemiddelingsbureau ook worden gemeld als onderaannemer?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar de toelichting van Bijlage 2 van de Bestuursverklaring en de Bijlage Opgave Onderaannmers (Excel format).
74	3.1.5	Inkoopbeleid, hfdst. 3, § 3.1.5, pagina 41, alsmede Bijlage 3, pagina 8, onderdelen 4 en 6, alsmede Bijlage 1, Overeenkomst, Deel III, artikel 10 U bepaalt: "Het later inschakelen van onderaannemers gedurende de looptijd van de overeenkomst is uitsluitend toegestaan als Menzis Zorgkantoor u daar schriftelijk toestemming voor verleent.". Hetzelfde is bepaald op pagina 8, onderdeel 4 (tweede item), en op pagina 9 (onderdeel 6) van Bijlage 3. hetzelfde is bepaald in artikel 10 van Deel III van de Overeenkomst (bijlage 1). Wilt u bevestigen dat u deze toestemming niet op onredelijke gronden zult onthouden?	Uit uw vraag wordt niet duidelijk wat u onder onredelijke gronden verstaat, derhalve kunnen wij dit niet bevestigen.
75	3.1.6	". De zorgaanbieder heeft dan maximaal twee werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor." Kan de datum waarop dit gevraagd worden duidelijk gesteld worden, en de termijn verlengd, zodat hier	Deze vraag kan gedurende de gehele periode tussen datum inschrijving en datum voorlopige gunningsbeslissing gesteld worden. Wij passen de termijn niet aan.

		rekening mee gehouden kan worden in de zomerperiode met de bezetting?	
76	3.1.7	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/ of een wijziging of aanpassing toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen. VRAAG: - welke termijnen hanteren de zorgkantoren bij dergelijke aanpassingen/ correcties? Gelden hiervoor ook de afspraken mbt indienen van vragen en bezwaren zoals in deze aanbesteding? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor is voornemens om een redelijke termijn te hanteren indien gebruik gemaakt wordt van de eenzijdige wijzigingsbevoegdheid. Voor de prodedure met betrekking tot het stellen van vragen en het tijdige aanhangig maken van een kort geding verwijzen wij u naar hoofdstuk 3 van het Regionaal inkoopbeleid 2024 - 2026.
77	3.1.7	Pag. 45. Hoe kan het ZK een procedure eenzijdig stopzetten als het voortbestaan van de zorgaanbieder op het spel staat? Pag. 47. Het ZK kan toch niet eenzijdig de inkoopprocedure stopzetten?	Menzis Zorgkantoor behoudt zich het recht voor om (tussentijds) de inkoopprocedure geheel of gedeeltelijk te stoppen, zoals beschreven in paragraaf 3.2
78	3.1.7	Vraag: Bent u met ons van mening dat het (eenzijdige) wijzigingsbeding ter zake van het zorginkoopbeleid voor ons als zorgaanbieder betekent dat wij geen (rechts)zekerheid hebben en bent u bereid om dat zodanig te wijzigen dat aan ons, als zorgaanbieder, zekerheid kan worden geboden ter zake van tariefpercentages alsmede de andere in 3.17. aangehaalde voorbeelden? Zou u uw antwoord willen motiveren?	In het regionale inkoopbeleid zijn herzieningsmogelijkheden opgenomen die onderdeel uitmaken van de overeenkomst. In de herzieningsclausules staat aangegeven wanneer/onder welke omstandigheden Menzis daar een beroep op kan doen. Menzis is daarom niet bereid om een extra opzeggingsmogelijkheid op te nemen voor de zorgaanbieder. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen vinden in een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, kunnen zorgaanbieders daar tegenop komen op de wijze zoals beschreven in paragraf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid. Zorgaanbieders doen er daarbij verstandig aan om, bij een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, eerst contact op te nemen met Menzis Zorgkantoor binnen de rechtsbeschermingstermijn. Indien dit niet tot een oplossing leidt, dienen zij een kort geding aanhangig te maken.
79	3.1.7	Kunt u bevestigen dat de wijziging van de tijdsplanning niet kan betekenen dat aanbieders minder lang de tijd hebben.	Wij kunnen dit niet bevestigen maar houden zoveel mogelijk rekening met de belangen van de zorgaanbieder.
80	3.1.7	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die: ● Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of ● Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of ● Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de	Zorgkantoren, maar ook zorgaanbieders dienen rekening te houden met (veranderende) wet- en regelgeving, ook gedurende de looptijd van de overeenkomst. Menzis Zorgkantoor begrijpt dat dit enige onzekerheid/risico's met zich meebrengt voor zorgaanbieders. Zorgaanbieders dienen hierin een eigen afweging te maken.

		zorg. Dit is een volledige indekking van financieel, juridisch risico door het zorgkantoor. Welke mogelijkheden hebben de aanbieders om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden?	
81	3.1.7	Wat is de maximale risicobandbreedte bij wijzigingen? Bijvoorbeeld maximaal een impact van 0.2 %	Zoals u kunt lezen in paragraaf 3.1.7. behouden zorgkantoren zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die: ● van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of ● van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of ● een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Wij kunnen geen maximale risicobandbreedte aangeven, omdat er sprake is van onvoorziene omstandigheden of van maatregelen van de overheid.
82	3.1.9	(Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, par. 3,19) Op welke wijze kunnen zorgaanbieders bezwaar maken tegen een negatief besluit van Menzis ten aanzien van de toepassing van de hardheidsclausule? Kunt u de bezwaarprocedure toelichten?	Indien zorgaanbieders zich niet kunnen vinden in een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, kunnen zorgaanbieders daar tegenop komen op de wijze zoals beschreven in paragraf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid. Zorgaanbieders doen er daarbij verstandig aan om, bij een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, eerst contact op te nemen met Menzis Zorgkantoor binnen de rechtsbeschermingstermijn. Indien dit niet tot een oplossing leidt, dienen zij een kort geding aanhangig te maken.
83	3.1.9	Geldt_de hardheidsclausule voor het basistarief of ook voor de opslag op de modules? Dit punt is niet duidelijk en daarmee in strijd met het transparantiebeginsel. Kunt u dit verduidelijken?	Een uitkomst vanuit de hardheidsclausule komt boven op het richttarief plus de opslagen uit de ingeschreven modules tot een maximum van 100% van het Nza-tarief.
84	3.1.9	3.1.9 Het zorgkantoor geeft uiterlijk 20 oktober 2023 een terugkoppeling op de aanvraag voor de hardheidsclausule. Hoe verhoudt zich dit tot de uiterste inschrijfdatum van 28 juli	De deadline voor het doen van een inschrijving is 28 juli 2023. Om aanspraak te maken op de hardheidsclausule dient de zorgaanbieder het aanvraagformulier bij voorkeur vóór 1 september doch uiterlijk 21 september 2023 in te dienen. Menzis verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.9 van het regionale inkoopbeleid.
85	3.2	Het is zorgaanbieders niet toegestaan om voorwaarden aan de inschrijving te verbinden. Voorwaardelijke inschrijvingen worden door Menzis Zorgkantoor als ongeldig terzijde gelegd. Wat doet dit voorschrift met het recht op in bezwaar gaan en	Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van de antwoorden in de NvI en uiterlijk 24 uur vóór de uiterste datum van inschrijving een kort geding procedure aanhangig te maken bij de bevoegde voorzieningenrechter. Menzis zal de inkoopprocedure niet opschorten in afwachting van de uitkomst van het kort geding. Indien onder protest/bezwaar wordt ingeschreven onder verwijzing van het aanhangig gemaakte kort geding, zal Menzis dit niet opvatten als een voorwaardelijke inschrijving.

		een kort geding te starten. Je moet immers onvoorwaardelijk inschrijven.	

4. Beoordelen van modules

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	4	De beoordelingscie bekijkt en beoordeelt de ingediende voorstellen. Krijgen wij bij onduidelijkheden de kans om extra informatie aan te leveren? Hoe zit u dit? worden beoordeeld door de beoordelingscommissie. Kunnen wij er van uit gaan, dat wij feedback ontvangen, na de beoordeling, op onze ingediende voorstellen? Dat we dus per voorstel duidelijkheid krijgen wat er goed was, wat minder was, wat we beter hadden moeten doen etc?	Zoals beschreven in paragraaf 2.4.2. stelt Menzis op basis van de beoordeling, een eventueel gevraagde toelichting of gesprek, eventueel gevolgd door aanpassing van het voorstel, de procentuele opslag. De beoordelingssystematiek van de modules staat beschreven in Hoofdstuk 4. Een gevraagde toelichting of gesprek kan plaatsvinden op initiatief van Menzis Zorgkantoor, maar wij zijn hiertoe niet verplicht. Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden.
2	4	Kan een zorgaanbieder bezwaar maken tegen de uitslag?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. Menzis Zorgkantoor neemt een opschortende termijn in acht van 20 kalenderdagen, die aanvangt op de dag ná de datum van de verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de betrokken zorgaabieder. Als de zorgaanbieder bezwaren heeft tegen de voorlopige gunningsbeslissing, dient de zorgaanbieder binnen deze termijn van 20 kalenderdagen na verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die beslissing. Deze opschortende termijn betreft tevens een vervaltermijn. Menzis Zorgkantoor verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid.
3	4.1	Beoordelingskader: Is de beschrijving van het aspect vernieuwend? Hoe verhoudt zich dit tot het inkoopkader waarbij ervanuit wordt gegaan dat het om bestaande en bewezen vernieuwingen moet gaan?	Uit de vraagstelling leidt Menzis Zorgkantoor af dat de vraag gaat over het beoordelingskader in paragraaf 4.1. Een van de criteria in het beoordelingskader is 'vernieuwend': is de beschrijving van het aspect vernieuwend. Onder vernieuwend moet worden verstaan: de oude situatie vervangend.
4	4.1	Welke definitie van 'vernieuwend' hanteert u? Hoe maakt u dit objectief en op basis van welke criteria kan de zorgaanbieder dit vóór de inschrijving zelf inschatten?	Uit de vraagstelling gaat Menzis Zorgkantoor ervan uit dat de vraag gaat over het beoordelingskader in paragraaf 4.1. Een van de criteria in het beoordelingskader is 'vernieuwend': is de beschrijving van het aspect vernieuwend. Onder vernieuwend moet worden verstaan: de oude situatie vervangend. Verder is enige subjectiviteit inherent aan de beoordeling. Menzis Zorgkantoor is niet verplicht louter objectieve criteria te hanteren die 'zwart-wit' zijn.
5	4.1	We dienen digitaal in te schrijven op de modules, dat is niet enkelvoudig of dienen we na elke pagina tekst een lege pagina in te voegen? Of printen jullie onze documenten enkelzijdig?	U kunt bij uw inschrijving in Mercell aangeven of u in aanmerking wilt komen voor een module en dan een voorstel uploaden bij uw inschrijving.

6	4.1	Vraag 1. Is er bezwaar mogelijk tegen het besluit van de beoordelingscommissie? Vraag 2. Wordt de opslag pas definitief vastgesteld en betaald aan het eind van het jaar? En moeten zorgaanbieders de te maken (on)kosten zelf voorschieten?	1) Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. Menzis Zorgkantoor neemt een opschortende termijn in acht van 20 kalenderdagen, die aanvangt op de dag ná de datum van de verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de betrokken zorgaabieder. Indien de zorgaanbieder bezwaren heeft tegen de voorlopige gunningsbeslissing, dient de zorgaanbieder binnen deze termijn van 20 kalenderdagen na verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die beslissing. Deze opschortende termijn betreft tevens een vervaltermijn. Menzis Zorgkantoor verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid. 2) de opslag wordt in beginsel bepaald bij de voorlopige gunningsbeslissing. Let op: bij een groot deel van de modules wordt de definitieve opslag bepaald door uitvoering van het contract. Bij sommige modules is de hoogte van de opslag afhankelijk van een bepaald resultaat zoals de groei vpt/mpt. Bij anderen wordt in dialoog beoordeeld in hoeverre het voorstel gerealiseerd is. In de nacalculatie wordt de opslag definitief toegekend.
7	4.1	Gelden er ook eisen t.a.v. het lettertype en de regelafstand t.b.v. het plan voor de modules?	In paragraaf 4.1 Beoordeling van modules kunt u lezen dat u lettergrootte 11 moet gebruiken. De regelafstand dient dusdanig te zijn dat het plan leesbaar is. Wij hebben hier verder geen eisen aangesteld.
8	4.1	In_par. 4.1 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat beoordeeld wordt of "de beschrijving van een aspect vernieuwend is". De vraag of de beschrijving vernieuwend is en de vraag of de wijze waarop werkzaamheden worden uitgevoerd vernieuwend is zijn twee verschillende punten die elk tot een ander oordeel kunnen leiden. Kunt u toelichten wat wordt bedoeld met de zinsnede "Is de beschrijving van het aspect vernieuwend"?.	Bij de modules wordt een bepaald aanbod omschreven. Ten aanzien van dit aanbod wordt beoordeeld of het vernieuwend is.
9	4.1	Bij_het inschrijven van modules wordt gevraagd of 'de beschrijving van het aspect 'vernieuwend' is. Vernieuwend t.o.v. wat? De organisatie voorheen? Of een landelijk gemiddelde? Kunt u dit toelichten?	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod.
10	4.1	Wat_betekent het wanneer een zorgaanbieder verplicht is een module aan te bieden? Kunt u dit toelichten?	In ons inkoopbeleid wil Menzis Zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders inzetten om op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ waar te maken. We verwachten dat elke zorgaanbieder hier op zijn manier aan bijdraagt. Via de modules en de daarbij behorende opslagen willen wij zorgaanbieders extra stimuleren zich in te zetten voor deze landelijke bewegingen. Met als doel om de langdurige zorg ook in de komende jaren betaalbaar en toegankelijk

			te houden. Menzis Zorgkantoor heeft een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
11	4.1	Welke_van de twee commissies stelt voor de V&V in consensus het uiteindelijke aantal punten vast?	Er zijn 2 beoordelingscommissies V&V, omdat wij in de V&V de meeste voorstellen verwachten. De voorstellen worden verdeeld over de commissies, zodat 1 commissie een voorstel beoordeelt. De beoordeling wordt ondersteund door een vast format waarmee een eenduidige beoordeling wordt bewerkstelligd.
12	4.1	In_par. 4.1 van het Inkoopbeleid geeft u de beoordelingscriteria voor de voorstellen voor de modules weer. In bijlage A is dit verder uitgewerkt. U geeft in par. 4.1 aan dat de beoordelingscommissie per aspect punten zal toekennen. Kunt u toelichten wat u bedoelt met "per aspect" ?	In bijlage A Toelichting modules per sector leest u per voorstel welke aspecten in het voorstel terug moeten komen. Hier leest u ook hoeveel punten er per aspect maximaal te behalen zijn.
13	4.1	De_beoordeling van de voorstellen is een subjectief traject. U stelt, dat de in beoordeling van het voorstel per aspect punten toegekend worden op basis van de gestelde beoordelingscriteria. Op welke transparante wijze ontvangen wij de beoordeling op de voorstellen?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden. U krijgt inzicht in het totaal aantal behaalde punten inclusief een onderbouwing.
14	4.1	Eén_van de beoordelingscriteria is - Inhoudelijk: Is de beschrijving voor het aspect inhoudelijk, overtuigend en voldoende toegespitst op de situatie in uw Menzis zorgkantoorregio('s)? Kunt u de drie onderstreepte deelaspecten nader toelichten?	In bijlage A is beschreven wat de modules inhouden en wat u moet doen om hiervoor in aanmerking te komen. In paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend, omdat daarmee elke mate van innovativieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt.
15	4.1	In_par. 4.1 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat tijdens elk periodiek overleg de stand van zaken wordt besproken en dat aan het eind van elk jaar wordt vastgesteld of de aanbieder in aanmerking komt voor de opslag van dat jaar. Wat wordt hiermee bedoeld?	In dialoog met de zorgaanbieder wordt vastgesteld of de zorgaanbieder nog steeds aan de gestelde voorwaarden van de betreffende module voldoet/in hoeverre het voorstel gerealiseerd is. Indien de zorgaanbieder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen als gevolg van overmacht of externe factoren, zal daar vanzelfsprekend rekening mee worden gehouden bij het al dan niet (geheel) intrekken van de toegekende opslag.
16	4.1	In_par. 4.1 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat tijdens elk periodiek overleg de stand van zaken wordt besproken en dat aan het eind van elk jaar wordt vastgesteld of de	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. Menzis Zorgkantoor neemt een opschortende termijn in acht van 20 kalenderdagen, die aanvangt op

		aanbieder in aanmerking komt voor de opslag van dat jaar. Op welke wijze kunnen zorgaanbieders bezwaar maken tegen een eventueel negatief besluit van Menzis ten aanzien van de toepasselijkheid van de opslag? Kunt u de bezwaarprocedure toelichten?	de dag ná de datum van de verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de betrokken zorgaabieder. Als de zorgaanbieder bezwaren heeft tegen de voorlopige gunningsbeslissing, dient de zorgaanbieder binnen deze termijn van 20 kalenderdagen na verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die beslissing. Deze opschortende termijn betreft tevens een vervaltermijn. Menzis Zorgkantoor verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid.
17	4.1	Pag. 49/50 Kunt u een definitie geven van het woord Vernieuwend bij de beoordeling van modules. Is dat voor de organisatie vernieuwend of in de zorg vernieuwend? U stelt dat de zorgaanbieder voortgangsinformatie moet aanleveren. Hiertegen maken wij bezwaar, dit is geen lastenverlichting, maar juist een lastenverzwaring. Deelt u deze mening?	Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod. Zonder het uitvragen van voortgangsinformatie is enige controle op de voortgang niet goed mogelijk. Daarom kan Menzis om voortgangsinformatie verzoeken om een vinger aan de pols te houden.
18	4.1	De modules worden beoordeeld door een beoordelingscommissie. VRAGEN: - hoe waarborgt Menzis dat de beoordeling van voorstellen voor de modules objectief is? Graag een toelichting - stel dat alle voorstellen met een 10 worden beoordeeld en iedere zorgaanbieder krijgt de maximale opslag. Heeft het macro budget dat beschikbaar is voor de modules nog invloed op de uiteindelijke waardering en toekenning van de opslagpercentages?	In paragraaf 4.1 van het regionaal inkoopbeleid staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1. en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend omdat daarmee elke mate van innovatievieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt. De opslagen worden conform de beoordeling toegekend. Dit is niet afhankelijk van het macrokader.
19	4.1	4.1. U schrijft dat het aspect vernieuwend dient te zijn. Kunt u aangeven hoe we vernieuwend in deze context moeten lezen en of het ingediende voorstel geldig is voor de volledige duur van de overeenkomst danwel er periodiek herijking van het document noodzakelijk is?	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod. In bijlage A staat aangegeven wat de duur is van modules en de daarbij behorende opslagen. In uw aanbod dient u hier rekening mee te houden.
20	4.1	4.1. U schrijft in de laatste alinea dat achteraf wordt bepaald of de planning is gerealiseerd en/of de instelling in aanmerking komt voor de opslag van dat jaar. Op welke wijze borgt c.q. kan worden aangetoond dat Menzis Zorgkantoor objectief tot beoordeling gaat komen en de zorg-instellingen	In dialoog met de zorgaanbieder wordt vastgesteld of de zorgaanbieder nog steeds aan de gestelde voorwaarden van de betreffende module voldoet en is nagekomen. Ter toetsing kan Menzis Zorgkantoor inzage vragen in de documenten, waaruit blijkt dat u aan de genoemde voorwaarden voldoet.

		noodzakelijke investeringen ten behoeve van het samen door partijen vooraf geakkordeerde voorstel niet of deels vergoed gaat krijgen?	
21	4.1	Inkoopbeleid, hfdst. 4, § 4.1, pagina 50 , in samenhang met Bijlage A U bepaalt in § 4.1 dat uiteindelijk een consensuscijfer wordt gegeven per Module. Echter, in Bijlage A (voor ons: sector V&V) staat per Module vermeld dat op meerdere aspecten een specifiek maximaal aantal punten kan worden gescoord. Dit laatste maakt dat u ten minste ook de bepaalde score (ten opzichte van de maximale score) per aspect zou moeten meegeven in de motivering bij de voorlopige gunningsbeslissing. Mogen wij ervan uitgaan dat wij die scores bij de voorlopige gunningsbeslissing krijgen? Zo ja, hoe verhoudt dit zich nog met 'één consensus-cijfer' als bedoeld in apr. 4.1, als u gebonden bent aan de genoemde maxima per beoordelingsaspect?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden. U krijgt inzicht in het totaal aantal behaalde punten inclusief een onderbouwing.
22	4.1	U schrijft dat er twee beoordelingscommissies zijn voor de V&V; wat bedoelt u hier precies mee? Beoordelen beide commissies dezelfde voorstellen of zijn het twee commissies die naast elkaar werken? hoe wordt gelijke behandeling gewaarborgd op deze manier?	Er zijn 2 beoordelingscommissies V&V, omdat wij in de V&V de meeste voorstellen verwachten. De voorstellen worden verdeeld over de commissies, zodat 1 commissie een voorstel beoordeelt. De beoordeling wordt ondersteund door een vast format waarmee een eenduidige beoordeling wordt bewerkstelligd.
23	4.1	In 4.1 beschrijft u de beoordeling van de modules. Als aanbieder die al vele jaren een overeenkomst heeft bevreemdt het ons dat wij een voorstel van deze omvang moeten indienen, zeker gezien de relatief kleine opslag die er mee verdiend kan worden. Dit doet ons inziens geen recht aan alles waar de afgelopen jaren aan is gewerkt en waar ook op regionaal hard aan wordt gewerkt vanuit de transitiemiddelen. Gezien de enorme aanvraag-, beschrijving- en verantwoordingslast waar wij als aanbieder al mee worden geconfronteerd, verzoeken wij u om dit anders in te richten. Bent u het met ons eens dat het voor bestaande aanbieders voldoende moet zijn om commitment te geven op de onderwerpen die u belangrijk vindt en te volstaan met bespreking ervan in de kwartaalgesprekken? Wij verzoeken u op te nemen dat het voor bestaande aanbieders voldoende is om commitment te geven op de onderwerpen die u belangrijk vindt en dat hij kan volstaan met een bespreking ervan in de kwartaalgesprekken.	De 4 landelijke bewegingen/de kanslijnen zijn niet nieuw. In het afgelopen jaar zijn wij al met zorgaanbieders in gesprek geweest over hoe zij inspelen op deze bewegingen. Wij zien de bewegingen ook terug in de jaarplannen voor 2023 en de meerjarenstrategie van zorgaanbieders. In elk voorstel (maximaal 4 A4, dus per aanbieder maximaal 12 A4) verwachten wij voor de betreffende beweging een concretere uitwerking van deze beweging uit de jaarplannen/ meerjarenstrategie voor 2024 en verder. Wij sluiten aan bij waar zorgaanbieders al mee bezig zijn en zijn daarom van mening dat maximaal 4 A4 een beperkte administratieve last is in verhouding tot de contractomvang. Overigens is inschrijven op een module niet verplicht. Wij passen ons beleid niet aan.

24	4.1	Wat is de definitie van het aspect vernieuwend? Geldt de inschrijving in de module voor de volledige duur van het contract? Zo ja, wordt een meerjarig verbeterplan verwacht? Of alleen voor het initiele jaar.	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod. In bijlage A staat aangegeven wat de duur is van modules en de daarbij behorende opslagen. In uw aanbod dient u hier rekening mee te houden.
25	4.1	Bij de beoordeling van de modules wordt getoetst of het aspect vernieuwend is. Wat zijn de criteria waarop dit beoordeeld wordt?	Het begrip 'vernieuwend' in paragraaf 4.1 is een van de beoordelingscriteria.
26	4.1	Hoe maakt Menzis de beoordeling van de modules transparant voor de zorgaanbieder?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden. U krijgt inzicht in het totaal aantal behaalde punten inclusief een onderbouwing.
27	4.1	Welke bezwaarmogelijkheden voor de zorgaanbieder heeft Menzis als de zorgaanbieder het niet eens is met de waardering van de ingediende voorstellen voor de modules?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. Menzis Zorgkantoor neemt een opschortende termijn in acht van 20 kalenderdagen, die aanvangt op de dag ná de datum van de verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de betrokken zorgaabieder. Indien de zorgaanbieder bezwaren heeft tegen de voorlopige gunningsbeslissing, dient de zorgaanbieder binnen deze termijn van 20 kalenderdagen na verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die beslissing. Deze opschortende termijn betreft tevens een vervaltermijn. Menzis Zorgkantoor verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid.
28	4.1	Wanneer echter voorafgaand aan gunning blijkt dat wij niet zal voldoen aan de eisen van het zorgaanbod en/of niet in aanmerking komen voor een module, gaan wij ervanuit dat dit niet eenzijdig zal plaatsvinden, maar dat hier ten alle tijde vooraf een gesprek over plaatsvindt zodat de wij in staat worden gesteld om te reageren op de informatie waar u zich op baseert. Ben u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	In paragraaf 3.1.6 is de bevoegdheid opgenomen om een toelichting te vragen. Het is aan Menzis Zorgkantoor om te bepalen wanneer zij om een toelichting vraagt. Na een eventuele toelichting volgt de voorlopige gunningsbeslissing, waarin keuzes worden gemotiveerd.
29	4.1	Aan het eind van elk jaar stellen we vast of de planning is gehaald en of u in aanmerking komt voor de opslag van dat jaar. Moeten we hier uit concluderen dat de aanbieder dit eerst moet voorschieten?	Nee, de opslag wordt direct in het tariefpercentage meegenomen.

5. eisen aan zorgaanbieders en aanbod

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	5	Wordt hier bijlage 3 bedoeld of een andere bijlage? Bijlage 3A maakt geen onderdeel uit van de aangeleverde stukken.	Hier wordt bedoeld Bijlage 3 – Bestuursverklaring 2024
2	5	Beste, Bij de huidige overeenkomst zijn er deskundigheidsnormen voor bepaalde doelgroepen. Deze zie ik nu niet terugkomen. Volgt dit nog? Bij diverse doelgroepen is vereist dat de minimaal aanwezig gewenste deskundigheidsnorm HBO is. Volstaat hiervoor ook een SKJ geregistreerde jeugd- en gezinsprofessional die functioneert op HBO werk- en denkniveau?	Een afzonderlijk document Deskundigheidsnormen maakt geen onderdeel uit van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Op grond van artikel 1, lid 2 van de overeenkomst Deel III is een zorgaanbieder verplicht om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: de zorgaanbieder biedt goede zorg en neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze zorg voldoet aan de definitie van gepast gebruik. Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel. Het personeel kan de (potentiële) klanten en het Zorgkantoor in tenminste de Nederlandse taal te woord staan. Daarnaast gelden de voorwaarden vanuit de beleidsregels van de NZa en de aanvullende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in Bijlage 4 Aanvullende voorwaarden.
3	5	Beste, Zorgplannen en evaluatieverslagen worden opgesteld voor elke cliënt en met regelmaat besproken en ondertekend. Wat moet het opleidingsniveau zijn van de zorgprofessional die deze plannen en verslagen ondertekent namens de zorginstelling? Moet dat overeenkomen met de deskundigheidsnormen per doelgroep? Waar is deze informatie terug te vinden.	Hiervoor gelden geen specifieke deskundigheidsnormen.
4	5.1	Wanneer echter voorafgaand aan gunning blijkt dat een zorgaanbieder niet zal kunnen voldoen aan de eisen van het zorgaanbod Wij gaan ervanuit dat dit niet eenzijdig zal plaatsvinden, maar dat hier ten alle tijde vooraf een gesprek over plaatsvindt zodat de zorgaanbieder kan reageren op de informatie waar u zich op baseert. Ben u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor zal over de uitkomsten van de beoordeling van de inschrijving communiceren, zoals beschreven in paragraaf 3.1.8 en 3.1.10.
5	5.1	"Eisen aan het zorgaanbod zijn eisen waar de zorg gedurende de uitvoering van de overeenkomst aan moet	Eisen aan het zorgaanbod zijn eisen waar de zorg gedurende de uitvoering van de overeenkomst aan moet voldoen. De eisen aan het zorgaanbod zijn

		voldoen". Het inkoopbeleid Wlz 2024-2026 vraagt om een fundamente wijzinging in de zorgverlening. Van formele zorg naar structurele inzet van informele zorg en zorgtechnologie. Hiervoor het het nodig dat huidige wet- en regeling hierop wordt aangepast. U vraagt ons dus om eisen te voldoen die in de komende jaren nog kunnen gaan wijzigen. Moet er in deze transitieperiode juist niet meer ruimte komen voor minder regels en eisen en meer bewegingsvrijheid voor zorgaanbieders?	opgenomen in bijlage 4. In deze bijlage is verduidelijkt wat van zorgaanbieders wordt verwacht bij het leveren van specifieke vormen van zorg in de Wlz. Wij vragen u om te voldoen aan de eisen, zoals deze zijn geformuleerd bij deze inkoopprocedure.
6	5.2	Als wij ons niet willen inschrijven voor de modules uit de bijlage, kunnen we dan de Menzis voorwaarden als niet van toepassing beschouwen? Met andere woorden: hebben ze dan geen contractuele werking?	Dat is juist.
7	5.2	Wat is wat u betreft de definitie van regelmatig?	We bedoelen hiermee dat uw organisatie minimaal één keer per twee jaar een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitvoert. Wij zullen dit wijzigen in ons Regionale Inkoopbeleid 2024-2026.
8	5.2	Menzis voorwaarden zijn eisen waar de aanbieder aan moet voldoen op het moment van inschrijving en gedurende de uitvoering van de overeenkomst. De Menzis voorwaarden gelden alleen wanneer zorgaanbieders zich willen inschrijven voor de modules. - Vraag: Wij vinden het niet passend dat op het moment van inschrijving al aan alle vereisten (Menzis voorwaarden) moet worden voldaan. Dit aangezien de overeenkomst pas van toepassing is met ingang van 1-1-2024. Ons voorstel is de datum waarop moet worden voldaan aan de Menzis voorwaarden op te schorten naar 1-1-2024. Bent u bereid hiermee akkoord te gaan en dit te wijzigen in het beleid?	De Menzis voorwaarden zijn voorwaardelijk voor het kunnen inschrijven op een module. Wij passen ons beleid niet aan.
9	5.2	5.2 U schrijft dat de zorgaanbieder maximaal vijf werkdagen de tijd heeft om de gevraagde bewijsmiddelen aan te leveren bij Zorgkantoor Menzis. Deze termijn is niet reeel en vragen u tot bijstelling van deze reactie termijn te komen.	Op te vragen bewijsmiddelen hebben betrekking op voorwaarden waaraan u bij inschrijving moet voldoen. Derhalve achten wij deze termijn reëel en zullen wij deze niet bijstellen.
10	5.2.1	Menzis heeft de Green Deal 3.0 ondertekend en verwacht dat de zorgaanbieder zich committeert aan de Green Deal. Wat houdt committeren aan in dit geval in?	Menzis Zorgkantoor verstaat onder committeren aan de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 dat de zorgaanbieder de doelen van de Green Deal onderschrijft en daarnaar handelt.
11	5.2.1	Pg 54 5.2 Vraag: Als dit gezondheidsbeleid gericht is op clienten - welke (rechts)grond is er voor verpleeghuiszorgorganisaties voor het terugdringen verslavingen en overgewicht in situatie dat mensen in laatste levensfase nog een halfjaar in verpleeghuis zijn?	Menzis verwacht dat u inzet op een actief gezondheidsbeleid, zoals geformuleerd in deze voorwaarde, rekening houdend met de doelgroep waar u zorg aan verleent. Deze laatste zinsnede zullen wij toevoegen aan deze Menzis voorwaarde.

12	5.2.1	Pg 53, 5.2. “De zorgaanbieder voert een actief en aantoonbaar gezondheidsbeleid en beschikt over personeel met specifieke deskundigheid en/of is een samenwerkingsverband aangegaan met andere partijen op dit gebied dat zich in ieder geval richt op: ● gezonde leefomgeving; ● terugdringen van overgewicht (bijvoorbeeld gezonde voeding en beweging); ● terugdringen van verslavingen (bijvoorbeeld alcohol, drugs en roken). VRAAG: Staat hier dat het gezondheidsbeleid van de zorgorganisatie gericht moet zijn op de drie bullits? Of geldt dat alleen voor het samenwerkingsverband met andere partijen?	Hier wordt bedoeld: de zorgaanbieder voert een actief en aantoonbaar gezondheidsbeleid en beschikt over personeel met specifieke deskundigheid en/of is een samenwerkingsverband met andere partijen op dit gebied. Het beleid richt zich in ieder geval op de 3 genoemde bullets. We zullen de formulering aanpassen.
13	5.2.1	Pg 54, 5.2.: Vraag: is dit gezondheidsbeleid gericht op cliënten of op medewerkers?	Het gezondheidsbeleid is gericht op klanten.
14	5.2.1	Pg 54 5.2. Vraag: Als dit gezondheidsbeleid gericht is op medewerkers – welke (rechts)grond heeft Menzis dat de werkgever financiële middelen moet inzetten voor terugdringen overgewicht, verslavingen? (is er valide relatie overgewicht/ verslaving en verzuim?) Menzis wil balans kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Middelen hiervoor beschikbaar stellen voor personeel heeft effect op deze balans.	Het gezondheidsbeleid is gericht op klanten.
15	5.2.1	Pg 53. 5.2.1. Menzis voorwaarden. In deze voorwaarden herkennen we items van de honoreringslijst van het inkoopbeleid van de voorgaande jaren. Een deel van de items is niet genoemd. Vraag: Betekent dit dat zorgaanbieders de punten in de honoreringslijst van 2023 vanaf 2024 los kunnen laten?	Een aantal items uit de honoreringslijst zijn geformuleerd als Menzis voorwaarden. Deze zijn van invloed op het wel of niet kunnen inschrijven op de modules. Dat geldt niet voor honoreringsitems die niet worden genoemd als Menzis voorwaarden.
16	5.2.1	Document paragraaf 5.2.1 pg. 54: U verwacht dat de zorgaanbieder betaalde en geschoolde ervaringsdeskundigen bij de zorgverlening inzet. Niet duidelijk is of de ervaringsdeskundigen ingezet moeten worden in de cliëntenbegeleiding of ter ondersteuning van de teams. Indien u bedoelt dat de ervaringsdeskundigen ingezet worden ter ondersteuning van de teams, op welke wijze wordt deze inzet gefinancierd? De inzet van ervaringsdeskundigen is nl. niet meegenomen in de NZa-tarieven.	Het Zorgkantoor Menzis verwacht dat aanbieders de betaalde en geschoolde ervaringsdeskundige zowel ten behoeve van de client als ondersteuning van het team inzet. Bij begeleiding van de client kan dit individueel gedeclareerd worden. Bij inzet als ondersteuning van het team kunt u dit als overhead kosten (scholing) beshouwen.
17	5.2.1	p. 8 ad 7.2.1 actief gezondheidsbeleid medewerkers Menzis vraagt aan de zorgaanbieder een actief gezondheidsbeleid te voeren, dat mede gericht is op gezonde leefomgeving, terugdringen van overgewicht, terugdringen van verslavingen. Wij hebben als werkgever belang bij gezonde werknemers en voeren daar al een actief beleid op.	Deze Menzis voorwaarde is gericht op een actief gezondheidsbeleid voor klanten, niet voor medewerkers van de zorgaanbieders. Per voorwaarde staat beschreven hoe Menzis Zorgkantoor de voorwaarde toetst.

		VRAAG: - Waarom wordt ons werkgeverschap nu onderdeel gemaakt van de contractering? Wat voegt dit toe aan de bestaande wet- en regelgeving waaraan alle zorgaanbieders toch al onderworpen zijn (als Nederlandse zorgaanbieders)? - Hoe gaat Menzis dit controleren? Welke criteria worden hier aangelegd en wil Menzis ook sancties toepassen als we hier niet goed op scoren? - Wat verwacht Menzis op dit onderwerp aan extra rapportages en aanvullende administratieve belasting? - Is Menzis bereidt om deze bepaling te schrappen? Zo nee, waarom niet?	
18	5.2.1	Goed werkgeverschap pagina 55 Menzis zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich voorbereiden op een steeds complexere wordende zorgvraag, zodat de juiste deskundigheid kan worden ingezet. VRAAG - voorbereiding is niet gekoppeld aan clienten/ bewoners. Is er aparte financiering mogelijk voor deze voorbereiding? Zo ja, hoeveel is dat en hoe kunnen we hier aanspraak op maken? Zo nee, waar kunnen we dan wel financiering krijgen om deze voorbereidingen te doen?	Deskundigheidsbevordering en scholing van medewerkers is onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering van een zorgaanbieder en is verdisconteerd in de NZa tarieven.
19	5.2.1	Duurzame inzetbaarheid personeel (pag. 56) Menzis vraagt om een beleidsplan duurzame inzetbaarheid personeel, met een visie op dit onderwerp. - Waaraan moet dit plan voldoen? - Als we het goed begrijpen vraagt Menzis om een beleidsnotitie (die gecheckt wordt), waar het aan de zorgaanbieder is om dit goed te regelen. Klopt dit? Zo ja, kan Menzis een toelichting geven op de rolverdeling tussen zorgkantoor en zorgaanbieder? Zo nee, hoe moeten we deze zin lezen? Graag een toelichting.	Zoals genoemd in paragraaf 1.2.. van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 vormt het beschikbare aanbod van personeel nu al een knelpunt en zal in de toekomst waarschijnlijk zelfs het belangrijkste knelpunt zijn. Ook in tijden van arbeidskrapte moeten mensen kunnen blijven rekenen op goede zorg. En moeten wij als Zorgkantoor blijven voldoen aan onze zorgplicht. Daarom verwachten wij dat u aandacht heeft voor goed werkgeverschap als stimulans om voldoende en geschikte medewerkers te behouden.
20	5.2.1	Goed werkgeverschap pagina 55 Menzis zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich voorbereiden op een steeds complexere wordende zorgvraag, zodat de juiste deskundigheid kan worden ingezet. VRAGEN - wat verstaat Menzis onder juiste deskundigheid? Graag concretiseren.	De deskundigheid die nodig is om klanten (met een steeds complexer wordende zorgvraag) van passende zorg te kunnen blijven voorzien.

21	5.2.1	Goed werkgeverschap pagina 55 Menzis zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich voorbereiden op een steeds complexere wordende zorgvraag, zodat de juiste deskundigheid kan worden ingezet. VRAAG - Menzis vraagt in de inkoopvoorwaarden om creativiteit bij het inzetten van medewerkers in de zorg. Dit maakt dat er (soms) bewuste keuzes gemaakt worden mbt personeel. Hoe past dit bij de vraag om de juiste deskundigheid in te zetten? Graag een toelichting.	Creativiteit bij het inzetten van medewerkers in de zorg kan geen afbreuk doen aan de inzet van de juiste deskundigheid.
22	5.2.1	Goed werkgeverschap pagina 55 Menzis zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich voorbereiden op een steeds complexere wordende zorgvraag, zodat de juiste deskundigheid kan worden ingezet. VRAGEN - Hoe kunnen we deskundige en goed opgeleide medewerkers inzetten als de tarieven die we krijgen niet toereikend zijn om deze medewerkers te kunnen betalen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie. De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
23	5.2.1	Goed werkgeverschap pagina 55 Menzis zorgkantoor verwacht dat zorgaanbieders zich voorbereiden op een steeds complexere wordende zorgvraag, zodat de juiste deskundigheid kan worden ingezet. VRAAG - Menzis vraagt om de inzet van deskundigheid aan te kunnen tonen. Wat verwacht Menzis van ons, hoe kunnen we dit aantonen? Graag concretiseren. - Hoe zorgt Menzis ervoor dat de administratieve last hierdoor groter wordt?	Deze verwachting is onderdeel van de Menzis voorwaarde Goed werkgeverschap. Bij de beschrijving van deze voorwaarde staat dat Menzis Zorgkantoor in het jaarplan/kwaliteitsjaarverslag toetst in hoeverre er aandacht is voor goed werkgeverschap. Dit zijn bestaande documenten binnen uw organisatie.
24	5.2.1	Door de krapte op de arbeidsmarkt en nog steeds hoog ziekteverzuim moet steeds vaker een beroep worden gedaan op dure externe krachten. Zonder inperkende maatregelen zal dit alleen maar toenemen. Op deze manier lekt geld bestemt voor zorg onnodig weg naar bemiddelingskosten en btw. Is het zorgkantoor bereid om zich in groter verband (ZN, VWS, NZA, etc) hiervoor in te zetten?	Ja, het Zorgkantoor is hiertoe bereid.

25	5.2.1	Menzis Zorgkantoor stelt als voorwaarde dat de zorgaanbieder zelf deelneemt aan, of door een collega-zorgaanbieder of samenwerkingsverband vertegenwoordigd is in, een regionaal overleg. Wat wordt verstaan onder deelname? Hoe vaak moet een zorgaanbieder deelnemen?	Hieronder verstaat Menzis Zorgkantoor dat u zelf deelneemt aan een regionaal overleg of dat u kunt aantonen dat u door een collega-zorgaanbieder of door een samenwerkingsverband vertegenwoordigd bent. Frequentie van deelname schrijven wij niet voor.
26	5.2.1	Menzis Zorgkantoor stelt als voorwaarde dat de zorgaanbieder zelf deelneemt aan, of door een collega-zorgaanbieder of samenwerkingsverband vertegenwoordigd is in, een regionaal overleg. Wat betekent dit voor aanbieders die landelijk wel groot zijn maar in specifieke regio voor dit zorgkantoor relatief klein en derhalve in mindere mate een bijdrage (kunnen) leveren aan die specifieke regio? Wordt hierin een genuanceerde overweging gemaakt? Zo niet, waarom niet?	De omvang van de bijdrage in de regio is geen bepalende factor. Daarbij geldt dat juist zorgaanbieders die relatief klein zijn in een regio zich kunnen laten vertegenwoordigen door een collega-zorgaanbieder of een samenwerkingsverband.
27	5.2.1	Advance Care Planning (ACP) Menzis zet in op ACP. In de beschrijving op pagina 54 staat dat dit door de coordinator zorg thuis (CZT) in de thuissituatie wordt georganiseerd en standaard wordt aangeboden aan iedere klant. VRAAG - Door inzet van CZT in de thuissituatie hebben we het over wijkverpleging in de ZVW. Wat maakt dat dit opgenomen is in de inkoopvoorwaarden WLZ? Graag een toelichting. - Menzis geeft aan dit te toetsen. Op basis van weke criteria is dit, aangezien dit in het voorgaande domein opgepakt wordt? Graag een toelichting.	De coördinator zorg thuis organiseert het aanbod ACP. ACP is op elk moment in het zorgproces waardevol, los van domeinen. Toetsing vindt plaats door inzage in werkafspraken, procedures en scholingsmogelijkheden waaruit ACP blijkt.
28	5.2.1	In lijn met eerdere vraag. Menzis Zorgkantoor verwacht van de zorginstelling dat ACP door de coördinator zorg thuis standaard in de thuissituatie wordt aangeboden. Omdat, in tegenstelling tot hetgeen is gepresenteerd op 9 maart jl., er vooralsnog geen opslag op het richttarief kan worden afgesproken, is geen dekking van deze meerkosten aanwezig. Onze instelling onderschrijft het belang van ACP en vraagt Zorgkantoor Menzis om additioneel een opslag voor de module "thuis als het kan" (VVT) toe te voegen zodat invulling kan worden gegeven aan het beleid. Is het Zorgkantoor Menzis bereid deze toevoeging te doen aan het huidige inkoopbeleid en zo niet op welke wijze verwacht Zorgkantoor Menzis dat de ACP binnen instellingen kostendekkend kan worden georganiseerd?	Wij gaan ervan uit dat Advanced Care Planning een grote rol speelt in het langer thuis wonen. De manier waarop u dit inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan".

29	5.2.1	Zorgkantoor Menzis stelt veel meer voorwaarden in vergelijking met andere zorgkantoren. In het kader van o.a. administratieve lastenverlichting is dit opvallend. Bij (relatief) kleine aanbieders levert de opslag per saldo ook minder op. Wat is de reden van zorgkantoor Menzis om zoveel voorwaarden te stellen?	Wij gaan ervan uit dat uw vraag betrekking heeft op de Menzis voorwaarden. De motivatie voor de Menzis voorwaarden kunt u lezen in paragraaf 1.2.3 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
30	5.2.1	Actief gezondheidsbeleid. Is deze voorwaarde met name van toepassing van de zorg die geleverd wordt middels MPT? Wat verwacht Menzis hierbij van zorgaanbieders m.b.t. de intramurale zorg die geleverd wordt in veelal de laatste levensfase van onze bewoners?	Nee, deze voorwaarde is niet alleen van toepassing voor zorg die geleverd wordt middels mpt. Menzis verwacht dat u inzet op een actief gezondheidsbeleid, zoals geformuleerd in deze voorwaarde, rekening houdend met de doelgroep waar u zorg aan verleent. Deze laatst zinsnede zullen wij toevoegen aan deze Menzis voorwaarde.
31	5.2.1	Hoe verhoudt de ontwikkeling op inzet MPT/VPT zich ten opzichte van verantwoordelijkheid van de gemeente (WMO)? Roerende voorzieningen (hulpmiddelen zorg en wonen), mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen zijn geen onderdeel van het vpt. Artikel 2.3.5 lid 6 van de wet maatschappelijke ondersteuning beschrijft dat een gemeente een maatwerkvoorziening kan weigeren als een cliënt aanspraak heeft op Wlz. Dit is een weeffout in het systeem en een belemmerende factor in het opschalen van MPT/VPT in de wijk. Welke verantwoordelijkheid neemt het zorgkantoor om de toename van MPT/VPT en daarmee de druk op de betaalbaarheid vanuit de WMO i.r.t. het 'domeinoverstijgend samenwerken' te realiseren? Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten?	Alleen bij de verzilveringsvorm Verblijf in de Wlz is er geen sprake meer van een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo. Menzis Zorgkantoor zal uw signaal inbrengen op landelijke overlegtafels en in de regionale overlegtafels met gemeenten.
32	5.3	U vraagt hier om een organogram. Wat is de reden dat u deze vraagt? In het kader van administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders stellen wij voor dat de zorgaanbiedres aan wie voorlopig gegund is, dit na de voorlopige gunning aanleveren. Indien niet akkoord, wilt u dan aangeven wat de reden daarvoor is?	Wij vragen een organogram als onderdeel van een ondernemingsplan dat een nieuwe zorgaanbieder bij zijn inschrijving moet indienen. In het ondernemingsplan presenteert de zorgaanbieder onder andere zijn organistatie en een organogram is daar een logisch onderdeel van.
33	5.3	1. Wat is de reden dat zorgaanbieders een afschrift van de UBO moeten indienen? 2. Wat geeft dit het zorgkantoor voor vertrouwen? 3. U geeft elders in het document aan, dat de administratieve lasten voor zorgaanbieders verminderd moeten worden. Met deze vraag is hier juist geen sprak evan. Graag uw toelichting. 4. Als u hier toch aan vasthoudt, dan stellen wij voor dat de partijen aan wie voorlopig gegund wordt, na voorlopige gunning dit overzicht aanleveren. Graag uw akkoord.	Een nieuwe zorgaanbieder moet bij zijn inschrijving een afschrift van een UBO indienen. Het zorgkantoor mag op grond van de Sanctiewet- en regelgeving geen betalingen verrichten aan een zorgaanbieder waarvan de UBO('s) is/zijn vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet en -regelgeving. Zorgkantoren toetsen hierop bij inschrijving.

34	5.3	Wij hebben een overeenkomst met het zorgkantoor tot 31-12-2023 dan kunnen we toch alleen volstaan met een bestuursverklaring en verder geen andere documenten? Kunt u dit bevestigen?	Als u voldoet aan de definitie van bestaande zorgaanbieder hoeft u geen aanvullende documenten aan te leveren bij de Bestuursverklaring. We vragen wel een uittreksel Kamer van Koophandel aan te leveren als er ten opzichte van de vorige inschrijving/overeenkomst een wijziging heeft plaatsgevonden in de tekenbevoegde bestuurders. U kunt deze in dat geval in Mercell uploaden bij uw inschrijving.
35	5.3	U vraagt hier om een polisblad van de verzekering. In het kader van administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders stellen wij voor dat de zorgaanbiedres aan wie voorlopig gegund is, dit na de voorlopige gunning aanleveren. Indien niet akkoord, wilt u dan aangeven wat de reden daarvoor is?	Een nieuwe zorgaanbieder moet bij zijn inschrijving een polisblad aansprakelijkheidsverzekering bijvoegen, waaruit duidelijk wordt dat aan de gestelde voorwaarde wordt voldaan. De verzekering dient uiterlijk vanaf de ingangsdatum in te gaan; wij willen bij inschrijving vaststellen dat hieraan wordt voldaan.
36	5.3	5.3 Indienen bewijsmiddelen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst dient u aan alle eisen te voldoen. Indien u gedurende de looptijd van de overeenkomst niet langer voldoet aan één of meerdere gestelde eisen, dan dient u Menzis Zorgkantoor daar per direct over te informeren. In dat geval zullen wij met u in overleg gaan. We behouden ons daarbij het recht voor om de overeenkomst te beëindigen (door middel van opzegging of ontbinding) indien we in onderling overleg niet tot een voor Menzis Zorgkantoor acceptabele oplossing komen." Vraag: Bent u met ons van mening dat Menzis Zorgkantoor zich - in dit geval voor de bepaling wat een voor Menzis Zorgkantoor 'acceptabele oplossing is'- uitsluitend zal laten leiden door de toepasselijke wet- en regelgeving en Menzis Zorgkantoor schriftelijk en gemotiveerd aangeeft wat voor haar aanvaardbaar is en waarom? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Menzis Zorgkantoor deelt deze mening niet. Menzis Zorgkantoor kan niet uitputtend opsommen wat voor Menzis Zorgkantoor een acceptabele oplossing is. Dit is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Zo is onder meer relevant aan welke eis niet voldaan wordt, of en zo ja welke verbetermaatregelen zijn/worden genomen om weer aan de eis te voldoen. Menzis Zorgkantoor wenst met deze bepaling juist redelijk te handelen door alle relevante omstandigheden mee te wegen in haar keuze om de overeenkomst al dan niet te beëindigen.
37	5.3	Wat verstaat u onder nieuw zorgaanbod? Betreft dit capaciteitsuitbreidingen of nieuwe zorgvormen/-producten? En volgens welke format moet dit worden aangeleverd bij de inschrijving?	Dit betreft een wijziging in sector en/of leveringsvormen, zoals genoemd in paragraaf 3.1. van het Regionaal Inkoopdocument 2024-2026. Als er sprake is van een wijziging van sector en/of leveringsvormen ten opzichte van de eerdere inschrijving moet u dit bij uw inschrijving in Mercell vermelden en toelichten.
38	5.3	Welke documenten moeten wij in ons geval aanleveren? Ons inziens hanteren wij hierbij de vereiste stukken van een bestaande zorgaanbieder. Er verandert immers niets in ons zorgaanbod. Als blijkt dat wij toch alle stukken moeten indienen; wat zijn de consequenties als wij deze stukken niet bij inschrijving	U kunt hiervoor contact opnemen met uw inkoper.

		kunnen indienen? De structuurwijziging is namelijk recent doorgevoerd en het kan zijn dat deze wijziging nog niet uit alle stukken blijkt.	

6. Ondernemingsplan nieuwe zorgaanbieders

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	6	Gezien voorgaande hopen wij geen ondernemingsplan te moeten indienen. Wij continueren immers onze zorg wat ons geen "nieuwe" aanbieder maakt. Echter mocht dit wel noodzakelijk zijn; in het financiele plan wordt gevraagd naar jaarrekeningen over 2021 en 2022. In deze jaren vielen BIC en Kompas onder Pro Persona (een bestaande aanbieder). Moeten wij dan ook deze jaarrekeningen indienen?	De voorwaarden voor de in te dienen jaarrekeningen leest u in hoofstuk 6 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 onder Financieel Plan.

Bijlagen

#	Beleidsdocument - Hfs/parag	Vraag	Antwoord
1	Bijlage 1	N.a.v. deel II, art. 1: U schrijft over het realisatie van een hogere kwaliteit, terwijl er in de ZN-visie vermeldt staat: de focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn (blz. 28/29). Onzes inziens is dit strijdig met wat u in de overeenkomst opneemt. Als de kwaliteit goed is, verwacht u dan van ons een continue verbetering? Of gaat u akkoord dat wij stimuleren om de kwaliteit op peil te houden of zelfs te werken richting een acceptabele kwaliteit?	Dat verbetering van kwaliteit niet altijd meer het uitgangspunt kan zijn, neemt niet weg dat Menzis Zorgkantoor van zorgaanbieders kan verlangen dat zij zoveel als mogelijk een bijdrage (blijven) leveren aan een hogere kwaliteit van zorgverlening.
2	Bijlage 1	N.a.v. deel II, art. 9: Is de korting per overschrijding 0,25%? Met andere worden: als er 4 keer niet nagekomen wordt, is dan de sanctie 3 x 0,25% = 0,75% (4 x -/- 1e keer cf. lid 3)?	Ja, dat is correct.

3	Bijlage 1	Deel II, H1, art. 1 daar worden diverse aspecten beschreven waaraan we samen dienen bij te dragen. Wat wordt hier concreet verwacht van de zorg aanbieder en wat mogen we verwachten van het zorgkantoor in deze?	We verwachten van de zorgaanbieder dat zij - waar mogelijk - een bijdrage leveren aan de in dit artikel genoemde items. De items sluiten aan bij de regionale invulling van de landelijke bewegingen en landelijke thema's in ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Van het zorgkantoor mag een initiërende en aanjagende rol worden verwacht.
4	Bijlage 1	Deel II, H1, art. 4.f. daar wordt gesproken over materiële controle? Graag ontvangen wij het protocol materiële controle dat geldt tijdens de contract periode 2024-2026. Wilt u deze delen met ons?	Het controleplan wordt jaarlijks opgesteld. Wij publiceren dit op onze website. Het controleplan 2024 is op dit moment nog niet beschikbaar. Voor informatie over materiële controle verwijzen we u naar https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/materiele-controle
5	Bijlage 1	H4, art. 10.4 "Wanneer de landelijke middelen ontoereikend zijn, komt de geleverde zorg die de herschikkingsafspraak overstijgt niet voor vergoeding in aanmerking. " Wij als individuele zorgaanbieder hebben geen invloed op de macro uitvraag van de zorg. We worden hierop wel gekort als bovenstaande voorkomt. Dit kan gevolgen voor de bedrijfsvoering op de korte termijn en de zorg levering op de lange termijn. Hoe kijkt u hier tegenaan?	Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door het Ministerie van VWS aan de zorgkantoren toegekende contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag (Q) tegen het maximum NZa tarief te vergoeden. Volgens economische basisregels moet dan óf de prijs (P) óf het volume (Q) omlaag om binnen de contracteerruimte te blijven. Menzis Zorgkantoor kiest ervoor om niet het volume bij te stellen, maar de prijs. Zodoende realiseert Menzis Zorgkantoor persoonsvolgende bekostiging en kan Menzis Zorgkantoor voldoen aan de zorgplicht. Menzis Zorgkantoor zal op het moment dat de contracteerruimte dreigt te worden overschreden altijd een beroep doen op de daarvoor bestemde procedures bij het Ministerie van VWS en/of de NZa.
6	Bijlage 1	In de diverse artikelen is er sprake van boetes als de zorgaanbieder iets nalaat. Nergens is er sprake van een vergoeding van het zorgkantoor bij het niet nakomen van afspraken. Los van het feit dat boetes niet motiverend werken, maar beloningen wel vinden we dit nogal eenzijdig. Hoe ziet u dit?	wanneer een zorgaanbieder één of meerdere verplichtingen in de overeenkomst niet nakomt, vindt Menzis Zorgkantoor het niet onredelijk de mogelijkheid te hebben een boete op te kunnen leggen aan de zorgaanbieder. De mogelijkheid tot het kunnen opleggen van een boete heeft te gelden als prikkel om de verplichtingen na te komen.
7	Bijlage 1	artikel 7.4 Vanaf het moment dat de herschikkingsafspraak over jaar t is bereikt, wordt de betaling beëindigd. De zorgaanbieder blijft verplicht de zorg te blijven leveren en om declaraties aan te leveren. Vraag: Deze zin lijkt niet helemaal te kloppen, kunt u aangeven wat u hiermee precies bedoelt? Wilt u uw antwoord toelichten?	Bij het bereiken van het omzetniveau, zoals vastgelegd in de herschikkingsafspraak, bent u verplicht zorg te blijven leveren en declaraties aan te leveren. De overproductie ten opzichte van de herschikking kunt u opnemen in de nacalculatie, indien dit te onderbouwen is met bij het zorgkantoor ingediende declaraties via de AW 319. Deze overproductie kan worden gecompenseerd uit de landelijke onderproductie, zoals beschreven in paragraaf 2.10 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
8	Bijlage 1	overschrijden contracteerruimte 8.3 Klopt het dat bij een dreigende overschrijding van de contracteerruimte het tariefpercentage eenzijdig en met	Deze overproductie kan worden gecompenseerd uit de landelijke onderproductie, zoals beschreven in paragraaf 2.10 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.

		terugwerkende kracht wordt gewijzigd? Dit is voor ons als Zorgaanbieders zeer nadelig en maakt dat een grote financiele onzekerheid bestaat. Bent u van deze mogelijkheid af te zien? Wilt u uw antwoord toelichtingen?	
9	Bijlage 1	Artikel 12, lid 2 onderdeel b "Wij zijn van mening dat een boetebepaling niet passend is en geen recht doet aan de onderlinge verhoudingen, kunt u deze bepaling laten vervallen, maar in ieder geval de boete maximaliseren? Wilt u uw antwoord motiveren?"	Wanneer een zorgaanbieder één of meerdere verplichtingen in de overeenkomst niet nakomt, vindt Menzis Zorgkantoor het niet onredelijk de mogelijkheid te hebben een boete op te kunnen leggen aan de zorgaanbieder. De mogelijkheid tot het kunnen opleggen van een boete heeft te gelden als prikkel om de verplichtingen na te komen. De hoogte van de boete zoals geformuleerd in artikel 12 lid 2 onder b van de overeenkomst is gemaximeerd tot maximaal EUR 10.000,- of, indien het bedrag van EUR 10.000,- lager is dan 0,25% van de financieel gerealiseerde productie van het desbetreffende jaar, een boete op te leggen van maximaal 0,25% van de financieel gerealiseerde productie van het desbetreffende jaar. Bij de vaststelling van de hoogte van de boete houdt Menzis Zorgkantoor rekening met de ernst van de niet-nakoming.
10	Bijlage 1	artikel 13.3. "door de woorden "onder andere" betreft dit een zeer vergaand eenzijdig wijzigingsbeding. Is het akkoord om in plaats daarvan een limitatieve opsomming op te nemen en daarnaast de zorgaanbieder bij een wijziging de mogelijkheid te geven om de overeenkomst op te zeggen?"	Dit is niet akkoord. Het opnemen van een limitatieve opsomming is niet mogelijk, omdat Menzis Zorgkantoor niet weet welke toekomstige/onzekere gebeurtenissen aanleiding kunnen geven om de overeenkomst te wijzigen.
11	Bijlage 1	Behoren de voorstellen tbv inschrijving op de modules niet ook onderdeel uit van de overeenkomst? Hoe ziet u dat?	Dat verbetering van kwaliteit niet altijd meer het uitgangspunt kan zijn, neemt niet weg dat Menzis Zorgkantoor van zorgaanbieders kan verlangen dat zij zoveel als mogelijk een bijdrage (blijven) leveren aan een hogere kwaliteit van zorgverlening.
12	Bijlage 1	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel II, artikel 7 lid 4 U bepaalt: "Vanaf het moment dat de herschikkingsafspraak over jaar t is bereikt, wordt de betaling beëindigd. De zorgaanbieder blijft verplicht de zorg te blijven leveren en om declaraties aan te leveren.". Bedoelt u daarmee alleen de op dat moment lopende zorg, of bedoelt u dat ook nieuwe zorg nog moet worden aangenomen?	Bij het bereiken van het omzetniveau, zoals vastgelegd in de herschikkingsafspraak, bent u verplicht zorg te blijven leveren en declaraties aan te leveren. Dit geldt voor de op dat moment lopende zorg en zorg aan nieuwe klanten. De overproductie ten opzichte van de herschikking kunt u opnemen in de nacalculatie, indien dit te onderbouwen is met bij het zorgkantoor ingediende declaraties via de AW 319. Deze overproductie kan worden gecompenseerd uit de landelijke onderproductie, zoals beschreven in paragraaf 2.10 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
13	Bijlage 1	Bij f is sprake van een materiele controle. Wilt u toelichten wat hiermee bedoeld wordt? (doel, frequentie etc.)	Menzis Zorgkantoor gaat er van uit dat hier gedoeld wordt op artikel 4 lid 1 onder f van Deel II van de Overeenkomst 2024-2026. Materiële controle is een onderzoek waarbij het zorgkantoor nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie

			het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Op de website van Menzis Zorgkantoor wordt jaarlijks een controleplan met informatie over de uitvoering van materiële controles gepubliceerd.
14	Bijlage 1	H4, art. 10.4 "Wanneer de landelijke middelen ontoereikend zijn, komt de geleverde zorg die de herschikkingsafspraak overstijgt niet voor vergoeding in aanmerking. " De herschikking wordt vastgesteld door het zorgkantoor, zie Regionaal inkoopbeleid 2024-2026 paragraaf 2.8 herschiking. Hierdoor hebben wij totaal geen inbreng in de herschikkingsafspraak die wordt gemaakt waarop we vervolgens wel kunnen worden afgerekend. Hoe ziet u dit?	De herschikking wordt samen met de zorgaanbieder vastgesteld.
15	Bijlage 1	Hier staat zorgaanbieders (op verzoek van het zorgkantoor) een certificaat aan de accountant moeten vragen waaruit blijkt dat deze zich heeft overtuigd van de juistheid en volledigheid van het betaalde loon. Naar ons idee is dat iets wat de accountant doet tijdens de controle, waarna deze een accountantsverklaring afgeeft. Waarom moet er dan nog iets aparts afgegeven worden? Dit is extra administratieve ballast voor de zorgaanbieders. Graag uw reactie.	Menzis Zorgkantoor zal hier alleen naar vragen, indien daar aanleiding toe is. De administratieve lasten zullen dus zeer beperkt zijn.
16	Bijlage 1	Waarom dienen geschillen in Den Haag (Zuid-Holland) te worden voorgelegd bij de andere documenten en hier in Arnhem. Dienen we de geschillen op te voeren in 2 verschillende rechtbanken? Hoe ziet u dit?	Geschillen die ontstaan naar aanleiding van onderhavige inkoopprocedure dienen te worden voorgelegd aan de bevoegde (voorzieningen)rechter in Den Haag. Menzis Zorgkantoor heeft voor de (voorzieningen)rechter in Den Haag gekozen omdat dit aansluit bij de forumkeuze van de andere zorgkantoren. In artikel 22 lid 4 Deel III van de overeenkomst staat vervolgens dat geschillen die niet samen kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering (NAI) of aan de bevoegde rechtbank te Arnhem. Menzis Zorgkantoor kiest er voor om geschillen gedurende de looptijd van de overeenkomst voor te leggen aan de dichtsbijzijnde rechtbank.
17	Bijlage 1	Hier staan artikel diverse aspecten genoemd waar zorgaanbieder, samen met Menzis, zorg voor moet dragen. Wilt u aangeven wat u hier van zorgaanbieders verwacht? En wat de inzet van Menzis hierbij is, wat zorgaanbieders van Menzis kunnen verwachten? Graag uw toelichting.	Het is niet duidelijk op welk artikel u doelt, derhalve kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.
18	Bijlage 1	Zorgaanbieder geeft Menzis volmacht tot het organiseren en in standhouden van een pool mobiliteitshulpmeddelen. Er staat vervolgens hoe dit georganiseerd wordt. Hoe wordt dit financieel georganiseerd?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar https://www.menzis-zorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/rolstoelen-en-hulpmiddelen.

19	Bijlage 1	Kunt u in artikel 12, lid 1 in plaats van “met onmiddellijke ingang” opnemen “na ingebrekestelling met een redelijke termijn voor herstel van de geconstateerde tekortkoming". Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor zal dit niet wijzigen, omdat zij zich het recht wil voorbehouden om met onmiddelijke ingang op te zeggen. Overigens wil dit niet zeggen dat Menzis Zorgkantoor in alle gevallen tot opzegging zal overgaan.
20	Bijlage 1	Aan artikel 13 moet redelijkerwijs een opzeggingsmogelijkheid voor de zorgaanbieder worden toegevoegd indien de beschikbare contracteerruimte, tariefpercentages of tariefsystematiek enerzijds gedurende de looptijd van de (verlengde) overeenkomst wijzigt. Dit is zeker redelijk in het licht van de mogelijkheid van het Zorgkantoor om tarieven aan te passen. Voorts is dat ook redelijk in geval (bijvoorbeeld, maar niet limitatief) een beroep op de hardheidsclausule (punt 2.5 Inkoopbeleid Wlz) niet zou worden gehonoreerd door het Zorgkantoor. Kunt u deze opzeggingsmogelijkheid toevegen? Zo nee, waarom niet?	In het regionale inkoopbeleid zijn herzieningsmogelijkheden opgenomen die onderdeel uitmaken van de overeenkomst. In de herzieningsclausules staat aangegeven wanneer/onder welke omstandigheden Menzis daar een beroep op kan doen. Menzis is daarom niet bereid om een extra opzeggingsmogelijkheid op te nemen voor de zorgaanbieder. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen vinden in een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, kunnen zorgaanbieders daar tegenop komen op de wijze zoals beschreven in paragraf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid. Zorgaanbieders doen er daarbij verstandig aan om, bij een negatief besluit ten aanzien van de hardheidsclausule, eerst contact op te nemen met Menzis Zorgkantoor binnen de rechtsbeschermingstermijn. Indien dit niet tot een oplossing leidt, dienen zij een kort geding aanhangig te maken.
21	Bijlage 1	Bij punt 1.c geeft u aan dat de zorg conform zorgplan is uitgevoerd door bekwaam en deskundig personeel. Tegelijk geeft u in Bijlage A bij module 1 (GZ) aan dat de inzet van vrijwilligers en /of het netwerk ook onderdeel moet worden van het primaire proces van zorg en ondersteuning. Dit is dan geen bekwaam en deskundig personeel. Hoe ziet u dat voor u?	Met deze module willen we de inzet van informele zorg stimuleren. Dit leidt ertoe dat een groter deel van de hulpvraag van klanten wordt uitgevoerd door vrijwilligers en/of het eigen netwerk van de klant voor die onderdelen van de zorgverlening waar dat kan. Daardoor kunnen zorgprofessionals ingezet worden op plekken waar dat het meest nodig is en voor zorghandelingen die gedaan moeten worden door bekwaam en deskundig personeel.
22	Bijlage 1	Artikel 2.2 Tariefpercentage en omzetniveau "Onder welke voorwaarden/omstandigheden kan Menzis Zorgkantoor het percentage verlagen en wat zijn dan de (bezwaar)mogelijkheden voor de zorgaanbieder?"	Gedurende de looptijd van de overeenkomst zal Menzis Zorgkantoor de NHC en NIC component 100% vergoeden. Daarnaast zullen wij samen met zorgaanbieders gaan onderzoeken of voor een volgend zorginkoopbeleid een lagere vergoeding van de NHC/ NIC component voor de lichtere zorgprofielen passend is om zorg thuis voor lichtere zorgprofielen te stimuleren. De definitie van lichtere zorgprofielen zullen wij ook samen met zorgaanbieders gaan opstellen. Wij passen het zorginkoopbeleid en de overeenkomst (artikel 2.2) aan.
23	Bijlage 1	H7, art. 14.1 "De zorgaanbieder garandeert dat deze zijn werknemers, dan wel dat de werknemers van zijn opdrachtnemer/ onderaannemer het loon wordt betaald waartoe zij op grond van de wet, dan wel de overeenkomst gerechtigd zijn." Garandeert het zorgkantoor dat de tarieven zullen worden aangepast als blijkt dat gedurende de looptijd van de overeenkomst er CAO aanpassingen plaatsvinden die (nog) niet verwerkt zijn in de tarieven, zodat wij kunnen blijven voldoen aan dit artikel? Hoe ziet u dit?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis Zorgkantoor, tot reële tariefafspraken te komen.

24	Bijlage 1	U schrijft: "5. Ingeval de NZa in de van toepassing zijnde beleidsregel eenzijdige indiening van een herschikkingsaanvraag niet uitsluit, behoudt Menzis Zorgkantoor zich bij eenzijdige indiening van een herschikkingsaanvraag het recht voor neerwaarts af te wijken van het omzetniveau en de zorgaanbieder uit te sluiten van de herschikkingsprocedure zoals beschreven in het inkoopdocument. Menzis Zorgkantoor zal van deze bevoegdheid geen gebruik maken dan nadat het met de zorgaanbieder overleg heeft gepleegd." Kunt u toevoegen "en met hem schriftelijk overeenstemming heeft bereikt"? Zo nee, waarom niet?	Bij schriftelijke overeenstemming is geen sprake van een eenzijdige indiening. Wij voegen dit niet toe.
25	Bijlage 1	Het zorgkantoor legt persoonsgegevens vast. Kunnen wij er van uitgaan, dat het zorgkantoor hierbij handelt conform de AVG?	Ja, dat kan.
26	Bijlage 1	Al onze eerder gestelde vragen / bezwaren dienen door vertaald te worden naar / hebben impact op de Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz. Slechts de additionele opmerkingen c.q. vragen zijn derhalve hier opgemerkt: 1.) Wat betreft artikel 9 kunnen er legitieme redenen zijn waardoor de indiening van declaraties vertraagd tot stand komt. Vanuit de samenwerkingsgedachte zoals Menzis Zorgkantoor deze nastreeft, verwachten wij dat hierover afspraken te maken moeten zijn zonder dat dit direct gaat leiden tot een strafkorting. Kunt u dit bevestigen en zo ja bent u bereid dit toe te voegen aan de overeenkomst? 2.) U schrijft dat zorginstellingen in beginsel zorg dienen te leveren conform de treeknorm. Hoe dienen wij deze gestelde voorwaarde te beoordelen in relatie tot de huidige capaciteit intramurale verpleeghuiszorg welke onvoldoende toereikend is. Ook vanuit dit perspectief tekenen wij bezwaar aan tegen het niet mogen uitbreiden van onze intramurale verpleeghuiszorgcapaciteit om reden dat we daardoor niet kunnen voldoen aan de door Menzis Zorgkantoor gestelde normen.	Zoals in artikel 9 lid 3 wordt aangegeven leidt dit niet direct tot een strafkorting. Indien de wachtlijsten gaan oplopen zal Menzis Zorgkantoor dit onder de aandacht brengen van het Ministerie van VWS;
27	Bijlage 1	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel artikel 20 lid 1 en lid 3 In Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel artikel 20 lid 1 en lid 3 is bepaald dat de Menzis te allen tijde rechten en verplichtingen kan overdragen, maar dat de zorgaanbieder dat niet mag zonder toestemming. Dat is niet redelijk en is disproportioneel. Wij verzoeken u dit aan te passen,	Het zorgkantoor zal deze bepaling ongewijzigd laten.

		door het bepaalde in lid 3 ook te laten gelden voor de zorg-aanbieder, althans het bepaalde in lid 1 aan te vullen met de bepaling dat goedkeuring niet op onredelijke gronden zal worden onthouden en dat u, bij eventuele aan goedkeuring te verbinden voorwaarden, redelijk voorwaarden zult stellen en mede rekening zult houden met de belangen van de zorg-aanbieder.	
28	Bijlage 1	Tijdens een vakantieperiode kan een andere zorgaanbieder de zorg overnemen. Ziet Menzis dit als onderaannemer-schap waarvoor toestemming aangevraagd moet worden?	Ja, dit valt onder onderaanneming.
29	Bijlage 1	Het gestelde in artikel 6, lid 1 van deel II betekent, dat sprake zal zijn van extra administratieve lasten, terwijl het de bedoe-ling is deze tot een minimum te beperken. Waarom is het be-paalde in dit artikellid nodig? Is het daar bepaalde wel pro-portioneel? Kan het daar bepaalde niet worden geschrapt of in ieder geval qua administratieve lasten in omvang worden beperkt?	Nee, deze bepaling kan niet worden geschrapt. Uit uw administratie moet u - op grond van het genoemde onder a t/m d - kunnen aantonen dat de zorg, waarvoor wij u contracteren, door u deugelijk is geleverd.
30	Bijlage 1	Het in artikel 12 lid 5 gestelde is onzes inziens disproportio-neel. Kunt u deze bepaling schrappen? Zo nee, waarom niet?	Wij achten artikel 12, lid 5, proportioneel in geval aan de zorgaanbieder een maatregel is opgelegd, zoals genoemd in lid 1 t/m 4 van dit artikel. Daarbij hebben wij in dit lid vermeld dat Menzis Zorgkantoor van deze be-voegdheid geen gebruik zal maken dan nadat het met de zorgaanbieder overleg heeft gepleegd.
31	Bijlage 1	Deel 2 Artikel 9: Niet-nakoming voorwaarden in artikel 7 lid 2 Deel II en artikel 12 deel III Vraag: Wij zijn van mening dat een kortingsbedrag niet pas-send is en geen recht doet aan de onderlinge verhoudingen, kunt u deze bepaling laten vervallen. Wilt u uw antwoord toe-lichten? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Wij laten deze bepaling niet vervallen. Het gaat om een kortingsbedrag in verband met niet nakoming van contractuele verplichtingen en dit beschou-wen wij als passend.
32	Bijlage 1	Deel II Artikel 6 Kunt u bevestigen dat hiermee (met de zin-snede 'gedaan in enig voorafgaand jaar') niet bedoeld is af te wijken van de wettelijke verjaringstermijnen?	Dit kunnen wij bevestigen.
33	Bijlage 1	U schrijft: De omvang van hetgeen bekostigd wordt, wordt begrensd door het afgesproken omzetniveau, zoals vastge-legd in het tweezijdig ingediende herschikkingsformulier en zoals bekrachtigd door de NZa."" Is het juist dat dit zou betekenen dat wij als zorgaanbieder zorg leveren zonder dat daar een vergoeding tegenover	Het omzetniveau vastgelegd in de herschikking is gegarandeerd in de na-calculatie indien dit te onderbouwen is met de declaraties. Indien dit leidt tot overproductie ten opzichte van de herschikking, kan u in aanmerking komen voor de landelijke onderproductie.

		staat? Zo ja, bent u bereid van deze afspraak te zien of kunnen wij overeenkomen dat in dat geval geen doorleverplicht geldt? Kunt u uw antwoord toelichten?	
34	Bijlage 1	Vanaf het moment dat de herschikkingsafspraak over jaar het is bereikt, wordt de betaling beëindigd. De zorgaanbieder blijft verplicht de zorg te blijven leveren en om declaraties aan te leveren. Kunt u een toelichting geven over de wettelijke basis van dit schrijven en aangeven waar dit naar terug te herleiden is.	Menzis Zorgkantoor doet dit om in lijn te handelen met de Beleidsregels van de NZa zoals de Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz 2024 - BR/REG-24115. Deze beleidsregels worden vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.
35	Bijlage 1	Als er sprake is van een tariefsverlaging door overschrijding van de contracteerruimte, wordt het jaar erna dit gecompenseerd met een hoger tarief? Zo nee? Dus wij draaien op voor een tariefstelling die niet past bij de groeiende zorgvraag?	Nee, ieder jaar kent haar eigen contracteerruimte. Van een compensatie in het jaar erop is dus geen sprake. Er zijn in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende landelijke waarborgen aanwezig om te komen tot een reële contracteerruimte die past bij de groeiende zorgvraag. Wij verwijzen u hiervoor naar paragraag 2.9 van het Regionaal Inkoopbeleid.
36	Bijlage 1	P 7 art 5: inspectierapporten t.a.v. Wlz-zorg? Of alle zorg? Inspectierapporten zijn openbaar, is voor de zorgaanbieder extra (onnodig) werk om alle inspectierapporten met alle gecontracteerde partijen te delen.	Het gaat in het artikel waar u op doelt om inspectierapporten met betrekking tot Wlz zorg.
37	Bijlage 1	Deel 2 Artikel 13 Menzis Zorgkantoor is te allen tijde gerechtigd de overeenkomst, in redelijkheid, te wijzigen. Redenen hiervoor kunnen onder andere zijn gelegen in zich wijzigende wetgeving, regelingen of andere beleidskaders met betrekking tot de uitvoering van de Wlz, zoals een gewijzigde systematiek in onafhankelijke indicatiestelling, een wijziging in de toetsing van de kwaliteitskaders, een wijziging in de systematiek van verdeling van contracteerruimte, de wijze van vaststelling van de NHC/NIC-component, wijziging in de landelijke visie of landelijke aanvullende inkoopvoorwaarden , beleidsontwikkelingen dan wel maatschappelijke veranderingen. Vraag: door de woorden "onder andere" betreft dit een zeer vergaand eenzijdig wijzigingsbeding. Is het akkoord om in plaats daarvan een limitatieve opsomming op te nemen en daarnaast de zorgaanbieder bij een wijziging de mogelijkheid te geven om de overeenkomst op te zeggen? Wilt u uw antwoord toelichten? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Dit is niet akkoord. Het opnemen van een limitatieve opsomming is niet mogelijk, omdat Menzis Zorgkantoor niet weet welke toekomstige/onzekere gebeurtenissen aanleiding kunnen geven om de overeenkomst te wijzigen.
38	Bijlage 1	Artikel 2 De zinsnede "in beginsel" suggereert dat Menzis hierin nog andere of nadere voorwaarden zou kunnen	Het is in de optiek van Menzis Zorgkantoor logisch dat dit woord er staat, omdat in het addendum staat waar de aanbieder in beginsel recht op heeft

		stellen, waardoor de zorgaanbieder niet meer voor de opslagen in aanmerking komt. Kunt u bevestigen dat dit niet zo bedoeld is en het woord (beginsel) verwijderen?	qua beloning. Wat juist uit het beleid volgt is dat deze beloning (deels) verrekend/teruggevorderd kan worden indien het aanbod niet wordt waargemaakt. Om die reden is het logisch om te spreken over "in (beginsel)".
39	Bijlage 1	Deel II. Artikel 8 Kunt u bevestigen dat Menzis hierbij alles zal doen wat binnen zijn macht ligt ten einde extra middelen van het ministerie van VWS en/of de NZa te verkrijgen?	Ja, dat kunt u van ons verwachten.
40	Bijlage 1	U schrijft in artikel 3: Hulpmiddelen 3. Indien verzekerden aanspraak maken op een of meerdere verstrekkingen uit hoofde van artikel 3.1.1., lid d sub 4 en lid e van de Wet langdurige zorg verplicht de zorgaanbieder zich te wenden tot zorgaanbieders/leveranciers die Menzis Zorgkantoor voor deze verstrekkingen heeft gecontracteerd. Wij vragen ons af hoe zich dit verhoudt tot vrije keuze en marktwerking. Bent u bereid om deze voorwaarde te wijzigen, zodat er vrijheid en keuzemogelijkheid is en dat dus niet uitsluitend met de leverancier die door Menzis Zorgkantoor wordt gecontracteerd? Wilt u uw antwoord toelichten?	Wij gaan ervanuit dat uw vraag de mobiliteitshulpmiddelen betreft. Menzis Zorgkantoor vergoedt in beginsel alleen hulpmiddelen die verstrekt worden door een gecontracteerde partij. Er zijn meerdere gecontracteerde partijen, waarmee keuzevrijheid geborgd is.
41	Bijlage 1	Deel II. Artikel 2 De zorgaanbieder is niet verplicht de onderaannemer die mondzorg verleent te melden. De zorgaanbieder is en blijft verantwoordelijk voor de juistheid van declaraties, ook als deze rechtstreeks digitaal door de onderaannemer worden ingediend. Hoe kan de zorgaanbieder rechtstreeks ingediende declaraties controleren?	Artikel 2, lid 2 in Deel II Regionaal Deel van de Overeenkomst 2024-2026 wordt vewijderd. Dit betekent dat u mondzorgprofessionals ook als onderaannemer moet melden. Conform artikel 2, lid 10 van Deel III Algemeen Deel van de Overeenkomst 2024-2026 ziet de zorgaanbieder er op toe dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere of meer prestaties declareert bij het Zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast. Het is niet aan het zorgkantoor om een uitspraak te doen hoe der zorgaanbieder rechtstreeks ingediende declaraties kan controleren. Dit is onderdeel van de afspraken die u als hoofdaannemer met de onderaannemer met mondzorg maakt.
42	Bijlage 1	U schrijft in onderdeel c: 3. De mogelijkheid tot het opleggen van één of meer maatregelen laat de mogelijkheid van Menzis Zorgkantoor om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen, onverlet. Daarnaast behoudt Menzis Zorgkantoor zich het recht voor om bij gerede twijfel een extern (accountants)onderzoek in te stellen op kosten van de zorgaanbieder. Bent u bereid de zorginstelling eerst de gelegenheid zelf een onderzoek te laten uitvoeren, danwel een reactie te laten geven?	Voor zover uw vraag betrekking heeft op het accountantsonderzoek, wijst Menzis Zorgkantoor dit voorstel van de hand, omdat een 'eigen' onderzoek ("laten uitvoeren") onvoldoende onafhankelijk is. Menzis Zorgkantoor kan aanbieders niet tegenhouden een reactie te geven.

43	Bijlage 1	Kan het zorgkantoor onderbouwen wat de toegevoegde waarde van de malus regeling is? Aangezien Menzis het enige, ons bekende, zorgkantoor dat dit beleid hanteert.	Wanneer een zorgaanbieder één of meerdere verplichtingen in de overeenkomst niet nakomt, vindt Menzis Zorgkantoor het niet onredelijk de mogelijkheid te hebben een malus of een boete op te kunnen leggen aan de zorgaanbieder. De mogelijkheid tot het kunnen opleggen van een malus of boete heeft te gelden als prikkel om de verplichtingen na te komen.
44	Bijlage 1	(Bijlage 1 - Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz, Begrippen (10)) U schrijft: "Er is sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (zelfstandige zonder personeel die beschikt over een overeenkomst met de zorgaanbieder (hoofdaannemer) waaruit blijkt dat deze geen loonheffing moet inhouden en betalen) (de onderaannemer) doorcontracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent." Klopt het dat bemiddelingsbureaus en uitzendbureaus niet onder de definitie van onderaannemer vallen? Klopt het bovendien dat ook de via het bemiddelingsbureau of uitzendbureau ingehuurde zorgverleners niet onder de definitie van onderaannemer vallen?	Nee, dit is niet just. Ook deze inzet valt onder onderaanneming als aan de omschrijving zoals weergegeven in de inkoopdocumenten wordt voldaan.
45	Bijlage 1	(Bijlage 1 - Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz, par. 10.1) U schrijft dat verleende zorg in onderaanneming vooraf gemeld moet worden bij het Zorgkantoor. Reeds verleende zorg kan toch niet meer vooraf worden gemeld? Op welke wijze moet worden gemeld? Wanneer is de inzet van een onderaannemer tijdig gemeld?	In artikel 10, lid 1 van Deel III van de overeenkomst wordt verleende zorg gewijzigd in te verlenen zorg. Onderaanneming moet worden gemeld via Bijlage 2 van de Bestuursverklaring en het daarbij behorende Excelformat Opgave onderaannemers. Wijzigingen en aanvulling op deze opgave gedurende de contracteerperiode meldt u bij uw zorginkoper. De onderaannemer moet door de hoofdaannenmer zijn gemeld voordat de onderaannemer start met de zorgverlening.
46	Bijlage 1	(Bijlage 1 - Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz, par. 10.1) U schrijft dat Menzis het recht heeft onderaannemers te weigeren. Welk beleid hanteert u bij het beoordelen van het inzetten van onderaannemers?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij naar artikel 10, lid 2 van Deel III Algemeen deel van de Overeenkomst 2024-2026.
47	Bijlage 1	(Bijlage 1 - Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz, par. 10.1) (In de Overeenkomst 2024-2026 Menzis Zorgkantoor - Zorgaanbieder Wlz): U schrijft dat Menzis het recht heeft onderaannemers te weigeren. Is Menzis zich bewust van het personeelstekort in de (langdurige) zorg en dat zorgaanbieders zonder de inzet van ZZP'ers mogelijk de zorg aan de verzekerden van Menzis niet kunnen verlenen? Hoe voldoet Menzis op het moment dat de zorg aan haar verzekerden geen doorgang kan vinden, doordat de inzet van ZZP'ers wordt geweigerd?	Er worden bepaalde eisen aan onderaannemers gesteld. Als zij niet aan die eisen voldoen, moet een zorgkantoor hen kunnen weigeren.

48	Bijlage 1	De overeenkomst is van kracht vanaf 1-1-2024 tot en met 31-12-2026. Daarnaast heeft het Zorgkantoor de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Bij verschillende onderdelen in de te sluiten overeenkomst behoudt Menzis zich het recht voor om (eenzijdig) voorwaarden en tarieven aan te passen (bijvoorbeeld: module 3 bij de sector GZ). Van zorgaanbieders wordt gevraagd zich te binden aan een overeenkomst zonder dat alle voorwaarden bekend zijn en/ of vaststaan. Gelet op de onduidelijkheid en onzekerheid over de voorwaarden en de tarieven lijkt een overeenkomst voor een kortere periode meer logisch. Is Menzis bereid om voor aanbieders meer duidelijkheid en zekerheid te geven over voorwaarden en tarieven en/ of een overeenkomst aan te besteden/ bieden voor de duur van telkens één jaar?	Menzis is hier niet toe bereid.
49	Bijlage 1	"P 10, art 12: een boete op te leggen van maximaal €10.000,- of, indien het bedrag van €10.000,- lager is dan 0,25% van de financieel gerealiseerde productie van het desbetreffende jaar, een boete op te leggen van maximaal 0,25% van de financieel gerealiseerde productie van het desbetreffende jaar.-> is dit de gerealiseerde totaal productie van de hele zorgaanbieder, of enkel de Wlz-productie voor dit Zorgkantoor? "	Hier wordt bedoeld de financieel gerealiseerde productie voor Wlz zorg in de Menzis zorgkantoorregio's
50	Bijlage 1	P12, art 13 lid 3: Menzis Zorgkantoor is te allen tijde gerechtigd de overeenkomst, in redelijkheid, te wijzigen. -> in overleg met de zorgorganisatie? Kan een wijziging een grond voor ontbinding zijn?	De wijziging wordt niet in overleg met de zorgaanbieder doorgevoerd. Een wijziging is geen grond voor ontbinding door de zorgaanbieder.
51	Bijlage 2	Deell II: regiogebonden deel. Art 3. Punt 1. U richt zich meer op het VPT. Tot op heden vallen de door u bedoelde hulpmiddelen in dit artikel bij VPT niet onder het instellingsbudget. In het tarief van VPT is geen opslag hiervoor. Wilt u a.u.b. opnemen dat bij VPT een andere omgang is met bekostiging van de hulpmiddelen, zodat er geen misverstanden ontstaan?	Wij houden ons aan de regels voor de financiering van hulpmiddelen en passen ons beleid niet aan. Zie ook: https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/hulpmiddelen
52	Bijlage 2	Menzis handelt in overeenstemming met de Wzd Wat is het beleid van Menzis ten aanzien van cliënten die pas gedurende hun verblijf onder de Wzd gaan vallen in een instelling zonder behandeling?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar paragraaf 2.6 van het Voorschrift Zorgtoewijzing.

53	Bijlage 2	Hoofdstuk 4, Pagina 10, Artikel 9: Niet-nakoming voorwaarden in artikel 7 lid 2 Deel II en artikel 12 deel III Vraag; kan er in geval van overmacht een beroep worden gedaan op coulance?	Wanneer een zorgaanbieder als gevolg van overmacht de verplichtingen in artikel 9 lid 1 Deel II van de overeenkomst niet kan nakomen, zal Menzis Zorgkantoor hier rekening mee houden.
54	Bijlage 2	Pagina 8: Artikel 5: Informatievoorziening aan Zorgkantoor: aanvulling op artikel 11 van deel III 3. Als sprake is van publicitair gevoelige situaties die het aanzien van de zorgaanbieder, Menzis Zorgkantoor en/of de zorg in het algemeen kunnen schaden, op zo kort mogelijke termijn, vóór publicatie; Vraag: Hier hebben wij niet altijd invloed op. Verzoek is om 'vóór publicatie' te vervangen door: 'bij voorkeur, vóór publicatie'.	Wij passen dit niet aan.
55	Bijlage 2	Wat betreft artikel 9 kunnen er legitieme redenen zijn waardoor de indiening van declaraties vertraagd tot stand komt. Vanuit de samenwerkingsgedachte zoals Menzis Zorgkantoor deze nastreeft, verwachten wij dat hierover afspraken te maken moeten zijn zonder dat dit direct gaat leiden tot een strafkorting. Kunt u dit bevestigen en zo ja bent u bereid dit toe te voegen aan de overeenkomst?	Zoals in artikel 9 lid 3 wordt aangegeven leidt dit niet direct tot een strafkorting.
56	Bijlage 2	In het addendum (Addendum ‘nadere afspraken’) wordt vastgelegd voor welke prestaties de zorgaanbieder wordt gecontracteerd, tegen welk tariefpercentage en voor welke opslagen de zorgaanbieder in (beginsel) aanmerking komt. De toevoeging van het begrip "beginsel" in dit document wekt de indruk dat Menzis Zorgkantoor de mogelijkheid heeft om tussentijds tot aanpassing van voorwaarden te kunnen komen. Dit is voor onze instelling niet acceptabel, eenzijdig en derhalve de vraag om deze passage te verwijderen.	Aan de toekenning van de opslagen op grond van de modules kunnen voorwaarden verbonden zijn, zoals beschreven in Bijlage A Toelichting modules. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan kan Menzis de opslagen geheel of gedeeltelijk terugvorderen. Wij zullen de passage niet verwijderen.
57	Bijlage 3	Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ geldt dat er naast bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/ contractering 2023 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren	Er wordt een tegenstelling gesignaleerd die er niet is. Voor de categorie 'bestaand voor het zorgkantoor' geldt dat volstaan kan worden met het indienen van de bestuursverklaring. De opsomming op pagina 58 geldt voor de categorie nieuwe zorgaanbieders.

		Deze tekst is niet in lijn met de opsomming vanaf pagina 58 in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Hierdoor is onduidelijk wat bestaande zorgaanbieders dienen aan te leveren. Kunt u duidelijk aangeven wat bestaande zorgaanbieders dienen aan te leveren?	
58	Bijlage 3	Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ geldt dat er naast bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/ contractering 2023 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren Deze tekst is niet in lijn met de opsomming vanaf pagina 58 in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Hierdoor is onduidelijk wat bestaande zorgaanbieders dienen aan te leveren. Kunt u duidelijk aangeven wat bestaande zorgaanbieders dienen aan te leveren?	De tabel op pagina 58 in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 is onderdeel van paragraaf 5.3, punt 3. U bent een nieuwe zorgaanbieder. Voor bestaande zorgaanbieders, in de zin van 'bestaand voor het Zorgkantoor', geldt punt 1. U heeft een overeenkomst tot en met 31 december 2023 met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. U hoeft u in dat geval geen aanvullende documenten aan te leveren bij de Bestuursverklaring. We vragen wel een uittreksel Kamer van Koophandel aan te leveren als er ten opzichte van de vorige inschrijving/overeenkomst een wijziging heeft plaatsgevonden in de tekenbevoegde bestuurders. U kunt deze in dat geval in Mercell uploaden bij uw inschrijving.
59	Bijlage 3	pag. 11 U bepaalt: "In het geval van onderaanneming door mondzorgprofessionals zoals hierboven bedoeld, onderaanneming door ‘volle dochters’, en in het geval leden van een zorgcooperatie zorg verlenen in naam van die coöperatie telt deze onderaanneming niet mee voor de bepaling van het percentage onderaanneming. ". Betekent dit ook dat wij deze partijen niet als onderaannemers hoeven op te geven, of moet dat wel?	Deze onderaannmers moet u wel als onderaannemers opgeven.
60	Bijlage 3	Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Dienen er met deze inkoopronde extra documenten te worden overlegd wanneer de zorgaanbieder (inschrijver) een nieuwe bestuurder heeft, zo ja welke en op welke manier?	We vragen u een uittreksel Kamer van Koophandel aan te leveren als er ten opzichte van de vorige inschrijving/overeenkomst een wijziging heeft plaatsgevonden in de tekenbevoegde bestuurders. U kunt deze in Mercell uploaden bij uw inschrijving.

61	Bijlage 3	Op pagina 11 van de Bestuursverklaring (bijlage) staat: De mondzorgprofessionals die de zorgaanbieder voor deze tandheelkundige zorg/professionele mondzorg inzet, dienen als onderaannemers beschouwd te worden en bij de opgave van onderaannemers in het kader van deze bijlage meegenomen te worden. Dit is tegenstrijdig met de tekst in de overeenkomst 2024-2026 (bijlage 1) Artikel 2 Onderaanneming lid 2 De zorgaanbieder is niet verplicht de onderaannemer die mondzorg verleent te melden. Moet deze onderaannemer nu wel of niet worden opgenomen in bijlage opgave onderaannemers - bijlage 2 bestuursverklaring?	Artikel 2, lid 2 in Deel II Regionaal Deel van de Overeenkomst 2024-2026 wordt vewijderd. Dit betekent dat u mondzorgprofessionals ook als onderaannemer moet melden.
62	Bijlage 3	Op pagina 10 van Bijlage 3 geeft u aan dat Menzis de richtlijn hanteert dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Wat wordt hiermee bedoeld?	Hiermee wordt bedoeld dat zorgaanbieders de gecontracteerde zorg voor tenminste 2/3 deel zelf leveren en niet door onderaannemers.
63	Bijlage 3	Op pagina 10 van Bijlage 3 geeft u aan dat Menzis de richtlijn hanteert dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Kunt u toelichten welke rol de inzet van ZZP'ers hierin speelt?	Ook de inzet van ZZP'ers wordt gezien als onderaanneming.
64	Bijlage 3	(Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024) Op pagina 10 van Bijlage 3 geeft u aan dat Menzis de richtlijn hanteert dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Wij maken hiertegen bezwaar. U geeft niet aan om welke reden deze beperking wordt ingevoerd en met welk doel. Dit is onvoldoende transparant. Kunt u toelichten waarom u deze eis stelt en met welk doel?	Menzis Zorgkantoor wil met deze richtlijn onder andere contractueel grip houden op partijn die zorg verlenen. De contractpartij van Menzis Zorgkantoor is de hoofdaannemer, niet de onderaannemer. Indien Menzis Zorgkantoor bijvoorbeeld bij verzoeken om informatie zich telkens tot de hoofdaannemer moet wenden, terwijl de zorg voor een groot deel (> 1/3) wordt uitgevoerd door onderaannemers dan acht Menzis dat onwenselijk (doorgeefluik). Een ander voorbeeld waarom Menzis Zorgkantoor deze richtlijn hanteert is dat Menzis Zorgkantoor onder redelijke voorwaarden wil contracteren. Het is voor Menzis Zorgkantoor bijvoorbeeld praktisch gezien onmogelijk na te gaan en te controleren in hoeverre de afspraken tussen hoofd- en onderaannemers redelijk zijn.
65	Bijlage 3	(Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024) Op pagina 10 van Bijlage 3 geeft u aan dat Menzis de richtlijn hanteert dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Het inschakelen van ZZP'ers merkt u aan als onderaanneming. Wij maken bezwaar tegen de 2/3 eis. Als uitgangspunt geldt dat inschakeling van onderannemers een recht is dat aannemers/inschrijvers hebben. Uit arresten van het Hof van Justitie in aanbestedingsrechtelijke zaken volgt dat het inschakelen van onderaannemers niet zomaar uitgesloten of beperkt mag worden. Hoewel de onderhavige procedure geen aanbestedingsprocedure is, bent u wel	Menzis is hier niet toe bereid. Menzis Zorgkantoor wil met deze richtlijn onder andere contractueel grip houden op partijn die zorg verlenen. De contractpartij van Menzis Zorgkantoor is de hoofdaannemer, niet de onderaannemer. Indien Menzis Zorgkantoor bijvoorbeeld bij verzoeken om informatie zich telkens tot de hoofdaannemer moet wenden, terwijl de zorg voor een groot deel (> 1/3) wordt uitgevoerd door onderaannemers dan acht Menzis dat onwenselijk (doorgeefluik). Een ander voorbeeld waarom Menzis Zorgkantoor deze richtlijn hanteert is dat Menzis Zorgkantoor onder redelijke voorwaarden wil contracteren. Het is voor Menzis Zorgkantoor bijvoorbeeld praktisch gezien onmogelijk na te gaan en te controleren in hoeverre de afspraken tussen hoofd- en onderaannemers redelijk zijn.

		gehouden aan de aanbestedingsrechtelijke beginselen. We verzoeken u dan ook de eis te schrappen. Indien u hiertoe niet bereid bent, verzoeken wij u om het inschakelen van ZZP'ers niet aan te merken als onderaanneming. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	
66	Bijlage 4	Pg 4. Paragraaf 2.1. : “Realiseer 24/7 bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts, door gebruik te maken van technologie”: Wij merken op dat er in de regio een 24 uurs crisisdienst is ingeregeld voor de ouderenzorg en GGZ. Deze voorwaarde is daarom niet relevant en gezien efficiënte inzet van de SO ook niet wenselijk. Wij vragen het zorgkantoor Menzis ons te bevestigen dat met de inrichting van de crisisdienst aan deze voorwaarde is voldaan.	Wanneer in de regio een 24-uurs crisisdienst is ingeregeld voor de ouderenzorg en GGZ waar de huisarts een SO kan consulteren is inderdaad aan de voorwaarde voldaan.
67	Bijlage 4	Blz 8 onder toelichting mag zorgkantoor Menzis contract sluiten met hulpmiddelenleveranciers. Kan deze ook voor zorgaanbieder met name primaire secundaire communicatie met clienten en zorgverleners afsluiten voor rechtstreekse declaratie door hulpmiddelenleverancier? (gedeelte bovenbudgettair voor WLZ clienten met verblijf incl. BH) (€ 5.000 euro incl. BTW 1x per 5 jaar per bewoner?).	U kunt hierover contact opnemen met uw zorginkoper.
68	Bijlage 4	In de inkoopdocumenten wordt aangegeven dat een mondzorgprofessional ook als onderaannemer moet worden doorgegeven. In bijlage 1 Overeenkomst Artikel 2 wordt aangegeven dat zorgaanbieder niet verplicht is de onderaannemer die mondzorg verleent te melden. Moeten mondzorgprofessionals wel of niet als onderaannemer worden gemeld?	Artikel 2, lid 2 in Deel II Regionaal Deel van de Overeenkomst 2024-2026 wordt vewijderd. Dit betekent dat u mondzorgprofessionals ook als onderaannemer moet melden.
69	Bijlage 4	Wij zijn een GGZ-wonen aanbieder maar leveren ook wonen aan een klein aantal clienten met een sector-vreemde indicatie. In hoeverre zijn de inkoopvoorwaarden voor de V&V en GZ van toepassing. Moeten wij integraal voldoen aan alle inkoopvoorwarden /eisen als wij 1 of enkele clienten opnemen met een VG indicatie?	Voor het inschrijven op een module zijn alleen de voorwaarden van de betreffende sector van toepassing, hierbij kunt u uitgaan van de hoofdsector. Als GGZ-aanbieder hoeft u niet te voldoen aan de GZ/V&V voorwaarden.
70	Bijlage 4	U stelt aanvullende voorwaarden voor de zorglevering voor profiel VG7. Als aanbieder willen wij u er op wijzen dat deze voorwaarden enkel haalbaar zijn en blijven indien er kostendekkende tarieven voor VG7 geboden worden. Indien u niet-kostendekkende tarieven biedt is het niet realistisch om van aanbieders te verwachten aan deze aanvullende voorwaarden te voldoen. Bent u het hiermee eens?	Vaststelling van kostendekkende tarieven - in dit geval voor de doelgroep VG7 - is de verantwoordelijkheid van de Nza. Wij gaan ervan uit dat u met uw vraag verwijst naar de aanvullende voorwaarden, die worden gesteld aan een hogere opslag op het basistariefpercentage voor de doelgroep VG7. Voor een nadere onderbouwing van deze voorwaarden verwijzen wij u naar het aanvullend beleid Extra middelen VG7 in 2024.

71	Bijlage 4	1. Pagina 4: Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling. Wat is hier de definitie van Menzis van intensieve samenwerking en op welke wijze wordt dit getoetst?	De passage waar u naar verwijst is gericht op het goed organiseren van Medisch-generalistisch zorg (MGZ). Dit zal de komende jaren steeds moeilijker worden om te garanderen. Daarom verwachten wij dat zorgaanbieders samenwerken rond medische zorg en het anders benutten van kennis en expertise van de verschillende behandelaren rondom een klant.
72	Bijlage 4	3. Pagina 4: Op welke wijze toetst Menzis de taakherschikking van huisartsen en SO's naar Verpleegkundig Specialisten?	De zorgkantoren, branches en beroepsverenigingen onderzoeken momenteel de taakverdeling en publiceren daarover aanvullend beleid voor 2025. Over de invulling en uitvoering van het beleid maken de betrokken partijen en zorgaanbieders afspraken in de regio, waarbij er ruimte is om rekening te houden met regiospecifieke kenmerken (zoals de beschikbare capaciteit).
73	Bijlage 7	Bezwaar Richttariefpercentage Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%. In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent Stichting Zorg Adullam dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geïndexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijgingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie

		realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd. In de vierde plaats maakt Stichting Zorg Adullam bezwaar tegen het feit dat Menzis in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren. In de zesde plaats dient Stichting Zorg Adullam de exploitatie sluitende te houden door een verlieslatende zorgverlening te compenseren door zeer weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege tekort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt Stichting Zorg Adullam bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Menzis en verzoekt zij Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten.	naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Tot slot doet Menzis geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.
74	Bijlage 7	U stelt op pagina 3 dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders, met als reden dat u de administratieve lasten voor zorgaanbieders wilt beperken. Wij	Nee, zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021.

		waarderen het dat u aandacht heeft voor administratieve lasten maar achten het wenselijk dat de bronnen voor de onderbouwing van een richttariefpercentage actueel en zo volledig mogelijk en betrouwbaar zijn zodat deze met zekerheid kunnen worden betrokken in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Ondersteunt u dit en bent u daarom bereid om de deugdelijkheid van de onderbouwing van het richttariefpercentage alsnog nader te onderzoeken op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie, bijvoorbeeld door middel van een uitvraag op basis van een steekproef? Zo nee, waarom niet?	Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
75	Bijlage 7	Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe bepaalt Menzis of hier sprake van met de significant gestegen kosten in 2024?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor onder andere kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
76	Bijlage 7	Worden aanbieders die een hoge marge hebben direct gekort op het tarief?	De toepassing van de richttarieven staat los van de marge die een specifieke aanbieder heeft of heeft gehad. De richttariefpercentages zijn landelijk bepaald en voor een toelichting verwijzen wij u naar Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz. 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
77	Bijlage 7	Hierbij maken wij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert, en verzoeken wij Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met onderstaande punten. In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Menzis reële	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vasttelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de

tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Zorgkantoren moeten per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Menzis niet.
Het gehanteerde richttariefpercentage vormt tov 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%.
Ten eerste ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop tot dit percentage is gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief danwel negatief resultaat hebben.
Ten tweede geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg.
In Bijlage 7 wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. In Bijlage 7 lijkt daar nu geen rekening mee te zijn gehouden.
Ten derde geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Allereerst menen wij dat zij niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatie over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Daarnaast geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gezien de huidige economische volatiliteit, krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders, gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd.
Ten vierde maken wij bezwaar tegen het feit dat Menzis in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geindexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijgingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden.
Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.
Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.

		berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. Ten vijfde hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren. Ten zesde is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor de zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tot slot is er voor onze organisatie sprake van een substantiele tariefverlaging tov het tarief dat eerder met Menzis is overeengekomen. Dit in een situatie van stijgende arbeidskosten, hoge inflatie en noodzakelijke investeringen in innovatie, verduurzaming en huisvesting. De onderbouwing waarom Menzis het eerder gehanteerde tarief verlaagt ontbreekt.	
78	Bijlage 7	Kunt u toelichten op welke wijze u bent gekomen tot het tarief voor ZZP ZG VIS 5?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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.
79	Bijlage 7	Kunt u toelichten op welke wijze u bent gekomen tot het tarief voor ZZP ZG-Aud3?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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.
80	Bijlage 7	Het aanbieden van MPT/VPT bij VG3/4 en LG2; we zijn binnen de zorgaanbieder juist aan het kijken om minder	Op grond van kanslijn 4 in het landelijk akkoord willen we de leveringsvormen mpt en vpt stimuleren voor klanten voor wie dit passend is. We gaan

		MPT/VPT aan te bieden in woonvormen. Het proces achter MPT/VPT met huur blijkt ingewikkeld binnen de zorgaanbieder. Er staan cliënten met deze indicatie op de wachtlijst met een andere verwachting. Wat kunnen wij naar hun uitdragen?	ervan uit dat u samen met klanten kijkt naar de mogelijkheden hiertoe. We richten ons hierbij op de doelgroepen VG 3, VG 4 en LG 2, omdat we van mening zijn dat deze doelgroepen met de juiste begeleiding en inzet van de juiste technologie meer zelfstandig kunnen wonen. In de situatie dat de klant geen mpt of vpt wil, is de keuzevrijheid van de klant leidend. De zin 'We verwachten dat u nieuwe klanten met deze indicaties de leveringsvorm mpt of vpt aanbiedt' in paragraaf 1.3.2. van ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 wordt verwijderd. Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicatie, waarbij we ervan uitgaan dat u geen groei realiseert in verblijfszorg voor deze indicaties. In het landelijk akkoord is benoemd dat VGN en ZN samen optrekken richting stakeholders om de randvoorwaarden te bepleiten die nodig zijn om de kanslijnen vorm te geven. Voldoende beschikbare en betaalbare huisvesting is één van deze randvoorwaarden.
81	Bijlage 7	Met het richttarief percentage zou 75% van de aanbieders een neutraal resultaat kunnen behalen. Wat is de onderbouwing van de keuze van 75%? Hoe kan een zorgorganisatie investeren als het resultaat neutraal is? Als je in de problemen komt kan je een beroep doen op de hardheidsclausule. Dit is ter beoordeling van Menzis. Welke garanties kan Menzis geven? Heeft Menzis een verwachting tav het resultaat dat een zorgaanbieder realiseert?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. De onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7. Menzis Zorgkantoor is van mening dat binnen de vastgestelde richttariefpercentages ruimte is voor een gezonde expoitatie. Dit blijkt ook uit het feit dat het merendeel van de aanbieders een positief resultaat van minimaal 2% heeft, uitgaande van het percetage van 75%. Ten aanzien van het beroep op de hardheidsclausule merkt Menzis Zorgkantoor op dat de voorwaarden om een beroep te doen zijn omschreven in de inkoopdocumenten. Het criterium is niet 'of een aanbieder in de problemen komt'. Menzis Zorgkantoor merkt verder op dat in de Nota van Inlichtingen geen garanties worden afgegeven in het geval een aanbieder een beroep doet op de clausule. Of een beroep wordt gehonoreerd hangt immers af van de aangeleverde informatie en de beoordeling van informatie aan de hand van de criteria die gelden bij een beroep op de clausule. Het is Menzis Zorgkantoor, tot slot, niet duidelijk wat wordt bedoeld met de laatste vraag. Menzis Zorgkantoor kan in ieder geval geen algemene verwachtingen ten aanzien van het resultaat dat zorgaanbieders in de toekosmst zullen realiseren afgeven.
82	Bijlage 7	Bezwaar richttariefpercentage	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een

		Het gehanteerde richttariefpercentage vormt ten opzichte van 2022-2023 een tariefkorting. Zorgaanbieders moeten immers vanaf 2024 zorg van dezelfde kwaliteit bieden als daarvoor, maar ontvangen daarvoor een lager richttariefpercentage, namelijk 95,7%. In de eerste plaats ontbreekt een transparante onderbouwing voor de wijze waarop de zorgkantoren tot dit percentage zijn gekomen. Onder meer is onduidelijk welke omvang de aanbieders met een positief dan wel negatief resultaat hebben. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Zorgkantoor Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Zorgkantoor Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Zorgkantoor Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. In de derde plaats geldt dat de zorgkantoren ten onrechte zijn uitgegaan van de jaarverslagen 2021. Ten eerste meent Stichting Aveleijn dat de zorgkantoren niet hadden mogen volstaan met een analyse van de jaarverslagen van zorgaanbieders, maar dat zij de daadwerkelijke realisatiecijfers over 2022 hadden moeten opvragen bij de zorgaanbieders. Ten tweede geldt dat – als dan toch wordt uitgegaan van jaarverslagen – de jaarverslagen van 2021 niet als uitgangspunt mogen worden gehanteerd. Gelet op onder meer de huidige economische volatiliteit, de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de noodzakelijke inzet van ZZP'ers, hadden de zorgkantoren actuele gegevens als uitgangspunt moeten hanteren. De jaarverslagen van 2021 geven geen reëel beeld (meer) van de financiële situatie van de zorgaanbieders gelet op de kostenstijgingen waarmee zij zijn geconfronteerd. In de vierde plaats maakt de zorgaanbieder bezwaar tegen het feit dat Zorgkantoor Menzis in de berekening van het	transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geïndexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijgingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.

		richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing lijkt te hebben gelaten. In de vijfde plaats hebben de zorgkantoren ten onrechte alleen bij outliers onderzoek gedaan naar bijzondere uitgaven of inkomsten. Een dergelijk onderzoek hadden de zorgkantoren bij alle zorgaanbieders moeten uitvoeren. In de zesde plaats dient Stichting Aveleijn de exploitatie sluitende te houden door een verlieslatende zorgverlening te compenseren door zeer weinig te investeren. Het onderzoek dat de zorgkantoren doen, maakt dit niet zichtbaar, omdat het richttariefpercentage is gebaseerd op de werkelijk gedane investeringen, ook als die vanwege tekort schietende tarieven te laag waren. In de zevende plaats is een neutraal of zeer marginaal positief resultaat onvoldoende. De zorgkantoren gaan daar met het richttariefpercentage als vastgesteld in Bijlage 7 geheel aan voorbij. Er moet sprake zijn van een redelijk rendement voor zorgaanbieder. Daar lijkt nu geenszins rekening mee te zijn gehouden. Tegen deze achtergrond maakt Stichting Aveleijn bezwaar tegen de (richt)tariefpercentages van Zorgkantoor Menzis en verzoekt zij Zorgkantoor Menzis een onderzoek te verrichten waarbij rekening wordt gehouden met bovenstaande punten.	
83	Bijlage 7	Bij een richttariefpercentage van 95,5% heeft 75% van Wlz - aanbieders een neutrale of positieve marge. Het percentage is landelijk vastgesteld. Geldt dit het percentage van 75% ook in de regio van het Zorgkantoor Twente. De aanbieders in deze regio hebben een veel hoger tarief gehad dan vanaf 2024 wordt gegeven. Hebben zij allemaal die slag al gemaakt in de bijstelling van de kosten? Welk percentage is van toepassing in de regio van het Zorgkantoor Twente? Zo niet, wordt dit dan voor deze regio bijgesteld? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen en vragen u het inkoopbeleid aan te passen op dit punt.	Het landelijke model is niet toegepast op regionale populaties. Het richttariefpercentage is het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale tariefaanpassingen verder vormgeven. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid.
84	Bijlage 7	De zorgaanbieder maakt hierbij bezwaar tegen de tariefsystematiek die Zorgkantoor Menzis in het kader van de inkoopprocedure Langdurige Zorg 2024-2026 – Sector Gehandicaptenzorg hanteert.	De wijze waarop zorgkantoren tot de richttariefpercentages zijn gekomen is toegelicht in bijlage 7 van het regionale inkoopbeleid. In deze bijlage is een transparante onderbouwing opgenomen. Menzis Zorgkantoor kan verder niet in algemene zin verduidelijken welke omvang aanbieders met een positief dan wel een negatief resultaat hebben. Dit verschilt per sector. Het is

		In het vonnis in kort geding van 1 oktober 2020 en het daaropvolgende arrest in kort geding van 30 maart 2021 is geoordeeld dat bij de uitvoering van de inkoopprocedures Zorgkantoor Menzis gehouden is de aanbestedingsbeginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit in acht te nemen. Uit de aanbestedingsbeginselen vloeit voort dat Zorgkantoor Menzis reële tarieven moet vergoeden voor de zorg die zij inkoopt, op basis van zorgvuldig onderzoek. Zorgkantoor Menzis dient in dat verband een controleerbare onderbouwing te geven waaruit volgt dat sprake is van reële tarieven. Meer specifiek moeten zorgkantoren per sector beargumenteren wat haalbaar is qua tarifering, in welk opzicht een grotere doelmatigheid kan worden bereikt en in hoeverre het vastgestelde maximumtarief zich ervoor leent om daarop een korting toe te passen. Aan deze verplichting voldoet Zorgkantoor Menzis niet. In de tweede plaats geldt dat de NZa voornemens is een doelmatigheidskorting van circa 0,5% toe te passen op de maximumtarieven. Daarmee zal het 100% NZa-tarief reeds lager zijn, nog voordat wordt uitgekomen bij het richttariefpercentage van 95,7% dat door Zorgkantoor Menzis wordt gehanteerd voor gehandicaptenzorg. In Bijlage 7 bij de gepubliceerde inkoopdocumenten wordt hier niet op ingegaan, evenmin in het inkoopbeleid van Zorgkantoor Menzis zelf. Dat terwijl de motiveringsplicht met zich brengt dat Zorgkantoor Menzis in een dergelijk geval des te uitgebreider dient te motiveren waarom alsnog tot reële tarieven wordt gekomen. Afgaande op de inhoud van Bijlage 7 lijkt daar nu geenszins rekening mee te zijn gehouden.	onduidelijk in welke (omvang) u dit uitgedrukt zou willen zien. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maxtarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in (hun beleid voor) de inkoopafspraken. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Daar komt bij dat omdat het richttariefpercentage de geïndexeerde tarieven van de NZa volgt, wel degelijk rekening wordt gehouden met kostenstijigingen. Ten tijde van het uitvoeren van het kostprijsonderzoek zoals neergelegd in in bijlage 7 waren de cijfers uit 2022 nog niet voorhanden. Het tarief wordt vastgesteld op basis van: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis tot reële tariefafspraken te komen. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het feit dat in de berekening van het richttariefpercentage de financieringslasten buiten beschouwing zijn gelaten. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlier analyse iteratie naast de standaard-deviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen. Wij zijn van mening dat de controle hiermee voldoende representatief is. Menzis doet geen uitspraken over wat een redelijke rendement is. Wel wijst Menzis op het feit dat uit het kostprijsonderzoek volgt dat voor alle sectoren meer dan de helft van de zorgaanbieders een positief resultaat behalen van meer dan 2%. Menzis handhaaft het beleid.
85	Bijlage 7	Het tarief moet ervoor zorgen dat voor tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe bepaalt Menzis of hiervan sprake van is?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis Zorgkantoor tot reële tariefafspraken te komen voor de Wlz-zorg. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan

			is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor verwacht met deze systematiek zorg in te kunnen kopen om te voldoen aan haar zorgplicht.
86	Bijlage 7	Het verschil met het tarief in de afgelopen 5 jaar (97,7% NZa tarief) is heel groot t.o.v. het tarief dat dit jaar maximaal haalbaar is (95,5 % voor reguliere zorg). Wij ontvangen graag uw onderbouwing van deze verlaging van 2,2% op ons reguliere tarief vanaf 2024. Hoe is dit redelijkerwijs passend voor zorgaanbieders? Dit terwijl de materiële kosten enorm zijn toegenomen èn we nog een CAO verhoging verwachten èn het onze uitdaging is om meer cliënten te gaan ondersteunen in de Wlz. Dit terwijl het CPB stelt dat de verpleeg- en verzorgingshuizen inmiddels zo zijn uitgeknepen dat verdere efficientie nauwelijks meer mogelijk is. Wij maken bezwaar tegen deze forse tariefsverlaging in percentages in vergelijking met voorgaande jaren, zonder dat dit specifiek voor zorgaanbieders onderbouwd is.	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken. Daarnaast merken wij op dat de door u gemaakte vergelijking van het huidige tarief en het richttariefpercentage niet op gaat, omdat het percentage van 97,7% niet vergelijkbaar is met het richttariefpercentage van 95,5 wat slechts een uitgangspunt is. De huidge inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule. Wij handhaven ons beleid.
87	Bijlage 7	Hoe waarborgt Menzis Zorgkantoor de continuiteit van zorg gedurende de gehele contracttijd? Allereerst wordt het Nza percentage van (veel) zorgaanbieders in de regio van Zorgkantoor Twente fors naar beneden bijgesteld (97,5% wordt 95,5%), daarboven op komt een daling van 8% van het NHC gedeelte en wordt bij de berekening al 1,2% afgehaald van het 100% Nza tarief	De stellingname dat het percentage van 97,5% naar 95,5% wordt bijgesteld is onjuist. De vergelijking van het huidige tarief en het richttariefpercentage gaat niet op omdat het 97,5% niet vergelijkbaar is met het richttariefpercentage van 95,5, wat slechts een uitgangspunt is. De huidge inkoopprocedure (met richttariefpercentages, modules en een hardheidsclausule) is niet vergelijkbaar met de systematiek zoals gehanteerd in eerdere procedures (met een 'starttarief' en opslagen op basis van honoreringsitems). De hoogte van het uiteindelijke tarief is onder meer afhankelijk van eerdere contractering, de inschrijving en de waardering van het aanbod op de modules. Daarnaast geldt dat wanneer toepassing van de tariefsystematiek voor een individuele zorgaanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend effect heeft, de zorgaanbieder een beroep kan doen op de hardheidsclausule.

88	Bijlage A	Bij de aspecten staat bij de te behalen punten regelmaat maximaal x punt(ten). Hoe wordt binnen aspect bepaald wanneer een maximaal punt wordt gegeven of deels?	Punten worden toegekend op basis van de beoordelingscriteria die beschreven zijn in paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
89	Bijlage A	Krijgen we inzicht in de puntentelling?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden. U krijgt inzicht in het totaal aantal behaalde punten inclusief een onderbouwing.
90	Bijlage A	Is er mogelijkheid is tot bezwaar maken op de puntentellen van de modules? Zo ja hoe?	Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. Menzis Zorgkantoor neemt een opschortende termijn in acht van 20 kalenderdagen, die aanvangt op de dag ná de datum van de verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing aan de betrokken zorgaabieder. Als de zorgaanbieder bezwaren heeft tegen de voorlopige gunningsbeslissing, dient de zorgaanbieder binnen deze termijn van 20 kalenderdagen na verzending van de mededeling van de voorlopige gunningsbeslissing een kort geding aanhangig te hebben gemaakt tegen die beslissing. Deze opschortende termijn betreft tevens een vervaltermijn. Menzis Zorgkantoor verwijst hierbij naar paragraaf 3.1.10 van het regionale inkoopbeleid.
91	Bijlage A	Bij de modules in de VVT ligt de nadruk op mpt en vpt en hierdoor worden VVT organisaties die (alleen) inzetten/focus hebben op (zeer) zware verpleegzorg en niets anders gestraft met een grote korting op het Nza-tarief. Terwijl duidelijk is dat in de toekomst door o.a. de WOZO de cliënten die intramuraal zullen worden verzorgd behoefte hebben aan/vragen om zwaardere zorg terwijl de vergoeding hiervoor omlaag gaat. Hoe kijkt het zorgkantoor hiertegen aan?	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
92	Bijlage A	In tabel 1 geeft u de maximale opslag per sector en per leveringsvorm weer. De maximale opslag die verkregen kan worden voor ZZP V&V indicatie (intramuraal verblijf) is 0,4%. - Vraag: Klopt het dat je met de opslag die maximaal behaald kan worden voor ZZP V&V indicaties (intramuraal verblijf), je op een tarief uitkomt van 95,9%? Indien het antwoord ja is, is dit een aanzienlijke verlaging van het maximale tarief t.o.v. 2023. Wij maken hiertegen bezwaar.	Het maximale tariefspercentage voor ZZP is inderdaad 95,9%. Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis

			Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
93	Bijlage A	U beschrijft dat de module 'zelf als het kan' niet vertaalt is een module en dat de financiering voor projecten in het kader van deze module is geregeld via de transitiemiddelen. - Vraag: Betekent dit dat de opslag voor deze module is verwerkt in de opslag voor de andere modules? - Vraag: Met de uitvoering van projecten via de transitiemiddelen wordt een deel van de gelden ook gebruikt voor de inzet van projectleiders en programmaleiders. Dit geld kan niet rechtstreeks ten goede komen aan de individuele cliënt. Ons voorstel is de transitiemiddelen integraal onderdeel uit te laten maken van de tarieven. Ben u bereid dit aan te passen in uw beleid?	1. Nee, binnen de V&V is de beweging 'zelf als kan' net zo belangrijk als de andere bewegingen, maar wij hebben deze niet vertaald in een module. Het is de bedoeling dat alle zorgaanbieders inzetten op samenwerken met het voorveld, preventie, informele zorg en samenwerken binnen de Wlz, zodat uiteindelijk de zelfredzaamheid van de klant groter wordt. 2. Financiering van projecten, waarbij samenwerken voorop staat, is geregeld via de transitiemiddelen. Wij laten de transitiemiddelen geen integraal onderdeel uitmaken van de tarieven. Wij handhaven ons beleid.
94	Bijlage A	"In het nieuwe contract 2024 worden ingediende plannen voor modules beoordeeld en als dit voldoet aan de gestelde normen etc. kunnen wij in aanmerking komen voor een opslag. Vraag 1: vanaf wanneer mogen wij plannen voor modules aanleveren? Vraag 2: Wat is de beoordelingstermijn? Vraag 3: Wanneer gaat in die lijn de opslag in bij een goede beoordeling?"	Om voor een module in aanmerking te komen dient u in Mercell bij uw inschrijving uw voorstel in te dienen. De inschrijving sluit op 4 augustus om 17:00 uur. Zo nodig gaan wij in september in gesprek, waarna 20 oktober de voorlopige gunningsbeslissing volgt. Bij een goede beoordeling wordt de opslag direct toegekend. Wel is een resultaatverplichting van toepassing en kan de opslag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk worden ingetrokken.
95	Bijlage A	(Bijlage A Toelichting modules per sector, pagina 4) De verwijzingsbron ontbreekt. Wilt u dit aanpassen?	De verwijzing is inmiddels aangepast in het document op de website.
96	Bijlage A	Is er een maximum aan het aantal modules waarop ingeschreven kan worden?	Nee, u kunt zich voor alle modules binnen uw sector inschrijven.
97	Bijlage A GGZ module 1	Module 1. Zorgaanbieders die een beperkte startpositie hebben (nog weinig initiatieven op dit vlak hebben vertoond) lijken met deze systematiek (bij 3de bullit) meer punten te kunnen realiseren dan zorgaanbieders die al een goede startpositie (veel doen op dit gebied) hebben ? Is deze constatering juist ? Zo ja, is deze honoreringsystematiek dan wel rechtvaardig?	Wij achten deze systematiek rechtvaardig. De stelling dat deze systematiek voor aanbieders met een beperkte startpositie beter is dan voor aanbieders met een goede startpositie is te kort door de bocht. Zou zou het voor zorgaanbieders met een beperkte startpositie wellicht lastiger zijn om initiatieven te ontwikkelen.
98	Bijlage A GGZ module 1	Module 1: Naast het versterken van het informele netwerk en de informele zorg, zijn er nog andere mogelijkheden om de eigen (veer)kracht van een klant te benutten, zodat in de toekomst minder beroep gedaan wordt op de formele zorg. Worden ook andere mogelijkheden, zoals Inzet van	De uitgangspunten van module 1 bieden ruimte voor andere mogelijkheden voor het versterken van de eigen veerkracht zoals geformuleerd in de module. Hierbij is het van belang dat bijvoorbeeld de inzet van technologie in samenhang is met de inzet van (in)formele zorg en sociaal netwerk. Module 3 'digitaal als het kan' biedt mogelijkheden om digitale zorg in te zetten waardoor de toegankelijkheid naar zorg wordt vergroot.

		zorgtechnoligie, gewaardeerd en meegewogen in de toekenning van het aantal punten?	
99	Bijlage A GGZ module 2	Module 2. Zorgaanbieders die al ingezet hebben op afbouw Beschermd Wonen naar MPT / Begeleiding speciaal 2 (psy) H153 etc. lijken met deze systematiek minder punten te kunnen realiseren dan zorgaanbieders die hier later mee zijn begonnen of nog moeten starten. Is deze constatering juist ? Zo ja, is deze honoreringsystematiek dan wel rechtvaardig?	De stelling is te kort door de bocht. De opslag bij deze module is niet afhankelijk van de beoordeling van het voorstel, maar de jaarlijks te realiseren groei en/of doorstroom. Zorgaanbieders die al ingezet hebben op deze transitie hebben hier meer kennis en ervaring in dan zorgaanbieders die hier later mee zijn begonnen of nog moeten starten.
100	Bijlage A GGZ module 2	Module 2. Thuis als het kan. Betreffende VPT. Als wij 2024 als onderzoeks- en voorbereidingsjaar gebruiken en VPT invoeren ingaande 2025, wat zijn dan de gevolgen voor de opslag?	De opslag wordt in de herschikking/nacalculatie afgerekend op basis van het behaalde resultaat. Het is aan de aanbieder om te besluiten direct voor kaldenderjaar 2024 in te schrijven op de module, dan wel later in te schrijven voor een volgend kalenderjaar. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026.
101	Bijlage A GGZ module 3	Module 3. Zorgaanbieders die een beperkte startpositie hebben (nog weinig initiatieven op dit vlak hebben vertoond) lijken met deze systematiek (bij 2de bullit) meer punten te kunnen realiseren dan zorgaanbieders die al een goede startpositie (veel doen op dit gebied) hebben ? Is deze constatering juist ? Zo ja, is deze honoreringsystematiek dan wel rechtvaardig?	Wij achten deze systematiek rechtvaardig. De stelling dat deze systematiek voor aanbieders met een beperkte startpositie beter is dan voor aanbieders met een goede startpositie is te kort door de bocht. Zou zou het voor zorgaanbieders met een beperkte startpositie wellicht lastiger zijn om initiatieven te ontwikkelen.
102	Bijlage A GGZ module 3	Module 3. Binnen de module digitaal als het kan ligt de focus op welke bewezen innovaties en technologieën we de komende jaren gaan implementeren. We weten dat het probleem van digitalisering in de zorg meestal niet ligt bij de technologie, maar bij de adoptie ervan. Het is daarom van groot belang activiteiten te organiseren die acceptatie en adoptie bevorderen, alvorens te starten met de implementatie van specifieke technologieën. Op deze manier voorkomen we dat zorgtechnologie in de kast belandt. Kan een deel van de punten bij bullet 2 ook worden toegekend aan activiteiten die ingaan op acceptatie en adoptie van zorgtechnologie in het algemeen?	Nee, de scholing en training van personeel behoort tot de reguliere bedrijfsvoering.
103	Bijlage A GGZ module 4	Module 4. Doelstelling van deze module is zorgaanbieders die zich inzetten voor de zwaardere zorgvormen (GGZ W-4 en/of 5) te stimuleren en passend te vergoeden. Enkel deze aanbieders komen in aanmerking voor deze module. Als specialistische aanbieder van Beschermd Wonen committeren wij ons aan deze zwaardere zorgvormen en nemen wij	Alleen wanneer u voldoet aan de door ons genoemde prestatiescodes (Z242G, Z252G, Z243G en Z253G) kunt u in aanmerking komt voor de opslag voor deze module. U kunt daarmee geen opslag ontvangen voor de betreffende prestatiecodes waarbij behandeling geen integraal onderdeel uitmaakt van de prestatie.

		gezamenlijk binnen de regio de verantwoordelijkheid voor het plaatsen van klanten met een complexe zorgvraag. We zetten ons tevens (ook nu al) in om klanten vanuit een behandelsetting veilig en verantwoord naar ons te laten doorstromen. Indien behandeling nodig is zetten we hiervoor het FACT team in. We bieden zelf geen behandeling, dus de prestatiecodes Z242G, Z252G, Z243G en Z253G zijn op ons niet van toepassing. Wij leveren wel de prestatiecodes Z240G, Z250G, Z241G en Z251G wel. Klopt het dat wij bij een voldoende voor ons voorstel bij module 4 een opslag van 3.1% kunnen krijgen op deze vier prestatiecodes? Indien wij niet kunnen inschrijven op deze module en de bijpassende opslag kunnen realiseren is het voor ons niet mogelijk het aanbod voor deze complexe doelgroepen verder uit te breiden.	
104	Bijlage A GGZ module 4	2.4.2. In het geval van module 4 - comlexe doelgroep - kan men inschrijven op deze module wanneer men als zorgaanbieder geen zorg levert aan ggz W4?	Het is mogelijk als zorgaanbieder om alleen de GGZ-W4 of GGZ W5 aan te bieden. Uiteraard is ook een combinatie van beide mogelijk.
105	Bijlage A GGZ module 4	U stelt dat u met de 'GGZ Module 4: passend zorgaanbod voor complexe doelgroepen' zorgaanbieders wilt "stimuleren en belonen als zij zich inzetten om veilig en verantwoord klanten vanuit een GGZ-behandelsetting door laten stromen naar (een) zorgaanbieders, gespecialiseerd voor zorg aan de doelgroep met een GGZ-W 4 of 5 indicatie, en daarvoor hun benodigde zorgaanbod uitbreiden." Kunt u aangeven hoeveel indicatie GGZ-W 4 en GGZ-W 5 u in de komende 3 jaar verwacht?	De instroom is onderheving aan wijzigingen in wet- en regelgeving en daarmee moeilijk te voorspellen. Op onze website vindt u per sector van de Wlz regiobeelden waarbij de informatie periodiek wordt ververst. https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/zorginkoop-2024-2026/regionale-inzichten
106	Bijlage A GGZ module 4	Waarom wordt er voor gekozen om uitstroom van GGZ-B naar GGZ-W te kwantificeren en niet in te zetten op uitstroom naar WMO en herstel van klachten?	Ook indien er uitstroom uit de Wlz wordt gerealiseerd, zal dit meetellen in de beoordeling van deze module. Voorwaarde is dat dit inzichtelijk is voor het Zorgkantoor. De tekst in het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zal hierop worden aangepast.
107	Bijlage A GGZ module 4	De toeslag voor 'passend zorgaanbod' geldt enkel voor de integrale GGZ-W 4 en 5 prestaties. Waarom zijn de modulaire prestaties hiervan uitgesloten?	Bij deze module is beoogd om het aanbod van GGZ W4 en GGZ W5 te vergroten. Wij achten het niet voldoende doelmatig om deze zorgzwaarte modulair aan te bieden, daarmee is de keuze gemaakt om deze opslag te berperken tot het integrale product.
108	Bijlage A GGZ module 4	De vraagstelling in bijlage A bij Module complex lijkt te wijzen op het leveren van zorg door aanbieders uitsluitend in zorgkantoorregio Twente. Echter wij voorzien dat het aantal clienten hoogcomplexe zorg in Twente niet toereikend zal zijn voor een afzonderlijke voorziening en overwegen hiervoor in	Module 4 is onderdeel van het regionaal inkoopbeleid en heeft daarmee betrekking op de regio's Groningen, Twente en Arnhem. Bovenregionale inkoop is geen onderdeel van dit beleid.

		Deventer een voorziening te treffen. Ergo invulling bovenregionaal. Hoe kijkt Menzis tegen deze ontwikkeling aan. Kunnen wij deze meenemen in de antwoorden van deze module?	
109	Bijlage A GGZ module 4	Kan Menzis onder complexe doelgroep ook zintuiglijk doelgroep (ZG AUD) verstaan naast andere probleemstelling die niet genoemd zijn in zorginkoop ?	Wij gaan ervan uit dat uw vraag betrekking heeft op module 3 voor de GZ. Met deze module willen we inzetten op voldoende zorgaanbod gericht op klanten met een complexe zorgvraag. We richten ons daarbij op klanten met forse gedragsproblematiek met de grondslag VG; wij ervaren een knelpuntt in het kunnen (door)plaatsen naar een passende verblijfsplek.
110	Bijlage A GZ	Kunt u inzicht geven in het onderzoek dat is gedaan om voor elk van de modules tot een naar uw inziens reëel tarief te komen?	Verblijfszorg blijft mogelijk voor klanten met deze indicate
111	Bijlage A GZ	(regionaal inkoopbeleid 2024 - 2026, bijlage A, par. 2, module 3) Om in aanmerking te komen voor de module “gegarandeerd zorgaanbod voor complexe doelgroepen”, is als eis gesteld dat je over een eigen medische dienst met arts verstandelijk gehandicapten (AVG) moet beschikken en je een gegarandeerd plaatsingsaanbod moet hebben voor deze doelgroep. Als je geen eigen AVG hebt, maar wel de gegarandeerde beschikking over de inzet van een AVG, voor een vast aantal uren per week, kom je als organisatie dan in aanmerking voor de module? Hoe definieert het zorgkantoor gegarandeerd aanbod? Beteken dit dat je als zorgaanbieder een cliënt, die het zorgkantoor aandraagt, altijd moeten opnemen, of zit daar nog ruimte in als je als zorgaanbieder de plek wel hebt maar die niet voor élke cliënt met complexe (gedrags)problematiek geschikt is?	Als u geen eigen VG arts in dienst heeft, komt u niet in aanmerking voor deze module. De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
112	Bijlage A GZ	Innovaties worden vaak ontwikkelt voor de GZ doelgroep. Echter moeten wij in verband met de visuele beperking van onze cliënten hier bijna altijd een aanpassing in doen. Deze aanpassing zorgen voor meer investering van middelen. Hoe weerhoudt zich dat ten opzichte van de opslag?	De opslag op het basistarief is van toepassing op de voor uw sector geldende NZa tarieven; in deze tarieven wordt rekening gehouden met specifieke problematiek van de ZG sector.
113	Bijlage A GZ	Is het tijdbestek van inleveren plan en publiceren van voorbeelden op het platform niet te kort waardoor er geen juiste en geschikte onderwerpen voor innovaties gekozen gaan worden? Waarom is er niet voor gekozen een lijst met bewezen effectieve innovaties te koppelen aan het inkoopbeleid?	Implementatie van bewezen effectieve methoden is (o.a.) afhankelijk van de doelgroep waar zorg aan wordt verleend. Daarom hanteren wij niet een limitatieve lijst in ons inkoopbeleid en bij de module Digitaal als het kan.
114	Bijlage A GZ	U vraagt nadrukkelijk om huidige klanten niet te verplaatsen die nu in verblijfszorg zitten met een VG3, VG4 of LG2.	We kennen geen opslagen toe op deze prestatiecodes, omdat we geen groei voor verblijf voor cliënten met een VG3, VG4 of LG2 willen stimuleren.

		Tegelijkertijd kent u geen opslag toe op deze ZZP-prestatie-codes. Dit is toch niet met elkaar te rijmen?	
115	Bijlage A GZ	U vraagt om smart-geformuleerde doelen rondom het stijgen van de inzet van het aantal uren informele zorg. We gaan het goede gesprek met het netwerk van de cliënt aan. We hebben invloed. We hebben echter geen zeggenschap over de inzet door dit netwerk. Hoeveel is het ten doel gestelde aantal uren dan in uw ogen waard?	Wij gaan ervan uit dat u in uw plan een reële opgave doet van het aantal uren, rekening houdend met waar u wel of geen invloed op heeft.
116	Bijlage A GZ	(Bijlage A Toelichting modules per sector, 2. GZ, pagina 11) Kunt u aangeven wat u bedoelt met "We vragen u nadrukkelijk niet om huidige klanten voor deze doelgroep te verplaatsen"?	Wij vragen u niet om klanten met een VG 3, VG 4 of LG 2, die hun indicatie al verzilveren middels Verblijf, om te zetten naar een leveringsvorm mpt of vpt.
117	Bijlage A GZ module 1	De zorgaanbieder is een boven regionale organisatie waardoor de kinderen veelal van ver weg komen. De inzet van het netwerk van de cliënt is hierdoor beperkt. Is er ook een platform voor bewezen effectieve voorbeelden die ingezet zijn om zowel het eigen netwerk van de cliënt als netwerk mogelijkheden in de regio te betrekken bij de informele zorg?	Wij verwijzen u naar: https://www.vgn.nl/nieuws/transitie-toekomstbestendige-gehandicaptenzorg-het-laatste-nieuws
118	Bijlage A GZ module 1	Bij kanslijn 5 en in module 1 wordt "het ontwikkelen van nieuwe arrangementen genoemd als onderdeel van de kanslijn. Wanneer is er sprake van een arrangement, zijn daar criteria voor? Is het mogelijk om een arrangement op individueel cliëntniveau overeen te komen?	Onder arrangementen verstaan wij een nieuwe of gewijzigde organisatie van zorglevering aan klanten, waarbij het netwerk, in samenhang met professionals, onderdeel wordt van het primaire proces van zorg en ondersteuning aan klanten. Wij schrijven de invulling van nieuwe arrangementen niet voor. In het voorstel omschrijft u onder andere de ambitie van uw organisatie: het resultaat, SMART-geformuleerde doelen rondom het stijgen van de inzet van het aantal uren informele zorg en het aantal klanten en/of locaties waar de resultaten en doelen betrekking op hebben. Dit spitst u toe op de locaties in onze zorgkantoorregio's.
119	Bijlage A GZ module 1	Kent Menzis een hoger aantal punten toe (1-5), naarmate er meer uren, locaties of doelgroepen omschreven worden?	Menzis Zorgkantoor kent punten toe op basis van de aspecten, zoals per module beschreven in Bijlage A. Meer uren, locaties of doelgroepen betekenen niet automatisch meer punten.
120	Bijlage A GZ module 1	Module 1 en 2 brengen extra administratielast en verantwoording met zich mee omdat er voorstellen moeten worden ingediend om in aanmerking te komen voor deze opslagen. Is er rekening gehouden in de tarieven met de extra administratielasten van de modules?	In de vaststelling van de opslag is niet expliciet rekening gehouden met de voorwaarde dat een voorstel moet worden ingediend. Wij achten de administratieve last overigens gering, mede omdat de modules voor de Gehandicaptenzorg aansluiten bij de kanslijnen van het Landelijk Akkoord dat al in 2022 is ondertekend en waarvan we verwachten dat zorgaanbieders al inzetten op de daarin genoemde kanslijnen.
121	Bijlage A GZ module 1	Smart geformuleerde doelen rondom het stijgen van de inzet van aantal uren informele zorg.	Wij schrijven niet voor dat u een registratieverplichting rondom uren informele zorg moet hebben.

		Aangezien de doelen smart geformuleerd moeten worden vragen wij ons af in hoeverre we straks een registratieverplichting hebben rondom de uren informele zorg?	
122	Bijlage A GZ module 1	Smart geformuleerde doelen rondom het stijgen van de inzet van aantal uren informele zorg. Hoe wordt er omgegaan met het mogelijk ontbreken van historische data?	Wij schrijven niet voor hoe u aantoont dat er inderdaad sprake zal zijn van inzet van informele zorg.
123	Bijlage A GZ module 1	Waarom worden prestatiescodes uitgesloten? Betekent dit dat er voor deze groepen geen informele zorg geleverd moet worden?	We kennen geen opslagen toe op de ZZP prestatiecodes VG3, VG4 of LG2, omdat we geen groei voor verblijf voor klanten met deze indicaties willen stimuleren; we willen financieel de prikkel leggen bij de complexere zorg. Inzet van informele zorg voor deze klanten is daarmee zeker niet uitgesloten en kan juist (in het stimuleren van mpt en vpt) voor deze doelgroep een grote rol gaan spelen.
124	Bijlage A GZ module 2	Voor module 2 wordt er verwezen naar het nationaal platform digitale zorgtransformatie. Hier dienen voorbeelden van bewezen innovaties en technologieën in de toekomst gedeeld te worden. Echter is dit platform er nog niet. Waar kunnen wij momenteel wel digitale middelen die ontwikkelt zijn en bewezen effectief zijn zien en bekijken of dit ook ingezet kan worden voor onze specifieke doelgroep?	Wij verwijzen u naar de website Digitale zorg (vilans.nl). Voor de doelgroep GZ worden ook op de website van de VGN goede voorbeelden gedeeld.
125	Bijlage A GZ module 2	Klopt het dat volgens de documenten de modules 1 en 2 niet van toepassing zijn op cliënten met VG 3, VG 4 en LG2? Naar mening van Menzis zouden deze doelgroepen zo zelfstandig mogelijk moeten kunnen wonen. Is het niet toepassen van de toeslag die betrekking heeft op deze modules dan niet tegenstrijdig als de opslag hiervoor niet geldt?	De opslagen die worden toegekend op grond van module 1 en module 2 voor de GZ zijn niet van toepassing voor de ZZP prestatiecodes VG3 en VG 4, wel voor de mpt en vpt en overige prestatiecodes die u declareert voor cliënten met een indicatie VG3 en VG 4.
126	Bijlage A GZ module 2	"Wat het verwachte effect is van de technologie, zowel voor de klant als voor de medewerker". Hoe concreet moet dit geformuleerd worden? Veel technologie heeft met name kwalitatieve effecten. Volstaat een uitwerking van deze kwalitatieve effecten?	Wij schrijven de invulling van de formulering niet voor; we verwachten in uw plan een beschrijving van het te verwachten effect, zowel voor de klant als voor de medewerker. Dit kunnen kwalitatieve effecten zijn, maar ook anderszins.
127	Bijlage A GZ module 2	De opslag geldt voor alle prestaties met uitzondering van de VG 7 prestatiecodes Z472 en Z473 als u voor module 3 een opslag toegekend heeft gekregen en met uitzondering van ZZP-prestatiecodes VG 3, VG 4 en LG 2. Betekent dit dat we voor deze groepen deze module niet hoeven te doen?	We kennen geen opslagen toe aan de ZZP prestatiecodes VG3, VG4 of LG2, omdat we geen groei voor verblijf voor klanten met deze indicaties willen stimuleren; we willen financieel de prikkel leggen bij de complexere zorg. Inzet van informele of digitale zorg voor deze klanten is daarmee zeker niet uitgesloten en kan juist (in het stimuleren van mpt en vpt) voor deze doelgroep een grote rol gaan spelen.

128	Bijlage A GZ module 2	Bijlage A - modules: waarom is inschrijving op module 2 niet mogelijk voor zorgaanbieders die in deze regio enkel mpt en vpt leveren? Immers ook daar is de inzet van zorgtechnologie van steeds groter belang. Bent u bereid dit aan te passen?	Wij gaan ervan uit dat uw vraag betrekking heeft op de modules V&V. Technologie speelt een grote rol in het langer thuis wonen. De manier waarop u technologie inzet, is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan".
129	Bijlage A GZ module 3	U geeft aan dat aanbieders gedurende de looptijd van het inkoopbeleid jaarlijks inschrijven voor de module en dat dus jaarlijks wordt vastgesteld of aan de voorwaarden en garantieverplichting wordt voldaan. Wat ons betreft is een van de voorwaarden voor levering van complexe zorg, langjarig contracteren. Het vereist forse investeringen en een langdurig proces om deze zorg goed vorm te geven. Kort contracteren geeft een te groot risico voor zorgorganisaties. We verzoeken u daarom om niet jaarlijks maar looptijd contract inclusief verlengingenjaren vast te stellen of aan de voorwaarden en garantieverplichting wordt voldaan. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Met deze module willen we inzetten op voldoende zorgaanbod gericht op klanten met een complexe zorgvraag. Aan de toekenning van de opslag, behorend bij deze module, zijn een aantal voorwaarden verbonden. Voorwaarden die erop gericht zijn dat zorgaanbod voor klanten met een complexe zorgvraag gegarandeerd is op een voor hen passende plek. We willen de opslag toekennen aan die zorgaanbieders die gedurende de komende contracteerperiode aan de voorwaarden voldoen en blijven voldoen en zullen dit - in dialoog tussen u en uw zorginkoper - jaarlijks monitoren. Op grond daarvan stellen we vast of de opslag gecontinueerd wordt.
130	Bijlage A GZ module 3	Quote: "Dit betreft in ieder geval casuïstiek, waarvoor wij (Menzis) bemiddeling en plaatsing noodzakelijk achten" Hoeveel invloed hebben wij zelf dan nog op dit proces? Mogen wij nog beslissen of een cliënt bij ons geplaatst wordt of niet? Zo nee, hoe verhoudt zich dat tot het leveren van de juiste zorg?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
131	Bijlage A GZ module 3	Quote: "Indien u aan alle bovengenoemde voorwaarden voldoet, kennen we een opslag toe indien u: Ervoor zorgt dat niemand verstoken blijft van zorg, onnodig verplaatst wordt of langdurig op een niet-passende plaats verblijft". Hoe moeten wij plaatsing garanderen indien voor betreffende cliënt geen passende plek is bij ons?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
132	Bijlage A GZ module 3	Wat is het volume waar die garantie over gaat? Voor hoeveel cliënten geven wij, indien we inschrijven op deze module, een garantie af?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Het aantal klanten waar het over gaat, is niet op voorhand vast te stellen.
133	Bijlage A GZ module 3	Het is bekend dat er wachtlijsten zijn voor deze groep. Is het de bedoeling dat alle wachtenden een plek krijgen?	Het gaat om klanten die langdurig op een niet passende plek verblijven en daarnaast in ieder geval om casuïstiek, zoals beschreven onder deze module in bijlage A.

134	Bijlage A GZ module 3	Is het de bedoeling dat cliënten pas geplaatst worden als er urgentie voor betreffende cliënt ontstaat?	Het gaat om klanten die langdurig op een niet passende plek verblijven en daarnaast in ieder geval om casuïstiek, zoals beschreven onder deze module in bijlage A.
135	Bijlage A GZ module 3	Binnen welke termijn moet een cliënt geplaatst worden? Is het de bedoeling dat we hier lege bedden voor aanhouden? Hoe worden dit soort bedden gefinancierd?	Termijn van plaatsing is afhankelijk van de individuele casus die om plaatsing vraagt. Het is niet de bedoeling dat er lege bedden worden vrijgehouden.
136	Bijlage A GZ module 3	Het is de bedoeling dat de zorgaanbieder de plaatsingsmogelijkheid garandeert van complexe casuïstiek. Wat wordt bedoeld met plaatsingsmogelijkheid? Wij kunnen een concreet aantal plaatsen aanbieden, maar plaatsing kan dan natuurlijk niet onverkort worden gegarandeerd, omdat die plaatsen soms ook allemaal bezet zullen zijn. Kunt u daarom toelichten wat u concreet verstaat onder plaatsingsmogelijkheid?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
137	Bijlage A GZ module 3	U behoudt zich het recht voor om de hogere vergoeding terug te vorderen als blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de garantieverplichting. Kunt u toelichten hoe dit proces in zijn werk gaat en welke middelen de zorgaanbieder heeft om daar tegen op te komen? Dat is nu onvoldoende duidelijk uitgewerkt en daar maken wij bezwaar tegen.	Deze module toetsen we jaarlijks opnieuw, en de zorginkoper en u stellen in dialoog samen vast of u aan de gestelde voorwaarden en garantieverplichting voor deze module heeft voldaan, voldoet en blijft voldoen. Ter toetsing kunnen wij inzage vragen in de documenten, waaruit blijkt dat u aan de genoemde voorwaarden voldoet. Als achteraf of gedurende de looptijd van het contract blijkt dat de zorgaanbieder niet aan de gestelde voorwaarden voor de module voldoet, wordt de procentuele oplsag met terugwerkende kracht geheel of gedeeltelijk teruggevorderd. Dit wordt verrekend in de nacalculatie van het jaar waar de terugvordering betrekking op heeft.
138	Bijlage A GZ module 3	Zelfs met deze opslag voor ZZP 7 blijft de zorg voor deze clienten een verliesgevende activiteit. Dit geldt voor alle zorgorganisaties die complexe zorg leveren. Een deel van de dekking van dit verlies, valt weg doordat lagere ZZP's minder gehonoreerd worden én de instroom van ZZP 3 en 4 beperkt wordt. Hoe gaat Menzis er voor zorgen dat zorgorganisties nog voldoende renderend blijven om continuïteit van zorg te kunnen bieden?	Vaststelling van kostendekkende tarieven - in dit geval voor de doelgroep VG 7 - is de verantwoordelijkheid van de Nza. Met de mogelijkheid om 100% (2024) en 99% (2025 en 2026) van het maximum NZa-tarief voor de prestatiecodes Z472 en Z473 (VG 7) te financieren, doen wij als Zorgkantoor, gezien onze financiële mogelijkheden, het maximale voor deze doelgroep.
139	Bijlage A GZ module 3	(module VG7) Met de beschreven voorwaarden en onder de huidige omstandigheden is het voor onze organisatie onverantwoord om in te schrijven op deze module. We lopen een groot risico omdat er bedragen teruggevorderd kunnen worden. We lopen het risico dat de activiteiten en de opbrengsten niet kostendekkend zijn. Wij willen ons echter vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid wel inspannen	Indien u voldoet en blijft voldoen aan de voorwaarden, zoals beschreven onder de module, zullen we geen opslagen intrekken.

		voor deze zorg. Kan Menzis toelichten waarom gekozen is voor deze werkwijze?	
140	Bijlage A GZ module 3	Welke garanties is Menzis bereid te geven zodat wij de complexe zorg kunnen blijven leveren?	De garanties dat u de komende contracteerperiode gefinancierd gaat worden op basis van de tariefsystematiek voor de GZ (basistarief en opslagen voor modules, zoals beschreven in ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026). Daarnaast voor 2024 de inzet van de extra middelen voor de doelgroep VG 7. Tot slot blijft een beroep op de regeling Meerzorg mogelijk.
141	Bijlage A GZ module 3	Wordt bij een gelijke verdeling verspreid over de zorgaanbieders rekening gehouden met het aantal plekken dat een zorgaanbieder heeft voor VG7?	Ja, wij houden rekening met de beschikbare capaciteit voor VG 7 klanten.
142	Bijlage A GZ module 3	De toezegging was dat ZZP7 100% van het tarief zou krijgen. In voorliggend document is dat 99%. Hoe kan dat? Waarom kiest Menzis ervoor om anders op te treden dan de andere zorgkantoren wetende dat 100% nog steeds onvoldoende is om de kosten te dekken?	Met de mogelijkheid om 100% (2024) en 99% (2025 en 2026) van het maximum NZa-tarief voor de prestatiecodes Z472 en Z473 (VG 7) te financieren, doen wij als Zorgkantoor, gezien onze financiële mogelijkheden, het maximale voor deze doelgroep.
143	Bijlage A GZ module 3	Bij de voorwaarden staat vermeld dat een VG-arts eindverantwoordelijk behandelaar moet zijn. Wordt hiermee alleen de medische behandeling bedoeld? Bij ons is de gedragsdeskundige behandelcoördinator (eindverantwoordelijk behandelaar). In overleg wanneer somatiek op de voorgrond staat kan de VG-arts hoofdbehandelaar zijn.	Bedoeld wordt dat aan de voorwaarden voor Verblijf met Behandeling wordt voldaan.
144	Bijlage A GZ module 3	In hoeverre mag je als zorgaanbieder in deze module nog zelf aangeven of een cliënt passend is binnen de setting van de zorgorganisatie? En wat zijn dan de consequenties bij weigering?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
145	Bijlage A GZ module 3	Stel, Een cliënt wordt opgenomen vanuit module 3, maar deze blijkt toch niet op een passende plek te zitten. Wat is dan de rol van Menzis hierin? En betekent dit dan ook dat je dan niet aan de garantieverplichting voldoet?	We gaan ervan uit dat een juiste inschatting gemaakt wordt van wat een passende plek zou moeten zijn en/of een passend aanbod wordt gecreëerd met de pool van zorgaanbieders die voor deze module in aanmerking komen.
146	Bijlage A GZ module 3	Wat verstaat Menzis onder "een beschermde setting is op instellingsterrein"?	Hieronder verstaan wij een setting waar meerdere woningen en voorzieningen geclusterd aanwezig zijn voor mensen met een verstandelijke beperking.
147	Bijlage A GZ module 3	Bij module 3: gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen (GZ) hoeven aanbieders geen voorstel in te dienen, maar komen zij in aanmerking indien ze aan de daar	Deze module toetsen we jaarlijks opnieuw, en de zorginkoper en u stellen in dialoog samen vast of u aan de gestelde voorwaarden en garantieverplichting voor deze module heeft voldaan, voldoet en blijft voldoen. Ter

		opgenomen eisen voldoen en blijven voldoen. Op welke wijze wordt dit (jaarlijks) getoetst door Menzis?	toetsing kunnen wij inzage vragen in de documenten, waaruit blijkt dat u aan de genoemde voorwaarden voldoet.
148	Bijlage A GZ module 3	Bij zilveren kruis vallen ZZP ZG 3 AUD onder complexe doelgroep met gegarandeerd zorgaanbod. Kan Menzis deze opnemen bij zorginkoop beleid?	Met module 3 voor de Gehandicaptenzorg willen we inzetten op voldoende zorgaanbod gericht op klanten met een complexe zorgvraag. We richten ons daarbij op klanten met forse gedragsproblematiek. Wij passen ons beleid niet aan.
149	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A Toelichting modules per sector, 2. GZ Module 3, pagina 14) U stelt als eis een beschermde setting op instellingsterrein. Kunnen we daaruit opmaken dat we alleen kunnen inschrijven voor deze module als we de beschikking hebben over een instellingsterrein?	Ja, dit is juist.
150	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A Toelichting modules per sector, 2. GZ Module 3, pagina 15) Er wordt gesproken over het garanderen van plaatsingsmogelijkheden. Ligt de verantwoordelijkheid voor de plaatsing van complexe casuistiek bij de pool van zorgaanbieders of bij de individuele zorgaanbieder?	De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen.
151	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A Toelichting modules per sector, 2. GZ Module 3, pagina 15) De zorgaanbieder krijgt de opslag als het plaatsingsmogelijkheid garandeert van complexe casuïstiek. Wat is de definitie van gegarandeerd?	U garandeert opname van complexe klanten. Plaatsing vindt plaats volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen).
152	Bijlage A GZ module 3	Worden zorgaanbieders die een VG-arts in dienst hebben gestimuleerd deze beschikbaar te stellen ter consultatie aan andere aanbieders in de regio? (2 GZ Module 3)	Dit is niet de strekking van de door u genoemde module 3 GZ.
153	Bijlage A GZ module 3	Waarom wordt er niet voor 100% van de NZa-maximuntarieven vergoed ipv 99%? Gezien de landelijke problematiek rondom de kostprijs van de VG7.	Vaststelling van kostendekkende tarieven - in dit geval voor de doelgroep VG 7 - is de verantwoordelijkheid van de Nza. Met de mogelijkheid om 100% (2024) en 99% (2025 en 2026) van het maximum NZa-tarief voor de prestatiecodes Z472 en Z473 (VG 7) te financieren, doen wij als Zorgkantoor, gezien onze financiële mogelijkheden, het maximale voor deze doelgroep.
154	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) Aantoonbare samenwerking met een GGZ-instelling en verslavingszorg voor het invliegen van expertise, indien nodig; dit kan ook een bovenregionale samenwerking zijn. Wat verstaat u onder aantoonbaar?	Hiermee bedoelen we dat de samenwerking aantoonbaar is door geformaliseerde samenwerkingsafspraken.
155	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen. Dit betreft in ieder geval casuïstiek, waarvoor wij bemiddeling en plaatsing noodzakelijk achten (hieronder valt ook het	We verwachten van deze zorgaanbieders dat zij plaatsing van genoemde casuïstiek garanderen. Plaatsing vindt plaats volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen).

		doorplaatsen vanuit een crisisbed van klanten die om zorginhoudelijke redenen niet terug kunnen naar de plaats van herkomst) en/of casuïstiek die wordt ingebracht op de regionale casuïstiek tafel(s) Gehandicaptenzorg. De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Kunt u het aanbod dat door de zorgaanbieder gegarandeerd moet wordt nader beschrijven/ omschrijven?	
156	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen. Dit betreft in ieder geval casuïstiek, waarvoor wij bemiddeling en plaatsing noodzakelijk achten (hieronder valt ook het doorplaatsen vanuit een crisisbed van klanten die om zorginhoudelijke redenen niet terug kunnen naar de plaats van herkomst) en/of casuïstiek die wordt ingebracht op de regionale casuïstiek tafel(s) Gehandicaptenzorg. De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Is deze garantie onvoorwaardelijk en moet dus ook gestand worden gedaan bij bijvoorbeeld (tijdelijke) personele knelpunten en /of tekort aan "bedden"?	De garantie is onvoorwaardelijk waarbij de zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, samen een pool vormen waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. In deze pool rekenen wij op ieders individuele inbreng.
157	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen. Dit betreft in ieder geval casuïstiek, waarvoor wij bemiddeling en plaatsing noodzakelijk achten (hieronder valt ook het doorplaatsen vanuit een crisisbed van klanten die om zorginhoudelijke redenen niet terug kunnen naar de plaats van herkomst) en/of casuïstiek die wordt ingebracht op de regionale casuïstiek tafel(s) Gehandicaptenzorg. De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Wanneer het passende aanbod niet (direct) geleverd kan worden, omdat er bijvoorbeeld eerst capaciteit moet worden georganiseerd, kan de zorgaanbieder dan (tijdelijk) volstaan met een alternatief aanbod?	Ja, dat is mogelijk.

158	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen. Dit betreft in ieder geval casuïstiek, waarvoor wij bemiddeling en plaatsing noodzakelijk achten (hieronder valt ook het doorplaatsen vanuit een crisisbed van klanten die om zorginhoudelijke redenen niet terug kunnen naar de plaats van herkomst) en/of casuïstiek die wordt ingebracht op de regionale casuïstiek tafel(s) Gehandicaptenzorg. De zorgaanbieders, aan wie de opslag in deze module wordt toegekend, vormen samen een pool waar klanten gedurende de looptijd van deze overeenkomst volgens een gelijke verdeling gespreid over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) worden opgenomen. Worden de klanten enkel verdeeld over de zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) binnen de betreffende regio of is de pool groter dan dat en wordt deze gevormd door alle zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) die actief zijn in alle regio's waar Menzis de aangewezen Wlz-uitvoerder is?	De pool wordt gevormd door alle zorgaanbieders (die deze opslag ontvangen) in alle Menzis Zorgkantoor regio's.
159	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) Waarom kiest Menzis er voor om de opslag van module 3 bij de sector GZ alleen te laten gelden voor de VG 7 prestatiecodes en niet ook voor de eventuele bijbehorende toeslagen (kind, jeugd, jongvolwassen en Meerzorg) voor de zorg aan dezelfde cliënten?	Het is niet mogelijk om verschillende tariefpercentages voor dezelfde prestatiecode te declareren.
160	Bijlage A GZ module 3	(Bijlage A - Toelichting modules per sector (sector GZ, module 3)) Waarom kiest Menzis er voor om de opslag van module 3 bij de sector GZ alleen te laten gelden voor de VG 7 prestatiecodes (Z472 en Z473) en niet ook voor de dagbestedingsprestaties H813, H816, H821, H902 (dagbesteding cliënten met een zzp VG 7)?	De module en de daarbij behorende opslag heeft betrekking op klanten die zijn aangewezen op verblijf. De dagbestedingsprestaties H813, H816 en H821 zijn prestaties die betrekking hebben op mpt. De prestatie H902 heeft betrekking op dagbesteding van klanten die niet verblijven bij de zorgaanbieder die inschrijft op deze module.
161	Bijlage A V&V	Het is ons niet duidelijk hoe er beoordeeld wordt. Elke zorgaanbieder dient een voorstel in, wat de beoordelingscommisssie beoordeelt. Voor de diverse voorstellen kunnen we punten scoren,1, 2 soms 5 of 6. Wilt u aangeven waar we aan moeten voldoen om het maximale aantal punten te scoren? 1. Als er 6 punten te behalen zijn, wanneer krijg je dan het maximale aantal punten, wanneer 5, 4, 3 etc,? 2. Dus als er 2 punten te behalen zijn, wanneer krijg je er 1 en wanneer 2? 3. Als er 1 punt te behalen valt, waar moet je aan voldoen om die ene punt te behalen? 4. Als er 5 punten te behalen zijn, wanneer krijg je dan het maximale aantal punten, wanneer 4, 3 etc.? 5. Vervolgens staat er: 'scoort u een 6 of een	In paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend, omdat daarmee elke mate van innovativieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt.

		7. Of een 8, 9 of 10 dan '. Is onze aanname correct dat dit de som van het aantal gescoorde punten per module is?	
162	Bijlage A V&V	Zijn_de investeringen voor opslag dekkend als je kijkt naar de implementatiekosten.	De vraag is gekoppeld aan bijlage 7, maar lijkt betrekking te hebben op de modules. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Als een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
163	Bijlage A V&V	Wordt_verwacht dat we de opslag voor bijvoorbeeld innovatie ook specifiek kunnen verantwoorden? Kunt u dit toelichten?	Nee, u moet op inhoud verantwoorden wat u heeft gerealiseerd.
164	Bijlage A V&V	Kunt_u aangeven waarom er gekozen is voor inschrijving met plan op de modules (bijlage A) en vervolgens in gesprek over invulling van de transitiemiddelen vanaf 2024?	We zetten in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. Elke zorgaanbieder draagt hier op zijn manier aan bij. Als u een extra substantiële bijdrage levert, kunt u zich inschrijven voor een module (zie: bijlage A). Om tot een goede afweging te komen welke initiatieven wij met een opslag willen honoreren vragen wij zorgaanbieders om een plan in te dienen. Het door u genoemde gesprek over de invulling van de transitiemiddelen is bedoeld als voorbereiding voor de in te dienen plannen die daarop volgen, zoals beschreven in Bijlage B Regionaal Beleid Transitiemiddelen.
165	Bijlage A V&V	Wat_is de financiele impact van de implementatie van de verplichte onderdelen uit de modules. In hoeverre is deze dekkend tov de opslag?	Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
166	Bijlage A V&V	U_vraagt de aanbieders bewust scheiden wonen zorg te organiseren bv in geclusterde vorm, echter dan moet er wel vastgoed beschikbaar en geschikt zijn. Met de huidige woningmarkt is dit niet realistisch. Hoe ziet u dit voor zich?	De woonproblematiek is onderwerp van gesprek aan de regiotafels vanuit het WOZO. Daarnaast vragen wij ook in te zetten op zorg in de thuissituatie, ongeclusterd, mits verantwoord.
167	Bijlage A V&V	Wanneer_moet de toelichting per module van max. 4 A4 ingediend worden? Is dit tegelijk met de inschrijving tussen 3-28 juli?	Om voor een module in aanmerking te komen, dient u in Mercell bij uw inschrijving uw voorstel in te dienen. De inschrijving sluit op 4 augustus 2023 om 17:00 uur.

168	Bijlage A V&V	Wat_is uw huidige beeld van de samenwerking met huisartsen/specialist ouderengeneeskunde in Oost-Groningen?	De huisartsen in Oost-Groningen kunnen samenwerken met de Specialist Ouderengeneeskunde/PA/Vs. De intensiteit verschilt per huisartsenpraktijk.
169	Bijlage A V&V	V&V_Module 1 - Aspect: 'Omschrijving wat uw voorstel oplevert, zowel voor de klant als de medewerker, onder andere qua toegankelijkheid voor klanten met een minimuminkomen.' In de regio Oost-Groningen zijn de inkomens te laag om überhaupt hierin mee te gaan, want kosten en mogelijk ook de eigen bijdrage voor de klant zijn veel hoger bij MPT en VPT en dat kan men zich in Oost – Groningen niet veroorloven. Wat verwacht Menzis van zorgaanbieders? Dit ligt niet binnen onze invloedsfeer.	Klanten betalen voor mpt en vpt, en voor intramurale zorg, een eigen bijdrage die door het CAK wordt bepaald op basis van inkomen en vermogen. Deze eigen bijdrage is daarmee niet het vraagstuk. Wel is het zo dat bij een vpt de situatie kan voorkomen dat de kosten voor een woning waar vpt kan worden geleverd, te hoog zijn in relatie tot het inkomen. Om die reden voert Menzis Zorgkantoor overleg met gemeenten en provincie met als doel dat voldoende voor (zware) zorg geschikte woningen voor mensen met een lager inkomen beschikbaar zijn. Dit ligt niet in de directe invloedsfeer van de aanbieder, wel kan ook de aanbieder hierover met gemeenten en woning corporaties in gesprek gaan.
170	Bijlage A V&V	Gelijkheidsbeginsel_in het gedrang bij inzetten op MPT/VPT. Eigen regiobeeld laat zien dat de kwetsbaarheid groot en afstanden lang zijn in Oost-Groningen en dit wordt duurder, dus dit kan hier niet. Menzis spreekt haar eigen regiobeeld tegen met dit beleid. Wat is daarop uw reactie?	In het Regionaal inkoopbeleid 2024-2026 wordt aangegeven dat klanten zoveel mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen, wat mogelijk is door het inzetten van mpt en vpt. In de regio Oost-Groningen moet gezien de lange afstanden op een slimmere manier worden samengewerkt.
171	Bijlage A V&V	De zorgaanbieder maakt bezwaar tegen de zeer kleine opslag mogelijkheid van het tarief voor intramurale zorg. Binnen de intramurale plekken zal een innovatieslag gemaakt moeten worden om langer thuis (en dus complexer intramurale) te kunnen opvangen. De opslag op het tarief intramuraal is zeer beperkt en bij een MPT vrij ruim. Wij beseffen dat de groei extramuraal moet plaatsvinden en dat de prikkels daarop goed gesteld moeten worden. Echter 0,2% van het tarief intramuraal is te beperkt om de verandering vorm te geven.	In ons inkoopbeleid wil Menzis Zorgkantoor zich samen met zorgaanbieders inzetten om op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ waar te maken. We verwachten dat elke zorgaanbieder hier op zijn manier aan bijdraagt. Via de modules en de daarbij behorende opslagen willen wij zorgaanbieders extra stimuleren zich in te zetten voor deze landelijke bewegingen. Met als doel om de langdurige zorg ook in de komende jaren betaalbaar en toegankelijk te houden. Menzis Zorgkantoor heeft een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren (zoals de impact van de module) een rol. Op basis daarvan heeft Menzis de hoogte van de opslagpercentages vastgesteld. Menzis Zorgkantoor is niet bereid de opslagpercentages te heroverwegen.
172	Bijlage A V&V	In_bijlage A p. 16 (V&V, module thuis als het kan) hanteert u een opslag van 3,5% bij een jaarlijkse groei van 25% of meer van het aantal klanten vpt/mpt ten opzichte van het aantal klanten vpt/mpt in 2023 met een minimum van 10 klanten. Deze module neemt tot uitgangspunt dat thuis kan. Wij menen dat dit niet geldt voor de bewoners in de regio Groningen en zeker niet voor de regio Oost Groningen, althans niet in de mate waarin dat kan in andere regio's. De inwoners van deze regio en daarmee onze cliënten, zijn financieel	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders

		kwetsbaar en hebben vaak niet de financiële mogelijkheden en evenmin het netwerk om thuis te wonen. Daarmee is een opslag van 3,5% bij voorbaat onhaalbaar voor onze organisatie en is geen sprake van een level playing field. In dat licht menen wij dat met deze percentages geen rekening is gehouden met de regionale uitvoeringswerkelijkheid en met de organisatiespecifieke omstandigheden. Wat maakt dat u heeft gemeend dat deze percentages wel passend zijn en ook in alle drie de regio's waar u Wlz-zorg inkoopt (dus Groningen, Arnhem en Twente) kunnen worden toegepast? Wat is uw reactie op het standpunt dat met deze percentages geen level playing field wordt gecreëerd?	extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. In het regionale zorginkoopbeleid worden geen regionale opslagen en/of modules gehanteerd. Aldus is geen sprake van schending van het level playing field.
173	Bijlage A V&V	Bijlage A modules per sector, p16 eerste blok. Ik kan bijlage A niet apart selecteren in het MERCELL kader. Ik ga er vanuit dat u de beantwoording van de vraag ook op deze manier doet. Op pagina 16 van bijlage A schrijft u dat u de beweging 'zelf als kan' niet hebt vertaald in een module vanwege de transitiemiddelen en dat iedere aanbieder geacht wordt hier aan te werken. Dit vinden wij een onbegrijpelijke redenering. Immers, de transitiemiddelen zijn een tijdelijke financiering met eigen voorwaarden en verantwoordingen en richten zich vanwege die aard en structuur op projecten. Daar staat naast dat iedere aanbieder bij iedere client moeite zal doen om te sturen op het zelf doen, aangezien dit een van de pijlers van uw inkoopbeleid is. Het sturen op het zelf doen bij iedere client kost ons als aanbieder de nodige inspanning en menskracht, aangezien het niet voor iedere client meteen logisch is om dingen zelf te blijven doen. Vaak is hier hulp bij nodig van bijvoorbeeld een ergotherapeut of een social worker. Bent u het met ons eens dat het 'zelf doen' met het uitblijven van een opslag onvoldoende wordt gewaardeerd? Bent u bereid hier een opslagpercentage voor op te nemen?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
174	Bijlage A V&V	Menzis Zorgkantoor streeft ernaar binnen de landelijk beschikbare kaders te blijven en dit kan reden zijn om de voorstellen gerelateerd aan de modules conservatief te beoordelen. Op welke wijze borgt c.q. kan worden aangetoond dat Menzis Zorgkantoor bij de beoordeling, door de nu voorgestelde (alleen) Menzis Zorgkantoor medewerkers, de inhoud van het plan centraal stelt en de uitkomst niet wordt beïnvloed door de beschikbaarheid van middelen?	Menzis Zorgkantoor beoordeelt de plannen conform de werkwijze, zoals dat in hoofdstuk 3.1.6 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 is vastgesteld.

175	Bijlage A V&V	Wij moeten veel plannen maken en inzicht geven in de bedrijfsvoering en doelmatigheid. Wij mogen de intramurale capaciteit niet uitbreiden zonder toestemming van Menzis. Dit getuigt van weinig vertrouwen in de zorgaanbieders. Wat beoogd Menzis met deze werkwijze van controle?	Menzis Zorgkantoor neemt waar dat zorgaanbieders van elkaar verschillen in de mate waarin de zorgaanbieder de bedrijfsvoering beheerst. Menzis Zorgkantoor vindt het van belang - onder meer in het kader van toegankelijkheid van zorg - dat zorgaanbieders van elkaars ervaringen leren.
176	Bijlage A V&V	Worden de ingediende voorstellen voor de modules MPT/VPT enkel beoordeeld op de component groei? Zo nee, waarop dan nog meer?	De aspecten waarop de module "thuis als het kan" wordt beoordeeld, staan beschreven in bijlage A.
177	Bijlage A V&V	Bijlage A -Toelichting modules 2.6 Persoonsvolgende Bekostiging. U geeft hier aan dat als er landelijk onvoldoende middelen zijn u gaat korten op het tarief van alle gecontracteerde zorgaanbieders. Wij zijn van mening dat u van ons niet kunt eisen dat wij tegen niet reeel kostendekkende tarieven werken. Mogen wij in deze situatie in uw optiek ervoor kiezen geen cliënten meer in zorg te nemen?	Zorgkantoren zijn gehouden om binnen de contracteerruimte de zorgvraag te betalen. De door VWS aan de zorgkantoren toegekende contracteerruimte is niet toereikend om de gehele zorgvraag (Q) tegen het maximum NZa-tarief te vergoeden. Volgens economische basisregels moet dan óf de prijs (P) óf het volume (Q) omlaag om binnen de contracteerruimte te blijven. Menzis Zorgkantoor kiest ervoor om niet het volume bij te stellen, maar de prijs. Zodoende realiseert Menzis Zorgkantoor persoonsvolgende bekostiging en kan Menzis Zorgkantoor voldoen aan de zorgplicht. Menzis Zorgkantoor zal op het moment dat de contracteerruimte dreigt te worden overschreden altijd een beroep doen op de daarvoor bestemde procedures bij het ministerie van VWS en/of de NZa.
178	Bijlage A V&V module 1	U zegt: "Wij willen de mogelijkheid voor ouderen vergroten om, ook in de WLZ, zo lang mogelijk zelfstandig te wonen". Hoe ziet Menzis zorgkantoor deze ontwikkeling icm de grote problemen in de extramurale zorg qua arbeidsmarktkrapte	De problemen op de arbeidsmarkt zijn ons bekend. Het is de uitdaging om hier samen uit te komen. Klant, netwerk, zorgaanbieder, zorgkantoor en andere veldpartijen.
179	Bijlage A V&V module 1	U zegt: "Het resultaat dat we willen zien, vertaalt zich in de groei van het aantal klanten vpt/mpt". Hoe ziet Menzis zorgkantoor deze ontwikkeling icm de grote problemen in de extramurale zorg qua arbeidsmarktkrapte Kan deze groei samen opgaan bij het gelijk blijven van de ZZP prestaties of zal de groei van VPT/MPT presaties ten koste gaan van ZZP prestaties?	Of de groei samen kan gaan, kunnen wij niet beoordelen. Dat hangt af van de manier waarop u uw personeel inzet en welke arbeidsbesparende technologiën mogelijk zijn.
180	Bijlage A V&V module 1	De groei binnen de module "Thuis als het kan" wordt berekend door het aantal clienten 2023 af te zetten tegenover het aantal clienten 2024. Deze methodiek stimuleert niet om op basis van de huidige transitieprojecten reeds actief clienten in 2023 om te zetten naar vpt c.q. mpt. Is Menzis Zorgkantoor zich hiervan bewust en zo ja op welke wijze kan het berekeningsmodel hierop worden aangepast zodat zorginstellingen, waaronder onze organisatie, niet een lagere opslag krijgen ondanks actief beleid rondom deze transitie?	Op basis van demografie is de verwachte jaarlijkse groei in nieuwe klanten 25%. Elke aanbieder kan derhalve voldoende groeien, ook als betreffende aanbieder in 2023 al veel gegroeid is. Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid

			op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
181	Bijlage A V&V module 1	In hoeverre kan/moet/mag, gezien de verlaagde tarieven binnen de MPT, een lager deskundigheidsniveau dan 3IG worden ingezet? Dit mede in combinatie met de te realiseren groei en de huidige arbeidsmarktproblematiek?	Op grond van artikel 1, lid 2 van de overeenkomst Deel III is een zorgaanbieder verplicht om klantgerichte, kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: de zorgaanbieder biedt goede zorg en neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze zorg voldoet aan de definitie van gepast gebruik. Teneinde aan deze verplichtingen te kunnen voldoen, beschikt de zorgaanbieder over voldoende gekwalificeerd personeel. Het personeel kan de (potentiële) klanten en het Zorgkantoor in tenminste de Nederlandse taal te woord staan. Daarnaast gelden de voorwaarden vanuit de beleidsregels van de NZa en de aanvullende inkoopvoorwaarden, zoals genoemd in Bijlage 4 Aanvullende voorwaarden. Op basis van voorgaande is de inzet van een lager deskundigheidsniveau dan 3IG mogelijk.
182	Bijlage A V&V module 1	u stelt : "alleen voorstellen die een voldoende scoren, komen in aanmerking voor een opslag. De hoogte van de opslag is afhankelijk van de door u aangegeven groei van het aantal klanten vpt/mpt. Op deze groei is een resultaatverplichting van toepassing. Als u de groei niet haalt, vorderen we de opslag terug. " groei van aantal VPT klanten is oa mogelijk door uitbreiding van geclusterde woonvormen. Kan zorg kantoor garantie geven (binnen de kaders van het regiobudget) dat wanneer je start met de bouw van geclusterde woonvormen, en t.z.t. kiest de cliënt om bij jou de zorg aftenemen in VPT , de financiering ook gewaarborgd is . maw budget volgt (keuze van " cliënt, ongeacht of er voldoende aanbod is van VPT zorg in de regio?	Bouwinitiatieven voor de levering van vpt vallen binnen de systematiek van persoonsvolgende bekostiging. In paragraaf 2.6 herschikking staat de systematiek beschreven indien er middelen tekort zijn. Dit staat echter los van de module. Een plan voor een module dient vernieuwend te zijn, er dient sprake te zijn van een vernieuwend zorgaanbod voor de organisatie.
183	Bijlage A V&V module 1	Opslag bij module 1, thuis als het kan, is afhankelijk van de groei van cliënten. Maar er is al vastgesteld dat het huidige tarief onder dat van de ZVW ligt en te laag is. In het kader van proportionaliteit, waarom moet deze opslag erbij verdiend worden?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie.De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële

			tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
184	Bijlage A V&V module 1	In hoeverre is het CIZ in staat (met de huidige achterstanden) om de gewenste groei van WLZ cliënten te kunnen faciliteren? Is hiermee rekening gehouden? De resultaatverplichting is hiervan afhankelijk. In hoeverre kan in dit geval, indien CIZ bottleneck blijkt, gekeken worden naar een inspanningsverplichting?	Het CIZ is in beginsel gehouden aan wettelijke beslistermijnen. Eventuele problemen in het geval van achterstanden zullen wij onder de aandacht brengen en bespreken met CIZ. Voor de toekenning van de opslag blijft de methodiek uit het beleid gehandhaafd.
185	Bijlage A V&V module 1	Wij maken bezwaar tegen de wijze waarop de module Thuis als het kan is vormgegeven, omdat de mogelijkheid tot een opslag onhaalbaar is. Als zorgaanbieder hebben wij de afgelopen jaren al een flinke groei doorgemaakt van WLZ cliënten in de thuiszorg door extra aandacht voor de juiste indicatie WLZ of ZvW. Daarnaast daalt het aantal cliënten in de Wijkverpleging, in lijn met het landelijke beeld. Derhalve is er geen groei in VPT/MPT meer te verwachten. De module Thuis als het kan, sluit niet meer aan op de werkelijkheid en wordt hierdoor niet haalbaar. In hoeverre wordt hier rekening mee gehouden, want hierdoor kunnen wij wellicht niet in aanmerking komen voor deze opslag?	Gezien de demografische ontwikkelingen verwachten wij wel degelijk een groei in het aantal Wlz-klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Een zorgaanbieder die geen groei mpt/vpt meer kan bewerkstelligen, is aangewezen op het richttariefpercentage.
186	Bijlage A V&V module 1	Door het gunningspercentage te verlagen, worden de WLZ tarieven in verhouding tot de ZVW tarieven nog ongunstiger. Groei van de WLZ cliënten t.o.v. de ZVW veroorzaakt op deze wijze een negatief financieel effect, want de te verdienen opslag zal dit verschil maar deels kunnen dekken. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, hoe wordt deze negatieve impuls gerelateerd aan de doelstelling Thuis als het kan?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de gewogen gemiddelde kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden via indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen we de indexatie.De Menzis tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwacht Menzis, anders dan de vraag doet suggereren, tot reële tariefafspraken te komen. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
187	Bijlage A V&V module 1	In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, wat is de reden waarom het te verdienen opslag percentage voor VPT maar maximaal 0,4% bedraagt en voor MPT maximaal 3,5%?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules

			zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
188	Bijlage A V&V module 1	U geeft aan dat wij in het voorstel terug moeten laten komen hoe onze organisatie samenwerkt in de regio. Onze organisatie is echter in één plaats actief met Wlz-, Zvw- en wmo-zorg. Vanzelfsprekend werken wij samen met andere partijen binnen onze plaats en daarnaast ook in Lerend Netwerk verband. - Wat verwacht u van ons voor wat betreft het omschrijven van onze samenwerking in de regio?	Wij verwachten dat u die samenwerking beschrijft die de beweging 'thuis als het kan' ondersteunt.
189	Bijlage A V&V module 1	'- Waarom is het minimum-aantal klanten VPT/MPT voor alle zorgaanbieders, ongeacht hun grootte, gelijk? - Hoe wordt hiermee invulling gegeven aan de eisen van redelijkheid en billijkheid en een 'equal level playing field' (= rechtvaardigheidsprincipe waarbij elke speler evenveel kansen heeft om te slagen) ? U wilt de mogelijkheden voor ouderen vergroten om, ook in de Wlz, zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. U verwacht daarbij van zorgaanbieders om indien mogelijk klanten te voorzien van MPT/VPT i.p.v. dat zij hun Wlz-indicatie intramuraal verzilveren. - Hoe dient de zorgorganisatie om te gaan met eventuele leegstand die hierdoor ontstaat? Bent u bereid hiervoor financieel te compenseren? Zo nee, waarom niet? - Vindt als gevolg hiervan herallocatie van klanten (keuzemogelijkheid i.p.v. vrijheid) of herallocatie van capaciteit plaats?	De opslag bij de module 'thuis als het kan' wordt bepaald aan de hand van het groeipercentage, dat is het uitgangspunt en voor iedereen gelijk. Gezien de wachtlijsten verwachten wij geen leegstand, indien dit toch ontstaat, dan is dat het risico van de zorgaanbieder. Leegstand wordt niet gefinancierd. Wij adviseren u in dat geval na te denken hoe u uw intramurale capaciteit verder gaat invullen.
190	Bijlage A V&V module 1	Bijlage A, pg 17. 3 module 1: Vraag: valt opslag voor vpt/mpt onder Wlz budget (geoormerkte onomkeerbare plaatsen, Wlz budget) of onder het budget dat VWS beschikbaar heeft voor vpt/mpt (groei vpt/mpt is mogelijk, groei intramurale plaatsen niet)?	VWS stelt het macrokader vast, dat vervolgens door de Nza wordt verdeeld onder de zorgkantoren. Het budget voor de onomkeerbare plekken maakt onderdeel uit van het macrokader net als de opslagen op basis van de modules.

191	Bijlage A V&V module 1	Het minimum aantal wordt niet genoemd in Tabel 3 (bl.32) van het regionaal inkoopbeleid. Waar is het minimum aantal van 10 klanten op gebaseerd?	Het gaat om een substantiele groei. Voor een aanbieder die start met vpt of mpt is 10 klanten al een substantieel aantal. Voor grotere aanbieders wordt er naar het groeipercentage gekeken.
192	Bijlage A V&V module 1	"Visie van uw organisatie op vpt/mpt inclusief integratie met dagbesteding/de samenleving/ de omgeving". Kunt u voorbeelden geven van de samenleving/de omgeving?	Onder een samenleving wordt verstaan een groep mensen die samen een half-gesloten systeem vormen en waarbinnen interactie bestaat tussen de leden die van die groep deel uitmaken. Hierbij kunt u denken Wlz-klanten in een wijk of een dorp waarin burgers een sociaal geheel vormen en elkaar kennen en omzien naar elkaar.
193	Bijlage A V&V module 1	Hoe is dit te rijmen met doelmatigheid als belangrijkste uitgangspunt? Lage SEC en hoog zorggebruik gaan vaak samen	Menzis Zorgkantoor onderkent dat lage SES en zorggebruik vaak samen gaan, maar is van mening dat in die situaties ook op doelmatige zorg gestuurd kan worden.
194	Bijlage A V&V module 1	Welke definitie van "vernieuwend" hanteert u?	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' betrekking heeft op uw organisatie/zorgaanbod.
195	Bijlage A V&V module 1	U geeft aan dat de opslag geldt voor ‘alle VPT en MPT prestaties’. - Vraag: Betekent dit dat de opslag enkel van toepassing is voor VPT en MPT prestaties en niet voor intramurale ZZP V&V prestaties (ZZP 4 t/m 10)?	De opslag is voor vpt en mpt prestaties. Uw aanname is correct.
196	Bijlage A V&V module 1	"Omschrijving hoe uw organisatie samenwerkt in de regio (aansluiting met regiodeals)". Wat bedoelt u met regiodeals?	Wij bedoelen hiermee de regionale overleggen vanuit onder andere het WOZO en andere regionale overlegtafels.
197	Bijlage A V&V module 1	"Omschrijving hoe u de MGZ borgt, onder andere qua samenwerking met huisartsen/specialist ouderengeneeskunde en hoe u dit daadwerkelijk organiseert". Bedoelt u met de afkorting MGZ: Medisch-generalistische zorg?	Ja, de afkorting MGZ staat voor Medisch-generalistische zorg.
198	Bijlage A V&V module 1	Zijn de aspecten "Omschrijving hoe uw organisatie samenwerkt in de regio (aansluiting met regiodeals)" en "Omschrijving hoe u de MGZ borgt, onder andere qua samenwerking met huisartsen/specialist ouderengeneeskunde en hoe u dit daadwerkelijk organiseert" niet (deels) overlappend?	Ja, dat is correct. Regionale samenwerkinig gaat echter verder dan samenwerking op het gebied van Medisch-generalistische zorg (MGZ).
199	Bijlage A V&V module 1	P17 "Omschrijving van de noodzakelijke verandering voor uw organisatie, onder andere of het een volledig nieuw aanbod betreft en hoe groot de verandering is. Ook de mate van groei speelt bij de beoordeling mee". Welke eenheid dienen	Omdat de grootte van de verandering per organisatie verschillend is, is hier geen eenheid aan gekoppeld. U dient de grootte van de verandering beschrijvend aan te leveren.

		we te gebruiken voor het aangegeven van de grote van de verandering?	
200	Bijlage A V&V module 1	P17 "Omschrijving wat uw voorstel oplevert, zowel voor de klant als de medewerker, onder andere qua toegankelijkheid voor klanten met een minimuminkomen". De eigen bijdrage Wlz daar hebben wij geen invloed op. Waar moeten we aandenken bij het toegankelijk maken voor klanten met een minimuminkomen?	Zorgaanbieders die naar mpt- of vpt-uitbreiding willen vormgeven, moeten een goed beeld hebben van de demografische omgeving en de klanten die daar wonen. Wanneer u wilt uitbreiden in vpt geclusterd wonen, kunt u in overleg met de woningcorporatie en gemeenten kijken of er mogelijkheden worden geboden voor klanten met een minimum inkomen.
201	Bijlage A V&V module 1	P17 Wij leveren geen vpt en zullen dit niet doen maar wel mpt, dan kunnen we toch wel inschrijven op mpt of worden we dan uitgesloten?	U kunt ook alleen een plan gericht op mpt indienen.
202	Bijlage A V&V module 1	P17 Wordt er bij de groei alleen gekeken naar unieke cliënten of ook naar de groei in uren per cliënt?	Om te bepalen of het resultaat behaald is, wordt alleen naar het aantal unieke klanten gekeken. Het aantal uren per klant zal onderdeel worden van ons doelmatigheidsmodel.
203	Bijlage A V&V module 1	P17 Dient er in 2024, 2025 en 2026 ieder jaar een groei van minimaal 10 cliënten plaats te vinden om in aanmerking te komen voor de toeslag?	U dient het jaarlijkse groeipercentage te halen, met een minimum groei van 10 klanten per jaar.
204	Bijlage A V&V module 1	Stel organisatie A en B hebben een samenwerking rondom het leveren van MPT-zorg. Organisatie A levert de behandelcomponent binnen het MPT, organisatie B levert de PV/VP component binnen het MPT. Kun je dan als organisaties tezamen in aanmerking komen voor de opslag van 3,5% op MPT-zorg en dien je dan een gezamenlijk plan aan te leveren voor opslag? Hoe gaat dit in zijn werk?	De module "thuis als het kan" is gebaseerd op de groei van het aantal unieke VP/PV clienten. In het voorbeeld kan alleen organisatie B het plan indienen, ervanuitgaande dat organisatie niet zelf PV/VP levert.
205	Bijlage A V&V module 1	Om in aanmerking te komen voor een opslag dient een voorstel ingediend te worden waarmee de aanbieder op een vernieuwende manier groei in VPT/MPT bewerkstelligt. De groei wordt bepaald aan de hand van het aantal unieke klanten VPT/MPT. Andere prestaties tellen niet mee voor de groei, omdat klanten dan meerdere keren meetellen. Wij hebben vragen over deze passage: - Vraag: Kunt u nader definiëren wat u verstaat onder ‘vernieuwend’? - Vraag: Kunt u nader toelichten welke prestaties u bedoelt met ‘andere prestaties’? - Vraag: Kunt u nader toelichten wat u bedoelt met de passage ‘andere prestaties tellen niet mee voor de groei, omdat klanten dan meerdere keren meetellen’. Wat wordt hiermee precies bedoelt?	Bij onder andere module 1 bij de V&V sector staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan. Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' betrekking heeft op uw organisatie/zorgaanbod. Het aantal unieke klanten wordt bepaald op basis van het aantal klanten dat 1 van de PV of VP prestaties afneemt. Dus ook VP en VP speciaal, nachtverzorging en nachtverpleging. Alle andere prestaties uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg zoals bijvoorbeeld de behandelprestaties vallen hierbuiten. Door deze prestaties uit te sluiten van de telling wordt voorkomen dat klanten voor meerdere zorgaanbieders meetellen om de groei te bepalen.

206	Bijlage A V&V module 1	Kun je ook een voorstel indienen wat zich enkel richt op de groei in óf MPT-zorg óf VPT-zorg?	Ja, dat kan.
207	Bijlage A V&V module 1	Aspecten die terug moeten komen in het voorstel Module 1 thuis als het kan - Omschrijving samenwerking MGZ moet worden opgenomen: dit is een onderdeel wat ook in de transitiegelden en financiering vanuit WOZO en IZA zit, en waar financiering is te krijgen. Wat is de reden dat dit hier is opgenomen? En waar zit het verschil in de regionale samenwerkingsinitiatieven die er zijn? - Wijze van inzet technologie: ook hier zien we een dubbeling met hetgeen gevraagd wordt bij de module digitaal als het kan. Waar zit het verschil? Graag een toelichting.	Vraag 1: goed georganiseerde MGZ is een voorwaarde voor het langer thuis kunnen wonen. Het plan wordt beoordeeld op dit aspect. Regionale samenwerkingsinitatieven worden gefinancierd middels andere gelden. Vraag 2: De module digitaal als het kan is bedoeld voor klanten die verblijven in een intramurale setting. De inzet van technologie bij clienten thuis is integraal onderdeel van de module "thuis als het kan".
208	Bijlage A V&V module 1	In de tabel op pagina 17 zijn de opslagpercentages opgenomen. - Waarop zijn deze % gebaseerd? Hoe is de onderverdeling tot stand gekomen? Graag een toelichting en een onderbouwing van deze verdeling. - Waarom is er zo'n groot verschil tussen mpt en vpt in de opslagpercentages? Kunt u de onderliggende onderbouwing geven?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.
209	Bijlage A V&V module 1	bladzijde 17 overzicht groeipercentages: jaarlijkse groei aantal klanten vpt/mpt (PV en VP) ten opzichte van aantal klanten vpt/mpt (PV en VP) in 2023, met een minimum van 10 klanten. Betekent dit dat er in 2023 een minimum aantal klanten van 10 in zorg moeten zijn geweest om in aanmerking te komen voor deze module? En krijg je dan een opslag van 1% als dit er 11 worden?	Nee, de groei moet uit minimaal 10 klanten bestaan.
210	Bijlage A V&V module 1	Is het de bedoeling dat het voorstel voor module 1 dat we maken voor de komende 3 jaar is? Het is niet ondenkbaar dat gedurende de tijd van implementatie dat er aanpassingen nodig zijn. Hoe gaat Menzis om	Uitgangspunt is dat het voorstel voor de modules geldt gedurende de gehele contractperiode, tenzij anders is aangegeven.

		met wijzigingen in beleid en of implementatie waardoor het voorstel bijgestuurd wordt? Welke consequenties kan dit hebben voor de opslag%?	
211	Bijlage A V&V module 1	Wordt de jaarlijkse groei in 2024, 2025 én 2026 en het behaalde resultaat bepaald aan de hand van het vastgestelde aantal in 2023? Graag een toelichting met een voorbeeld.	Een jaar wordt altijd vergeleken met het voorgaande jaar (jaar t ten opzichte van jaar t-1). In 2025 gaat het daardoor om een groei ten opzichte van 2024.
212	Bijlage A V&V module 1	Voorwaarden voor inschrijving module 1 thuis als het kan De groei wordt bepaald aan de hand van het aantal unieke klanten vpt/mpt. VRAAG - Op welk moment wordt dit bepaald? Aan de hand van het aantal unieke klanten met MPT en VPT over heel 2023 of op een bepaalde datum in 2023 of nog anders? En wanneer wordt dit door wie vastgesteld?	Het aantal klanten wordt na de nacalculatie door Menzis Zorgkantoor berekend op basis van het aantal unieke klanten PV/VP in zorg over het gehele jaar. Na vaststelling ontvangt u het resultaat 2023 van ons, zodat u weet wat uw resultaat in 2024 moet zijn om de opslag ook in de nacalculatie toegekend te krijgen.
213	Bijlage A V&V module 1	bijlage a p17. Bijlage A is niet te selecteren in het MERCELL-kader In alinea 4 spreekt u over een verwachte groei in mpt/vpt van 100%. Er zijn opslagen te verdienen met een groei van aanbod in mpt en vpt. Wij vragen ons af hoe u naar ons kijkt als aanbieder: wij hebben onze intramurale plaatsen, die bezet zullen worden met clienten met een zorgvraag die alleen intramuraal te bieden is. Daarnaast vraagt u van ons om te groeien op het gebied van mpt en vpt, terwijl wij in dit inkoopbeleid te maken krijgen met een richttarief dat lager is dan voorgaande jaren en een korting op de Nza tarieven. Dit terwijl in feite van onze organisatie wordt gevraagd groter te worden en meer te gaan doen met minder geld. Hierdoor hebben wij amper tijd om alle ontwikkelingen het hoofd te bieden. Bent u met ons eens dat de module zoals u deze heeft ingericht geen recht doet aan alle uitdagingen waar voor wij voor staan?	Menzis Zorgkantoor is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken.
214	Bijlage A V&V module 1	P.16 bijlage A. Bijlage a is niet te selecteren in het MERCELL-kader. Ik ga er vanuit dat u op deze manier de vraag ook kan beantwoorden. U beschrijft in deze alinea bij de 2e bullet de aansluiting met regiodeals. In onze regio is nog geen sprake van regiodeals waarbij aangesloten kan worden, althans voor zover wij dat kunnen overzien. Bestaan in uw beleving in onze regio's	U kunt hiervoor contact opnemen met uw inkoper.

		dergelijke deals waarbij nu al aangesloten kan worden, zodat ze ook beschreven kunnen worden in de aanpak?	
215	Bijlage A V&V module 1	Vanuit de opdracht om tot administratieve lastenverlichting te komen de vraag of zorginstellingen opnieuw, de nu in deze bijlage opgevraagde, zaken met betrekking tot het project "Thuis als het kan" dienen aan te leveren als betreffende toelichtingen reeds onderdeel uitmaken van transitieprojecten waaraan Menzis Zorgkantoor reeds een akkoord heeft gegeven?	Ja, u dient een voorstel in te dienen, zodat we resultaatafspraken kunnen maken.
216	Bijlage A V&V module 1	p.16 bijlage A. Bijlage A is niet te selecteren in het MER-CELL-kader Vraag 1: Wat bedoelt u met de 'integratie met dagbesteding?' Vraag 2. Wordt hiermee de georganiseerde dagbesteding bedoeld (WMO?) of meer recreatieve activiteiten thuis? Vraag 3. met andere woorden (voor wat vraag 2 betreft): heeft u het over formele of informele zorg? Dus formele dagbesteding als in de wettelijke zin of meer een dagindeling in informele zin. Vraag 4: ook geldt het vraagstuk wat is in het belang van de cliënt. Wanneer een cliënt veel dagbesteding (in formele zin) nodig heeft, dan is het voor die cliënt financieel aantrekkelijker om dit via de WMO te blijven vormgeven en is MPT financieel minder aantrekkelijk. Hoe ziet u dit en hoe ziet u onze rol in het gesprek met cliënt hierover? V Vraag 5. U legt hier een taak bij ons neer waar wij niet voor alleen voor verantwoordelijk zijn. Het is ook uw taak om clienten te wijzen op de mogelijke vormen van zorg, de toegankelijkheid van de zorg en wat het beste is in de specifieke situatie van de cliënt. Bent u dat met ons eens? en hoe gaat u deze zorgplicht vormgeven? En hoe meent u dan dat wij hier invulling aan kunnen geven?	Wij verwachten dat u een integraal aanbod vormgeeft, passend in de wijk, waar formele en informele zorg samenkomt. U bespreekt het zorgaanboed met de klant en weegt met de klant de verschillende belangen af. Menzis Zorgkantoor wil stimuleren dat meer zorg in de vorm van mpt en vpt wordt aangeboden, en verwacht dat zorgaanbieder deze zorgvormen nadrukkelijk bij de klant onder de aandacht brengt. Als de klant met een indicatie voor verblijfszorg aanspraak maakt op verblijf, is de keuzevrijheid van de klant leidend.
217	Bijlage A V&V module 1	en Bijlage A toelichting module p 17. U geeft aan dat u de inschrijving op Module 1 V&V onder meer beoordeelt op het onderwerp: "Omschrijving wat uw voorstel oplevert, zowel voor de klant als de medewerker, onder andere qua toegankelijkheid voor klanten met een minimuminkomen (2 punten)." Er wordt elders nergens gesproken over klanten met een minimuminkomen. Wij hebben hier een aantal vragen over:	Menzis Zorgkantoor ziet toegankelijkheid in relatie tot de toenemende vraag naar langdurige zorg afgezet tegen de beschikbare financiële ruimte om zorg te contracteren. Menzis Zorgkantoor vindt dat ook voor klanten met een laag inkomen passende zorg moet kunnen worden geboden. Ook op klanten met een lager inkomenen met een indicatie voor langdurige zorg, is de zorgplicht van toepassing.

		Vraag 1: Wat bedoelt u met toegankelijkheid voor klanten met een minimum inkomen? Vraag 2: Klopt het dat u, getuige dit onderdeel van de module, onderkent dat MPT/VPT prestaties zijn die vergen dat de thuissituatie enigzins passend georganiseerd is, dat het vaak zo is dat dit niet het geval is bij klanten met een minimum inkomen en dat dit vaak betekent dat voor de betreffende klanten MPT/VPT niet passend is en verblijfszorg moet worden geboden? als u het hier niet mee eens bent, in welke opzichten bent u het er dan niet eens en waarom? Vraag 3: klopt het dat u met dit onderdeel van de module in feite van ons vraagt om klanten die vanwege hun lage inkomen beter uit de voeten kunnen met verblijfszorg toch te 'bewegen' richting MPT/VPT? Als u dat anders ziet, in welk opzicht ziet u dat dan anders? Vraag 4: Wat voor een klant de meest passende keuze is krijgt op deze manier haast een financieel karakter en vraagt financieel advies. Ziet u dit als onze taak? En vindt u het passend (ook binnen het stelstel van de Wlz) dat wij , als zorgaanbieders, in feite de financiele thuissituatie van de klant moeten proberen te beïnvloeden met als doel dat van verblijfszorg kan worden afgezien en met MPT/VPT kan worden volstaan. Als u dat anders ziet, in welk opzicht ziet u dat dan anders? Vraag 5: En ten slotte: legt u zo niet een taak van de gemeente (minimum inkomen) en het CIZ (indiceren) bij ons neer op een manier die niet behoort. Als u dat anders ziet, in welk opzicht ziet u dat dan anders?	
218	Bijlage A V&V module 1	Wat is de reden dat bij module 1 VPT een lagere opslag heeft dan MPT?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt.

219	Bijlage A V&V module 1	Geldt de opslag ook voor de dagbesteding?	Ja, als u daar een plan voor heeft ingediend en de module door Menzis Zorgkantoor wordt toegekend.
220	Bijlage A V&V module 1	en bijlage A, p17. bijlage a is niet te selecteren in het MER-CELL-kader U verwacht in het kader van Module 1 V&V een groei in MPT en VPT en u beschrijft de daaraan gekoppelde opslag. In de stukken schrijft u consequent 'vpt/mpt'. Betekent dit dat de groei gezamenlijk, dus in totaliteit gemeten wordt, of wordt de groei van beide producten afzonderlijk gemeten? Indien apart, hoe werkt dat dan door in het kader van de te maken groeiafspraak en de te behalen groeidoelstelling? Wordt voor beide producten een doelstelling overeengekomen, of voor MPT/VPT als geheel. omdat het van geval tot geval kan verschillen of VPT dan wel MPT meer passend is, zijn wij van mening dat het zou moeten gaan om MPT/VPT als geheel. indien u het voorgaande anders zien, wilt u dan toelichten in welke opzichten u het anders ziet?	De groei voor vpt en de groei voor mpt wordt afzonderlijk gemeten.
221	Bijlage A V&V module 1	Module thuis als het kan. Indien een zorgaanbieder in 2023 geclusterde MPT/VPT gaat bieden, is er een grote groei. Dit zou betekenen dat een zorgaanbieder in 2024 meer moet groeien dan wanneer hij in 2023 geen uitbreiding heeft. Wordt hierin nog rekening gehouden bij de opslagen?	Op basis van demografie is de verwachte jaarlijkse groei in nieuwe klanten 25%. Elke aanbieder kan derhalve voldoende groeien, ook als betreffende aanbieder in 2023 al veel gegroeid is. Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
222	Bijlage A V&V module 1	Module thuis als het kan. Er staat ‘we gaan ervan uit dat technologie een grote rol krijgt in deze doorontwikkeling'. Hoe komt dat tot uiting?	De inzet van technologie is 1 van de aspecten die beoordeeld wordt.
223	Bijlage A V&V module 1	Stel je hebt een groei van meer dan 10% en een 0-meting van minder dan 10 klanten, kom je dan wel in aanmerking voor de opslag?	De opslag is pas geldig als het minimale groeipercentage is behaald met daarbij een minimum van 10 klanten (PV/VP). Bijvoorbeeld: zorgaanbieder A heeft 50 Wlz-klanten in zorg. De groei moet dan minimaal 10 klanten zijn (=20% groei). Zorgaanbieder B heeft 1000 Wlz-klanten in zorg. De groei moet dan minimaal 100 klanten (=10% groei) zijn. Als een aanbieder in 2023 (0-meting) minder dan 10 klanten in zorg heeft, dient de groei in 2024 dus 10 klanten te beslaan.

224	Bijlage A V&V module 1	Als de aanbieder minder groei realiseert dan afgesproken, dan valt de aanbieder terug naar de opslag passend bij het gerealiseerde groeipercentage. Het verschil wordt verrekend in de nacalculatie. Indien de aanbieder meer groei realiseert dan afgesproken, wordt dit dan ook positief in de nacalculatie verrekend?	Nee, het omgekeerde is niet mogelijk.
225	Bijlage A V&V module 1	Wordt voor de module ‘thuis als het kan’ de resultaatverplichting alleen beoordeeld op basis van de absolute groei in het aantal klanten? Op welke wijze staat dit in verhouding tot de ontwikkel(tijd)paden van het MPT en VPT? Gaat de resultaatverplichting ook over de invulling van het inhoudelijk beleid?	Ja, voor de module "Thuis als het kan" telt het resultaat, overmachtssituaties daargelaten.
226	Bijlage A V&V module 1	In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, vallen onder de PV en VP prestaties ook de VP speciaal, PV speciaal, nachtverzorging en nachtverpleging?	Ja, het aantal unieke klanten wordt bepaald op basis van het aantal klanten dat 1 van de PV of VP prestaties afneemt. Dus ook VP en VP speciaal, nachtverzorging en nachtverpleging.
227	Bijlage A V&V module 1	Bij de module ‘thuis als het kan’ staat dat het aantal klanten MPT is gedefinieerd als het aantal unieke klanten MPT (PV, VP prestaties). Betekent dit dat het aantal MPT klanten enkel op basis van de prestaties persoonlijke verzorging en verpleging wordt vastgesteld? In dat geval is het risico dat niet alle cliënten die binnen het MPT vallen worden meegeteld. Het niet meetellen van alle prestaties geeft geen volledig beeld van het aantal MPT want een klant kan er ook voor kiezen om uitsluitend gebruik te maken van (groeps)begeleiding. Is Menzis bereid om dit aan te passen? Zo nee, dan tekenen wij hier bezwaar tegen aan.	Het aantal unieke klanten wordt bepaald op basis van het aantal klanten dat 1 van de PV of VP prestaties afneemt. Dus ook VP en VP speciaal, nachtverzorging en nachtverpleging. (Groeps)begeleiding valt hierbuiten. Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Wij handhaven ons beleid.
228	Bijlage A V&V module 1	In hoeverre kan een zorgaanbieder de 'regie' uitvoeren op clienten die instromen in MPT/VPT om de groei die vooraf wordt afgesproken te behalen?	Menzis Zorgkantoor meent dat het aan de aanbieder is om samen met de klant te bekijken en te beoordelen hoe de indicatie voor langdurige zorg kan worden toegepast, en een mpt of vpt aan te bieden.
229	Bijlage A V&V module 1	Deze module gaat om de groei in aantal cliënten van MPT en VPT. Wat is de reden dat voor de VPT prestaties maximaal 0,4% opslag ontvangen kan worden en bij de MPT prestaties 3,5%?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de

		Kunt u de opslag voor VPT prestaties wijzigen naar hetzelfde percentage als MPT, dus 3,5%?	modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt. Wij handhaven het beleid.
230	Bijlage A V&V module 1	Bijlage A -Toelichting modules. Module 1 Wat verstaat u onder 'vernieuwend' Als wij dit jaar een pilot hebben gedaan en dit het komende jaar willen opschalen om groei te realiseren is dit voor onze organisantie vernieuwend. Wij denken dat het niet de bedoeling kan zijn om dan weer iets anders in gang te zetten zonder dat je de resultaten uit de pilot verder kunt brengen. Interpreteren wij juist dat een vervolg op een pilot past onder uw interpretatie van vernieuwend	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod. In bijlage A staat aangegeven wat de duur is van modules en de daarbij behorende opslagen. In uw aanbod dient u hier rekening mee te houden. Zonder een oordeel te geven ten aanzien van de specifieke pilot, kan het verder uitvoering geven aan een pilot vernieuwend zijn.
231	Bijlage A V&V module 1	Waarom is Menzis van koers veranderd aangaande MPT en VPT. Wat zijn de inhoudelijke argumenten waarom Menzis heeft gekozen voor een hoger percentage in de module MPT dan VPT?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven.
232	Bijlage A V&V module 1	Bijlage A- modules Bij module 1 beschrijft u de noodzakelijke beweging thuis als het kan via mpt en vpt. Hierbij geeft u expliciet aan' We gaan er vanuit dat technologie een grote rol krijgt'in deze doorontwikkeling' U biedt echter geen toeslag voor zorgtechnologie in mpt en vpt in de V&V, overigens wel in de andere sectoren. Waarom niet? Wij zijn van mening dat ook in de V&V aanpassing van zorgprocessen en werkwijze mpt en vpt incl zorgtechnologie plaatsvindt. Bent u bereid alsnog hiervoor een toeslag of andere financiering op ten nemen?	Wij gaan ervanuit dat technologie een grote rol speelt in het langer thuis wonen. De manier waarop u technologie inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan".
233	Bijlage A V&V module 1	Is het de bedoeling dat in het voorstel beschreven wordt, hoe we in de komende 3 jaren de vernieuwende manier groei in	Op basis van demografie is de verwachte jaarlijkse groei in nieuwe klanten 25%. Middels de modules stimuleren wij aanbieders die op een

		VPT/MPT bewerkstelligen? Of is het de bedoeling dat we in het voorstel met name uitgaan van het 1e jaar?	vernieuwende manier deze groei kunnen opvangen. De module wordt in principe voor de volledige looptijd van de overeenkomst afgesproken.
234	Bijlage A V&V module 1	Komt het uitbreiden van bestaande geclusterde woonvormen / capaciteit (die op zichzelf vernieuwend zijn) in aanmerking voor het inschrijven op de module 1, binnen V&V?	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod. Het uitbreiden van bestaande geclusterde woonvormen valt hier niet onder aangezien deze geclusterde woonvormen al tot het huidige zorgaanbod horen. Deze groei wordt via het reguliere tarief vergoed.
235	Bijlage A V&V module 1	VPT in geclusterde vorm wordt beschouwd als intramurale zorg. Welke definitief hanteert het zorgkantoor voor intramurale zorg? VPT (geclusterd/niet-geclusterd) is toch extramurale zorg?	Volledig Pakket Thuis in geclusterde vorm wordt gezien als extramurale zorg. Alleen zorg met verblijf wordt beschouwd als intramurale zorg.
236	Bijlage A V&V module 1	Als voorwaarde voor leveren VPT wordt gesteld dat aanbieder het volledige pakket zelf biedt en anders als MPT aanbiedt. Waarom mogen onder VPT bepaalde diensten (bv wassen, maaltijden) niet in onderaanneming of in samenwerking met andere partij(en) uitgevoerd worden?	In de Wet langdurige zorg is bepaald dat een vpt door of onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder geleverd wordt. Als een zorgaanbieder er voor kiest om een gedeelte van de zorg door een onderaannemer te laten uitvoeren dan is de gecontracteerde zorgaanbieder daarvoor verantwoordelijk en gebonden aan de vereisten die Menzis Zorgkantoor stelt aan onderaanneming.
237	Bijlage A V&V module 1	Waarom is de opslag voor VPT aanzienlijk minder als voor MPT? Wil het zorgkantoor de groei van MPT stimuleren en niet die van VPT?	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis onder andere gekozen voor een hogere opslag voor mpt omdat Menzis op grond van de uitgangspunten zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2. onder 2. "thuis als het kan", de grootste groei hoopt te bereiken in mpt. Ook de groei van vpt wordt middels de module beloond.
238	Bijlage A V&V module 1	In het voorstel moet een geschetste beweging staan voor de groei MPT/VPT. Wij verwachten met name de groei te	Ja, dat is voldoende.

		maken in VPT als startende VPT aanbieder. Is het voldoende om dan geschetste beweging in de VPT in het voorstel te zetten?	
239	Bijlage A V&V module 1	blz 17 Wordt het aantal cliënten berekend op het gemiddelde van het aantal cliënten op jaarbasis of is het gebaseerd op het aantal unieke cliënten in zorg over het gehele jaar?	Het aantal klanten wordt berekend op basis van het aantal unieke klanten PV/VP in zorg over het gehele jaar.
240	Bijlage A V&V module 1	blz 17 Moet je ieder jaar exact binnen de marges blijven of wordt naar de gemiddelde stijging over de loopduur gekeken?	Wij nemen aan dat uw vraag betrekking heeft op de module "Thuis als het kan". De resultaatverplichting en bijbehorende afrekening geldt per jaar, overmachtssituaties daargelaten.
241	Bijlage A V&V module 1	blz 16 Om in aanmerking te komen voor een opslag dient u een voorstel in waarmee u op een voor u vernieuwende manier groei in vpt/mpt bewerkstelligt. Wat wordt bedoeld met een vernieuwende manier?	Het woord vernieuwend in het beoordelingskader in paragraaf 4.1 houdt in: de oude situatie vervangend. Let wel op in welke context het woord vernieuwend wordt gebruikt. Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' gaat over uw organisatie/zorgaanbod.
242	Bijlage A V&V module 1	Als voorwaarde voor het leveren van vpt en om aanmerking te komen voor een opslag wordt gesteld dat het volledige pakket door de zorgaanbieder zelf geleverd wordt. Wij nemen aan dat dat niet van toepassing is voor de verblijfsfuncties (zoals schoonmaak, voeding e.d.). Klopt dit?	Het volledige vpt, dus alle vormen van zorg die daaronder vallen, worden verleend door of onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder kiest om te werken met onderaannemers dan moeten de eisen die Menzis Zorgkantoor daaraan stelt in acht worden genomen.
243	Bijlage A V&V module 1	In de bijlage staat in de tabel op pagina 17: jaarlijkse groei aantal klanten vpt/mpt (PV en VP) ten opzichte van aantal klanten vpt/mpt (PV en VP in 2023 met een minimum va 10 klanten." Geldt in 2025 en verder nog steeds de stijging t.o.v. 2023? Of wordt het jaar van de de 0-meting jaarlijks aangepast?	Een jaar wordt altijd vergeleken met het voorgaande jaar (jaar t ten opzichte van jaar t-1) In 2025 gaat het derhalve om een groei ten opzichte van 2024.
244	Bijlage A V&V module 1	Wij kunnen niet instemmen met een hogere opslag mpt versus vpt binnen de module "Thuis als het kan" om reden dat binnen het product vpt het volledige pakket, als voorwaarde vanuit het Menzis Zorgkantoor beleid, door de zorginstelling geheel zelfstandig dient te worden geleverd. Deze uitgebreide inspanning / investering kan niet gedekt worden vanuit de nu voor-gestelde opslag van maximaal 0,4% bovenop het basisrichttarief. Wij vragen Menzis Zorgkantoor om de opslag mpt en vpt gelijk te stellen op 3,5% om hiermee de beoogde transitie naar deze leveringsvorm - direct gerelateerd aan de clientbehoefte - daadwerkelijk mogelijk te maken.	Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis Zorgkantoor een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis Zorgkantoor zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht. Bij het bepalen van de hoogte van het opslagpercentage spelen verschillende factoren een rol. In dit geval heeft Menzis Zorgkantoor onder andere gekozen voor een

			hogere opslag voor mpt, omdat Menzis Zorgkantoor op grond van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in paragraaf 1.2.2 onder 2. Thuis als het kan, de grootste groei hoopt te bereiken in mpt. Wij handhaven ons beleid.
245	Bijlage A V&V module 2	Een opslag van 0,1% of 0,2% is voor relatief kleine zorgaanbieders te weinig om digitalisering in de WLZ grootschalig uit te rollen. Wanneer dit een meerjarig traject wordt, wordt hier dan ook rekening mee gehouden in de beoordeling? Zo ja, hoe dan?	U dient in uw voorstel onder meer een toelichting op te nemen welke bewezen innovaties en technologieën u de komende jaren invoert, wat daarvoor nodig is en op welke termijn u ze invoert. Beoordeling is afhankelijk van de context. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend omdat daarmee elke mate van innovatievieit/creativiteit van zorganbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt. Tot slot merkt Menzis Zorkantoor op dat de opslagen voor de modules in beginsel gelden gedurende de gehele looptijd van de overeenkomst, tenzij anders is aangegeven. In zoverre wordt rekening gehouden met het feit dat het een meerjarig traject is: de opslagen zijn ook meerjarig.
246	Bijlage A V&V module 2	1. Kunnen de plannen in de loop van de overeenkomst ingediend worden, in afwachting van de toekomstige lijst van bewezen technologieën? blz 19: Wat is de URL van het (toekomstige) Nationaal Platform Digitale Zorgtransformatie? Als deze site nog niet gereed is wanneer is deze dan gereed zodat we tijdig naar voorbeelden kunnen kijken?	Ja, als u zich niet voor 2024 inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026. Menzis Zorgkantoor verwacht uiterlijk 31 december 2023 een lijst beschikbaar te stellen. Het is een dynamische lijst. Dit betekent dat wij succesvolle initiatieven die onderdeel zullen zijn van de lijst voor 31 december al zullen delen. Ook na 31 december blijven we de lijst aanvullen. We stellen voor elke sector een lijst met succesvolle initiatieven beschikbaar. Daarnaast is Menzis Zorgkantoor actief betrokken bij het Kenniscentrum digitale zorg.
247	Bijlage A V&V module 2	Bijlage A, pg 18 en 19. Module 2. Op pg 18 licht Menzis toe dat module 2 zich richt op inzet van digitale zorg in de intramurale zorg en de technologie die daarvoor nodig is. Onder de voorwaarden en manier van inschrijven (pg 19) verwijst Menzis naar het (toekomstige)Nationaal Platform Digitale Zorgtransformatie. In de Visie op duurzame toegang tot langdurige zorg van ZN wordt hiernaar op pg 26 ook verwezen. Daarbij staat op diezelfde bladzijde dat dit Platform zich niet zal beperken tot digitale innovaties, maar ook bewezen zorginnovaties opneemt. In de visie van ZN is namelijk eerder op pg 25 uitgelegd dat bij innovatie nu vaak het zwaartepunt ligt op technologische innovaties, maar dat ZN ook bewezen sociale en organisatorische innovaties wil opschalen. Waarbij gedacht kan worden aan andere processen, samenstellingen of werkwijzen, een efficiënter zorgproces of het intensiveren	Sociale en organisatorische innovaties, zoals beschreven in 5.1 van de landelijke visie, kunnen onderdeel zijn van de module "digitaal als het kan", voor zover overigens voldaan wordt aan de voorwaarden van de module "digitaal als het kan". Het moet daarbij daadwerkelijk gaan om een innovatie in het leveren van zorg. Een organisatiewijziging/ reorganisatie/andere besturingsfilosofie valt hier niet onder. Het beleid wordt hierop aangepast

		van het netwerk van de cliënt. “Het uitgangspunt waaraan innovaties getoetst worden, is in hoeverre deze bijdragen aan de transformatie van het zorglandschap op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Hierbij is ook het aspect van arbeidsbesparing relevant. Vooral toegankelijkheid is een belangrijk speerpunt en ook het cliëntperspectief wordt meegenomen.” Dan nu de vraag: Onder voorwaarden en manier van inschrijven staat dat de inzet van digitale middelen in de zorg zich moet richten op bewezen innovaties en technologieën – en zoals gezegd verwijst Menzis naar het (toekomstige) Nationaal Platform Digitale Zorgtransformatie. Er vanuit gaande dat Menzis het regionale inkoopbeleid baseert op de landelijke visie waaraan alle zorgkantoren zich hebben gecommitteerd (zie inleiding regionaal inkoopbeleid, vragen we de bevestiging dat ook voorstellen voor sociale en organisatorische innovaties in aanmerking komen een opslag en beoordeeld worden op basis van de aspecten zoals beschreven op pg 19. Als Menzis dit niet bevestigt, dan verwachten we een inhoudelijke toelichting hoe Menzis uitvoering geeft aan de visie van ZN op innovatie (5.1. van de visie pg 25 – 27).	
248	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat wij dienen aan te geven ‘wanneer wij de bewezen technologie gaan inzetten’, als onderdeel van de eisen voor het voorstel. - Vraag: Is het voldoende om dit in een grove planning te weergeven?	Ja, dat is voldoende, als maar duidelijk is welk resultaat er in het jaar gehaald gaat worden.
249	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat er opslag verkregen kan worden voor het invoeren van bewezen technologieën en innovaties. Vraag: Betekent dit dat wij voor elke afzonderlijke technologie die wij willen gaan implementeren 0,2% opslag kunnen krijgen en er dus sprake is van een stapel effect (3 technologieën betekent 0,2% + 0,2% + 0,2%)?	Nee, er is 1 totaal opslag van 0,2% beschikbaar voor de module "digitaal als het kan"
250	Bijlage A V&V module 2	Met de uitrol van technologie gaan grote investeringen gepaard. Denk hierbij aan een goede basis infrastructuur, de aanschaf van de technologische toepassingen zelf en de implementatiekosten. De toeslag van 0,2% is relatief laag gezien de investeringskosten. - Vraag: Is Menzis Zorgkantoor bereid de opslag voor deze module te verhogen of op een andere manier tegemoet te komen aan deze investeringskosten?	De vraag is gekoppeld aan bijlage 7, maar lijkt betrekking te hebben op de modules. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken in combinatie met de investeringsruimte die via de reguliere tarieven geborgd is.

251	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat de opslag geldt voor alle ZZP-prestaties. - Vraag: Betekent dit concreet dat de opslag wordt doorberekend in de tarieven voor alle ZZP V&V prestaties (ZZP 4 t/m ZZP 10)?	Wij gaan ervanuit dat uw vraag gaat over de module "digitaal als het kan" of de module "passend zorgaanbod". Bij deze modules wordt de opslag doorberekend op alle verblijfsprestaties.
252	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat de module zich richt op het invoeren van bewezen innovaties en technologieën. - Vraag: Valt de implementatie van de basisinfrastructuur, zoals een goed werkend wifi netwerk en een platform zoals IQ-messenger, beide van wezenlijk belang om uiteindelijk bewezen innovaties en technologieën breed uit te kunnen rollen en te kunnen borgen binnen de organisatie, ook onder deze module?	Dat is afhankelijk van de context van de organisatie en het totale voorstel dat wordt ingediend.
253	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat de module zich richt op het invoeren van bewezen innovaties en technologieën. - Vraag: Valt de uitvoering van een pilot project met een bewezen technologie ook onder deze module?	Bij sommige modules staat expliciet opgenomen dat het om 'een voor u vernieuwende manier' moet gaan (zie bijvoorbeeld module 1 bij de V&V). Dit betekent dat in die gevallen het begrip 'vernieuwend' betrekking heeft op uw organisatie/zorgaanbod. In bijlage A staat aangegeven wat de duur is van modules en de daarbij behorende opslagen. In uw aanbod dient u hier rekening mee te houden. Zonder een oordeel te geven ten aanzien van de specifieke pilot, kan het verder uitvoering geven aan een pilot vernieuwend zijn.
254	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat de volgende onderdelen, onderdeel moeten uitmaken van het voorstel: ‘op welke locaties wij de technologie gaan toepassen’ en ‘voor hoeveel klanten wij de technologie inzetten’. - Vraag: Wij hebben goed voor ogen welke innovaties wij de komende jaren willen inzetten. Wij moeten echter nog bepalen op welke locatie wij precies willen starten met welke innovatie. Het is niet wenselijk en niet mogelijk dit voor de komende drie jaar nu al vast te leggen. Daarnaast is de werkwijze dat wij klein beginnen en bij succes de pilot verbreden. Wij vragen u deze eisen te schrappen als onderdeel van het voorstel.	U kunt deze toelichting opnemen in uw voorstel. Wij schrappen de bepaling niet.
255	Bijlage A V&V module 2	De inzet richt zich op het invoeren van bewezen innovaties en technologieën. Wat moet het doel zijn van bewezen effectief?	Invoering van bewezen technologie leidt naar de mening van Menzis Zorgkantoor tot meer kwaliteit en meer effectiviteit in de zorgverlening.
256	Bijlage A V&V module 2	Module 2: - uit de beschrijving blijkt dat het voorstel heel concreet en op detailniveau geschreven moet worden. Waarom is gekozen voor deze mate van detaillering?	Het aanbod op de modules moet wel voldoende concreet en gedetailleerd zijn, wil Menzis Zorgkantoor hier zorgaanbieders aan kunnen houden. Een algemeen/vaag aanbod is vanuit inkoop-/contractmanagement niet optimaal.

257	Bijlage A V&V module 2	Module 2: - de kosten voor het schrijven van het voorstel lijken niet op te wegen tegen de baten gezien het % opslag. Dit is niet motiverend. Wat is uw zienswijze op hierop? Graag een toelichting.	Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor deze modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Indien een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
258	Bijlage A V&V module 2	In de voetnoot op pagina 19 staat dat inzetten van technologie via mpt wordt gefinancierd door de beleidsregel thuiszorgtechnologie. Deze beleidsregel valt onder de ZVW wijkverpleging. Hiervoor is een afspraak met de 10 zorgverzekeraars nodig om dit te mogen declareren. Bovendien richt de zorgtechnologie binnen de ZWV (ook per verzekeraar anders) zich primair op beeldschermzorg en inzet van medicatiedispencers. Bovenstaande is onrechtmatig en daarom maken we bezwaar tegen het verwijzen naar de ZVW en daarmee niet meenemen van financiering van inzet zorgtechnologie in de WLZ voor de mpt. VRAGEN - wat is de reden om dit op te nemen binnen de WLZ? Als Menzis wil dat de zorgaanbieder meer MPT gaat leveren, dan is het ook logisch dat dit vanuit de WLZ wordt gefinancierd. - als een zorgaanbieder geen afspraak kan krijgen met de zorgverzekeraars over inzet van zorgtechnologie in de ZVW wijkverpleging, hoe kunnen we toch gelden krijgen binnen de WLZ voor mpt?	Op pagina 19 wordt gesproken over de beleidsregel waarin Wlz- prestaties zijn opgenomen. Het gaat hier niet om Zvw-prestaties.
259	Bijlage A V&V module 2	en bijlage a p18-19. bijlage a is niet te selecteren Ten aanzien van Module 2 V&V schrijft u: "Bij intramurale zorg moet de technologie bekostigd worden uit de vergoeding voor een verpleeghuisdag en daar zien we de uitrol dan ook stagneren. Zorgaanbieders doen pilots, maar het omzetten naar grootschalige inzet kent vele hobbels" Vervolgens schrijft u: "door de module digitaal als het kan stimuleren we dat u grootschalig uitrolt/ontwikkeld door een opslag op het tarief voor de verblijfprestaties". Wij kunnen uw gedachtegang niet helemaal volgen. We worden dubbel gekort op de tarieven, zowel in de totaal tarieven van de NZA als in uw richtprijstarief. De opslag van 0.2% komt niet in de buurt van	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Als een

		het opvangen van deze tekorten, maar u noemt het stimuleren. Kunt u ons uitleggen waar precies de stimulans zit? Wij menen dat u slechts kunt vragen dat zorgaanbieders iets 'grootschalig uitrollen/ontwikkelen' als de opslag daarvoor dekkend is. Bent u bereid de opslag zodanig op te hogen dat deze dekkend is voor de extra inspanningen en prestaties die u met deze Module van ons vraagt? Zo niet, waarom niet?	zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
260	Bijlage A V&V module 2	Welke ontwikkeling wilt u zien bij module 2 digitaal als het kan bij de VVT? Blijft de opslag gedurende de looptijd wel altijd van toepassing?	Met deze module willen we de grootschalige inzet van digitale zorg op intramurale locaties stimuleren. De module geldt voor de resterende looptijd van het inkoopbeleid, oftewel tot het einde van de overeenkomst.
261	Bijlage A V&V module 2	U schrijft, zorgaanbieders doen pilots, maar het omzetten naar grootschalige inzet kent vele hobbels. Menzis stelt daarmee dat zorgorganisaties vaak er niet toe komen om de pilot technologie structureel in te bedden in de organisatie. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, op basis waarvan stelt u deze conclusie? Want deze moet uit het verpleegdag tarief komen. Daarom kan er een opslag op het tarief. Maar het basis tarief is eerst verlaagd en daarna volgt er een beperkte opslag. Wij maken hiertegen bezwaar. Kunt u aangeven welke motivatie hieraan ten grondslag ligt?	Menzis is van mening dat niet in algemene zin gesteld kan worden dat het tarief daalt. De hoogte van het tarief is immers afhankelijk van diverse aspecten waaronder het eerdere contracteringspercentage, de inschrijving, de waardering van het aanbod op de modules en een eventueel succesvol beroep op de hardheidsclausule. Menzis Zorgkantoor meent dat de tarieven en de wijze waarop er in het tarief gedifferentieerd kan worden goed onderbouwd is. Zo is er in de onderbouwing van de richttariefpercentages onder meer gekeken naar een niveau waarbij het tarief (exclusief eventuele opslagen) voor 75% kostendekkend is. De tarieven bieden in de optiek van Menzis Zorgkantoor voldoende financiële zekerheid, waarbij uiteraard ook een prikkel aanwezig moet zijn voor zorgaanbieders om doelmatig(er) te werken. Zorgaanbieders die in aanmerking komen voor modules staat het vrij om op deze modules in te schrijven (dit is geen verplichting). Als een zorgaanbieder van oordeel is dat de opslagen de te maken kosten niet dekken, dan kunnen zorgaanbieders er dus voor kiezen om geen aanbod in te dienen op de betreffende module. Menzis Zorgkantoor meent echter dat de opslagen voor deze module het wel degelijk interessant maken om de module aan te bieden. Iedere zorgaanbieder dient hierin zijn eigen afwegingen te maken.
262	Bijlage A V&V module 2	Bijlage A - modules U geeft een opslagpercentage voor groei van pvt en mpt gebaseerd op het gerealiseerde groeipercentage. Bent u bereid om de groei in klanten mpt en vpt die wij in Q3 en Q4 of enkel Q4 realiseren ook mee te rekenen in het groei percentage 2024? Anders loont het voor zorgaanbieders om juist te wachten met realiseren mpt en vpt tot 2024	Nee, wij berekenen het aantal unieke klanten op basis van een kalenderjaar. Op basis van demografie is de verwachte jaarlijkse groei in nieuwe klanten 25%. Elke aanbieder kan derhalve voldoende groeien, ook als betreffende aanbieder in 2023 al veel gegroeid is. Menzis Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten in te kopen en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. In ons regionaal inkoopbeleid 2024-2026 zetten we in op de landelijk afgesproken bewegingen in de langdurige zorg voor V&V en GGZ, en de kanslijnen voor GZ. De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk

			opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
263	Bijlage A V&V module 2	Er wordt gesteld dat deze module bedoeld is voor intramuraal; wordt hier ook geclusterde VPT mee bedoeld?	Nee, voor geclusterd vpt is alleen de V&V module 1 van toepassing.
264	Bijlage A V&V module 2	Waarom is deze module beperkt tot intramuraal. Voor extramurale zorg gelden dezelfde 'hobbels'. Wij maken bezwaar tegen het beperken van deze module voor intramuraal en de uitsluiting voor extramurale wlz.	Wij gaan ervanuit dat uw vraag betrekking heeft op de module "digitaal als het kan". Wij gaan ervan uit dat technologie een grote rol speelt in het langer thuis wonen. De manier waarop u technologie inzet is onderdeel van het plan voor module 1 en daarmee integraal onderdeel van de opslag voor de module "thuis als het kan".
265	Bijlage A V&V module 2	U geeft aan dat bij een score 6 en 7 er een opslag komt van 0,1% en bij 8 of hoger 0,2%. Waarom niet 0,2% bij een voorstel met een voldoende, dus vanaf een score 6?	De modules zijn bedoeld om zorgaanbieders te stimuleren een aantoonbare extra bijdrage te leveren om de bewegingen en doelen te realiseren. Daarbij heeft Menzis een discretionaire bevoegdheid op welke wijze zij de modules wenst in te richten en met welk opslagpercentage Menzis zorgaanbieders extra wil belonen die op de modules inschrijven. Inschrijven op de modules is overigens niet verplicht.
266	Bijlage A V&V module 2	Is het mogelijk bij een voorstel welke onvoldoende scoort voor 2024, voor de jaren 2025 en 2026 een ander voorstel in te dienen om voor die jaren dan wel de opslag voor deze module te ontvangen?	Ja, dat is mogelijk.
267	Bijlage A V&V module 2	Wanneer de 1e beoordeling van ons voorstel een score geeft wat niet een minimum heeft van een score 8. Dus ons niet de volledige opslag geeft. Is er dan nog een mogelijkheid om ons voorstel te verbeteren naar minimaal een 8? Kan dat dan nog voor de gunningsbeslissing voor het jaar 2024?	Zoals beschreven in paragraaf 2.4.2. stelt Menzis op basis van de beoordeling, een eventueel gevraagde toelichting of gesprek, eventueel gevolgd door aanpassing van het voorstel, de procentuele opslag. De beoordelingssystematiek van de modules staat beschreven in Hoofdstuk 4. Een gevraagde toelichting of gesprek kan plaatsvinden op initiatief van Menzis Zorgkantoor, maar wij zijn hiertoe niet verplicht. Het resultaat van de beoordeling van de inschrijving/voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht in de voorlopige gunningsbeslissing. De gemaakte beslissingen zullen hierbij gemotiveerd worden. Het is niet mogelijk om op grond van de uitkomst van onze beoordeling uw voorstel te verbeteren. Niet voor 2024 en ook niet voor de jaren daarna. Wel kunt u opnieuw inschrijven voor een module als er geen opslag wordt toegekend.
268	Bijlage A V&V module 2	De ingediende voorstellen die worden beoordeeld met een 6 of een 7 krijgen een opslag van 0,1% en voorstellen die een 8, 9 of 10 scoren krijgen een opslag van 0,2%. Bij een onvoldoende ontvangt men geen opslag. Wat als dit ongunstig uitpakt en met een 6 of 7 de opslag slechts 0,1% of in het ergste geval geen punten krijgen toegekend en geen opslag ontvangen. In hoeverre worden we hiervoor aansprakelijk gesteld in een contractering voor minimaal drie jaar indien we de beoogde veranderingsopgave niet kunnen financieren?	Zoals vermeld in paragraaf 4.1 van ons Regionaal inkoopbeleid geldt dat als uw voorstel is beoordeeld met een cijfer van 1 tot en met 5 dan wordt de module niet afgenomen en hoeft u de module niet aan te bieden. Wanneer het voorstel is beoordeeld met een 6 of hoger, dan bent u wel veplicht de module aan te bieden.

269	Bijlage A V&V module 3	1. wij hebben veel Parkinson cliënten, niet geclusterd bij ons wonen. Ook hebben wij gespecialiseerde behandelaren voor Parkinson. Via Dagcentra en individueel thuis (via AGT) begeleiden we Parkinson clienten. Dat gebeurt dus ook in groepsverband specifiek op een dagcentrum. In feite ontwikkelen we gestadig de hele keten. Is de verplichting dat het een groep moet zijn intramuraal? Is het voldoende als de groepsverband op het dagcentrum wordt geboden?	Om voor de opslag in aanmerking te komen gaat het om een groep van minimaal 6 klanten die intramuraal wonen. Het is niet voldoende om de zorg in groepsverband op het dagcentrum aan extramurale klanten aan te bieden
270	Bijlage A V&V module 3	3. Als in de loop van de overeenkomst cliënten Parkinson gecentreerd worden, kan bij aanvang overeenkomst het plan al als zodanig worden aangeleverd?	Nee, dit is niet mogelijk. Inschrijven voor een module vindt plaats per kalenderjaar. Als u zich niet voor 2024 voor een module inschrijft, dan kunt u zich volgend jaar (in juli 2024) alsnog voor 2025 en verder inschrijven. Hetzelfde proces geldt daarna voor inschrijving voor een module in 2026
271	Bijlage A V&V module 3	U schrijft bij doelgroepen: 'LVHC-doelgroepen, voor zover dit niet via de landelijke bekostiging gaat'. Betekent dit dat zodra een doelgroep binnen de LVHC via de landelijke bekostiging verloopt, de opslag via de module voor de aanbieder tijdens de looptijd van deze overeenkomst daarmee komt te vervallen?	Ja, dat klopt, behalve als uw voorstel meerdere doelgroepen beslaat. Inmiddels is bekend dat voor de LVHC groepen Korsakov, Huntington en LBS per 1-1-2024 landselijke bekostiging komt. Wij vermelden dit ook in het (aangepaste) regionale beleid en in Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden.
272	Bijlage A V&V module 3	U benoemt enkele doelgroepen waaraan de aanbieder specialistische zorg biedt om in aanmerkingen te komen voor deze module: - Vraag: Waarom maakt het aanbieden van crisiszorg geen onderdeel uit van deze lijst?	Menzis Zorgkantoor heeft in elke regio afspraken gemaakt over het aantal crisisbedden VV bij een aantal systeem-zorgaanbieders. Het aanbieden van crisiszorg staat los van een doelgroep. In elke doelgroep kan een crisis ontstaan. De inkoop van crisisbedden is geen onderdeel van dit inkoopbeleid.
273	Bijlage A V&V module 3	Waar staat de afkoring LVHC voor?	LVHC staat voor Laag Volume Hoog Complex.
274	Bijlage A V&V module 3	U benoemt enkele doelgroepen waaraan de aanbieder specialistische zorg biedt om in aanmerkingen te komen voor deze module: - Vraag: Hoe is Menzis Zorgkantoor tot deze selectie gekomen?	Menzis Zorgkantoor verstaat onder specialistische doelgroepen de klanten waarvoor een specialistische zorg en beandeldienst nodig is. Voor het Regionaal inkoopbeleid 2024 en verder is opnieuw gekeken naar de doelgroepen en hebben wij enkele aanpassingen doorgevoerd op basis van de verder te ontwikkelen Laag Volume Hoog Complex doelgroepen.
275	Bijlage A V&V module 3	Geldt_bij module 3 voor alle doelgroepen dat deze uit minimaal 6 klanten moet bestaan?	Ja, dit geldt voor alle doelgroepen.
276	Bijlage A V&V module 3	Mag voor Module 3 passend aanbod voor complexe doelgroepen een voorstel per doelgroep van maximaal vier A4-tjes worden ingediend? Of moet er één voorstel van maximaal vier A4-tjes met één of meer doelgroepen worden ingediend?	Wij verwachten dat er 1 voorstel van maximaal 4 A4 wordt ingediend waarin alle doelgroepen van de aanbieder naar voren komen.

		Dezelfde vraag voor de LVHC-doelgroepen Mag voor de LVHC-doelgroepen een voorstel per doelgroep van maximaal vier A4-tjes worden ingediend? Of moet er één voorstel van maximaal vier A4-tjes met één of meer doelgroepen worden ingediend?	
277	Bijlage A V&V module 3	Samenwerking in de regio is een onderwerp dat onder andere in het voorstel moet terugkomen. Hierin zien wij een mogelijke overlap met de regionale initiatieven, waar ook financiering vanuit andere subsidiepotjes mogelijk is. VRAAG - Is Menzis het eens met bovenstaande? Zo nee, waarom niet? - Waarom moet dit een onderdeel zijn van dit voorstel? Graag een toelichting. - Graag een toelichting en onderbouwing van de gekozen tariefpercentages.	Er zijn meer organisaties die regionale samenwerking pogen te bewerkstelligen. Menzis Zorgkantoor juicht dit toe. Regionale samenwerking conform het beleid van Menzis Zorgkantoor tot een versnelling van de transitie in de regio. Dat zou ook de onderbouwing zijn van het voorstel van de zorgaanbieder. Bij de onderbouwig van het tariefpercentage en de opslagem, heeft Menzis zich laten leiden door de noodzaak van de verandering en de financiele ruimte in tarieven en contracteerruimte.
278	Bijlage A V&V module 3	Module 3: gelden de opslagen voor alle ZZP prestaties binnen verblijfszorg? Of alleen voor de specifieke doelgroep?	De opslagen gelden voor alle ZZP-prestaties binnen verblijfszorg.
279	Bijlage A V&V module 3	en bijlage A. bijlage A is niet te selecteren. In de eerdere honoreringslijst was ook gerontopsychiatrie als complexe doelgroep opgenomen. Waarom is dat nu niet opgenomen? Bent u bereid deze doelgroep alsnog toe te voegen?	Er zijn 10 LVHC (Laag Volume Hoog complex) doelgroepen en Gerontopsychiatrie valt hieronder, daarom is deze doelgroep niet meegenomen in deze module. Deze doelgroep wordt niet toegevoegd.
280	Bijlage A V&V module 3	In hoeverre wordt er in de beoordeling van de plannen onder Module 3 ‘passend aanbod voor complexe doelgroepen’ rekening gehouden met het aantal complexe doelgroepen dat er wordt bediend? Wanneer komt een aanbieder in aanmerking voor het maximum opslagpercentage? Lidmaatschappen voor (landelijke kennis)verenigingen zijn erg duur en vereisen veel overleg- en ontwikkeltijd in de regio en landelijk. Bovendien vraagt het van een aanbieder veel scholingstijd om specialistische expertise te ontwikkelen. In het kader van de behoorlijk lagere tariefpercentages en het feit dat de opslag zich niet lijkt te verhouden tot het aantal complexe doelgroepen dat wordt bediend, lijkt dit een prikkel om aanbieders zich te laten focussen op slechts 1 specialistische doelgroep. Indien er niet meer duidelijkheid komt over de hoogte en verdeling van het opslagpercentage in het geval een	Het aantal complexe doelgroepen wordt meegewogen onder het aspect "beschrijving van de doepgroep". Meerdere doelgroepen leidt tot een hoger aantal punten op dit aspect.

		aanbieder meerdere complexe doelgroepen bedient, maken wij bezwaar.	
281	Bijlage A V&V module 3	Onder module 3 ‘passend aanbod voor complexe doelgroepen’ lijkt Menzis zorgkantoor zich alleen te richten op passend aanbod binnen de verblijfszorg. Dit terwijl een grote groep van bijvoorbeeld jonge mensen met dementie of mensen met morbide obesitas liever zo lang mogelijk zorg thuis ontvangt en juist dit ook een specifieke expertise vraagt. Is Menzis zorgkantoor bereid om ook passend aanbod zonder verblijfscomponent te stimuleren onder deze module door ook binnen het VPT of MPT een passende opslag toe te kennen voor specialistisch aanbod voor dergelijke doelgroepen? Zo niet dan teken we daar bezwaar tegen aan.	Het vormgeven van een passend aanbod in de thuissituatie valt onder module 1 "thuis als het kan" en niet onder module 3.
282	Bijlage A V&V module 3	Welke doelgroepen vallen onder LVHC, en kunt u de eisen nader specificeren waaraan voldaan moet worden benoemen om een opslag hiervoor te krijgen?	Er zijn 10 LVHC doelgroepen: Ziekte van Huntington / Syndroom van Korsakov/ Langdurige bewustzijnsstoornis/ Kinderen_jongeren met NAH / Multiple Sclerose / Gerontopsychiatrie / Dementie met zeer ernstige gedragsproblemen/ Licht verstandelijke beperking met bijkomende problematiek / Matige of ernstige verstandelijke beperking met zeer ernstige gedragsproblematiek / NAH met bijkomende problematiek. In bijlage A is beschreven wat de modules inhouden en wat u moet doen om hiervoor in aanmerking te komen. In paragraaf 4.1 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026 staat omschreven op welke aspecten en op welke wijze de voorstellen door de beoordelingscommissie beoordeeld worden. Ieder lid beoordeelt de aspecten van het voorstel op basis van de genoemde criteria genoemd in paragraaf 4.1 en kent per aspect punten toe die bij elkaar opgeteld worden. Vervolgens stelt de beoordelingscommissie in consensus het uiteindelijke totaal aantal punten vast. Het is niet aan Menzis Zorgkantoor om op voorhand voor te schrijven wanneer het maximaal aantal punten wordt toegekend, omdat daarmee elke mate van innovatievieit/creativiteit van zorgaanbieders in de voorstellen verloren gaat en het opstellen van het voorstel 'slechts' een invuloefening wordt.
283	Bijlage A V&V module 3	Complexe doelgroepen: Waarom moeten het groepen van minimaal 6 cliënten zijn? Het heeft niet altijd meerwaarde om de doelgroepen groepsgewijs op te nemen (bv parkinson)? Kan hierover een toelichting gegeven worden?	Een complexe doelgroep vraagt gespecialiseerde dagelijkse zorg. Om de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde medewerkers efficiënt in te kunnen zetten, is een groepsaanbod noodzakelijk. Het staat u vrij om klanten niet groepsgewijs op te nemen. U kunt zich dan echter niet inschrijven op een module.
284	Bijlage A V&V module 3	3. Pagina 17: Minimaal aantal klanten in groei is 10. Dit is niet in verhouding tussen een grotere en kleinere zorginstelling. Waarom is het minimum vastgesteld op 10 cliënten en is hierin rekening gehouden met de verschillen tussen grote en kleinere instellingen? En zo nee, waarom niet?	Het gaat om een substantiele groei. Voor een aanbieder die start met vpt of mpt is 10 klanten al een substantieel aantal. Voor grotere aanbieders wordt er naar het groeipercentage gekeken.

285	Bijlage A V&V module 3	Waarom wordt de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van zorg waar een inkomenstoets noodzakelijk is, belegd bij de zorgaanbieder?	Menzis Zorgkantoor stelt vast dat de Wet langdurige zorg voor alle inkomensgroepen - met een indicatie voor Wlz zorg - toegankelijk is.
286	Bijlage B	(Bijlage B Regionaal beleid Menzis Zorgkantoor transitiemiddelen 2024-2026, pagina 3) Welke eisen stelt Menzis aan regionale samenwerking?	We schrijven de invulling van regionale samenwerking niet voor en stellen hier geen specifieke eisen aan.
287	Bijlage B	Subsidie voor transitiemiddelen vanuit Menzis is alleen als je intramurale zorg levert of is het ook mogelijk bij extramurale zorg? Als je thuiszorg levert ook dus mogelijk?	Ook als aanbieder voor zorg thuis kunt u aanspraak maken op transitiemiddelen.
288	Bijlage B	Op pagina 5 schrijft u: “We gaan ervan uit dat plannen die zijn toegekend uit de transitiemiddelen 2022 en 2023 eind 2023 uitgevoerd zijn en dat deze niet doorschuiven naar 2024 en verder.” Wij hebben plannen (bijv. VPT in de wijk) in gezamenlijkheid met andere organisaties in de regio. Dergelijke plannen die een grote impact hebben op cliënten, medewerkers en bedrijfsvoering, kunnen niet in korte tijd uitgevoerd worden. Wij kunnen, bijvoorbeeld voor het plan VPT thuis, aparte VPT teams inrichten en twee pilots pas na de zomer van 2023 starten omdat de impact van wisselingen in bestaande teams (zowel wijk als woon), in vakantietijd heel groot is. Dat zou onverantwoord zijn om vóór de zomerperiode te doen. Wij vinden het veel te kort door de bocht dat u ervan uitgaat dat die plannen eind 2023 volledig uitgevoerd zijn. Wij zijn het niet eens met uw aanname en maken hiertegen bezwaar. Wij vinden dat plannen goed onderbouwd ingevoerd moeten worden met respect voor de menselijke maat en een gezonde bedrijfsvoering naast de reguliere werkzaamheden. Die laatste gaan overigens altijd vóór nieuwe plannen. Vervolgens dienen nieuwe plannen die in de praktijk hun meerwaarde hebben bewezen, geborgd te worden in de organisatie. Dit om te voorkomen dat we heel veel initiatieven starten waar veel tijd en energie in gaat zitten van deze en gene, maar wat uiteindelijk niet goed afgemaakt/geborgd wordt. Dat is heel erg jammer van alle kosten die gemaakt zijn en daarmee maatschappelijk gezien niet uit te leggen. Waarom gaat Menzis ervan uit dat deze plannen eind 2023 zijn uitgevoerd?	De door ons toegekende middelen voor 2022 en 2023 zijn gekoppeld aan door zorgaanbieders ingediende projectplannen die zich richten op het jaar 2022 en 2023. Wij gaan ervan uit dat deze plannen eind 2023 uitgevoerd zijn en niet doorschuiven naar 2024 en verder. Wij handhaven dit uitgangspunt, tenzij er met de inkoper andere afspraken zijn gemaakt, waarbij dan als voorwaarde geldt dat er eind 2023 overeenstemming is met het zorgkantoor over de tussentijdse resultaten van plannen die nog doorlopen in 2024 en verder.
289	Bijlage B	Wij zijn een GGZ-wonen aanbieder. Wij bieden aan ook sectorvreemde zorg aan VG en V&V cliënten. Samenwerken	Zoals u kunt lezen in paragraaf 1.3.1 van Bijlage B Regionaal Beleid transitiemiddelen 2024-2026 willen we samen met de zorgaanbieders in onze

		in de keten GZ-GGZ en V&V-GGZ is voor onze sector relevant . Kunt u aangeven hoe de GGZ-W sector bij de plannen wordt betrokken ?	zorgkantoor regio's tot speerpunten komen voor plannen in het kader van de transitiemiddelen. Daarbij geldt de komende jaren, vanuit Menzis Zorgkantoor, als één van de speerpunten: samenwerken in de keten voor klanten op het snijvlak van GZ-GGZ dan wel V&V-GGZ.
290	Bijlage B	Op welke wijze wordt de deelname aan huidig al lopende transitie projecten gehonoreerd? Of moet in alle gevallen een volledig nieuwe projectaanvraag worden gedaan?	Voor lopende trajecten is financiering afgestemd en toegekend uit de transitiemiddelen 2022-2023. Wij gaan ervan uit dat deze plannen eind 2023 uitgevoerd zijn en niet doorschuiven naar 2024 en verder. Wij handhaven dit uitgangspunt, tenzij er met de inkoper andere afspraken zijn gemaakt, waarbij dan als voorwaarde geldt dat er eind 2023 overeenstemming is met het zorgkantoor over de tussentijdse resultaten van plannen die nog doorlopen in 2024 en verder. Voor nieuwe projecten in 2024 moet een nieuwe projectaanvraag worden gedaan.

Landelijk beantwoorde vragen

Visie op duurzame toegang tot langdurige_zorg

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	0. Inleiding	In de disclaimer staat; "Deze visie, opgesteld door de zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop van langdurige zorg, is onder voorbehoud van wijzigend beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)". Het visie document geeft nergens een termijn. Is deze visie verbonden aan het meerjarige inkoopbeleid van de zorgkantoren (2024-2026) of staat deze visie los van het inkoopbeleid en kan er jaarlijks een nieuwe visie worden gepubliceerd?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden.
2	1. Aanleiding & Urgentie	Op pagina 7 staat de definitie van passende zorg voor de Wlz. Hier staat de definitie in dat voor passende zorg afspraken nodig zijn tussen zorgvrager en zorgverlener. Het lijkt erop dat hiermee de transitieopgave en alle mogelijke weerstand bij zorgvragers volledig bij de zorgverleners komt te liggen. Transitie kan leiden tot conflicten tussen zorgvragers (rechten) en zorgverleners (plichten). In hoeverre kan/ wil het zorgkantoor hierin ondersteunen/ bemiddelen?	Zorgkantoren zien de uitdagingen waarmee zorgverleners tijdens de transformatie te maken hebben. Zorgkantoren hebben volop aandacht voor passende zorg en werken in de regio aan maatschappelijke bewustwording. Dat doen zij samen met andere partijen, maar bijvoorbeeld ook door zelf klanten te informeren, te pleiten voor campagnes voor maatschappelijke bewustwording en middels het gesprek dat door de onafhankelijke clientondersteuner (OCO) wordt gevoerd.
3	1. Aanleiding & Urgentie	In de definitie van passende zorg (pagina 7) staat: “waar mogelijk dicht bij de cliënt”. Wat wordt daar bedoeld? Zorg wordt over het algemeen dicht bij de cliënt geleverd, tenzij u hier een verschil maakt met bijvoorbeeld beeldzorg/zorg op afstand.	Hiermee wordt de thuissituatie van de client in de wijk bedoeld.
4	1. Aanleiding & Urgentie	In de omschrijving passende zorg voor de WLZ wordt o.a. aangegeven: minder focus op de aandoening en behandeling en meer inzet o.a. op wat iemand wel kan. Is er afstemming tussen ZN, NZA en het CIZ over de definitie van passende zorg en de impact op de profielen van WLZ Wonen? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Zorgkantoren zijn met partijen in gesprek over de definitie en uitwerking van Passende Zorg.
5	1. Aanleiding & Urgentie	Er staat "een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio….. rekening houdend met regionale factoren". Wordt hiermee bedoelt dat Zorgkantoren hier in hun beleid invulling aan geven i.p.v. maatwerk in de regio? Dit beleid geldt	Het landelijke visiedocument geeft richting aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren is afgestemd op de regionale factoren. Het beleid geeft zorgkantoren ruimte om binnen de beschreven kaders van het inkoopbeleid tariefdifferentiatie toe te passen.

		namelijk voor elke regio waar het Zorgkantoor voor verantwoordelijk is en geeft geen onderscheid in de afzonderlijke zorgkantoorregio's. Het onderscheid wordt gemaakt door de wijze waarop de door de overheid beschikbaar gestelde financiële middelen (IZA, WOZ etc.) gebruikt worden. Kunt u uw antwoord toelichten?	
6	1. Aanleiding & Urgentie	Eerste zin: De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen….. Is het zorgkantoor vanuit die verantwoordelijkheid voornemens om haar eigen budget en kosten conform de korting die wordt opgelegd te laten dalen? En kan het zorgkantoor dit inzichtelijk maken?	Het is niet duidelijk precies met deze vraag wordt bedoeld. De NZa bepaalt in opdracht van VWS welk budget ofwel contracteerruimte de zorgkantoren beschikbaar hebben om de zorg in de zorgkantoorregio's waar zij verantwoordelijk voor zijn in te kopen.
7	1. Aanleiding & Urgentie	Als duurzaamheid en toegankelijkheid dan hoog op de agenda staat hoe verantwoordt het zorgkantoor dan dat zij toch kort op de tarieven?	Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen van beschikbare budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen.
8	1. Aanleiding & Urgentie	Zorgkantoren geven in hun landelijke visie aan 'is onder voorbehoud van wijziging van VWS en NZa' aan die visie is geen termijn gekoppeld. Het meerjarig inkoopbeleid van de zorgkantoren geldt van 2024 t/m 2026. Staat het inkoopbeleid los van eventuele wijzigingen in de landelijke visie?	De landelijke visie is een meerjarenvisie die richting geeft aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Er is nog geen concrete einddatum aan het landelijke visiedocument verbonden. Wijzigingen in de landelijk visie kunnen van invloed zijn op het inkoopbeleid van de zorgkantoren, waarbij we opmerken dat het regionale inkoopbeleid voor 3 jaar vast staat.
9	1. Aanleiding & Urgentie	Betekent de zin "Om de toegang en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg te garanderen is het dan ook noodzakelijk om het zorglandschap anders en duurzamer in te richten met passende zorg als uitgangspunt" (pagina 6) dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen in de langdurige zorg die onder de WLZ valt? Zo niet, hoe moeten we deze basis van visie dan lezen?	Passende zorg is het uitgangspunt om het zorglandschap anders en duurzaam in te richten. Daarmee zeggen zorgkantoren niet dat passende zorg de oplossing is voor de (financiële) knelpunten die zich voordoen. Bij het zoeken naar oplossingen vinden zorgkantoren het belangrijk dat deze oplossingen bijdragen aan zorg die passend is voor de cliënt.
10	1. Aanleiding & Urgentie	Is er naar uw mening dan sprake van wachtlijsten en waarom bij regionaal beleid dan doelmatigheid speerpunt en topprio?	Er is in alle drie de sectoren sprake van wachtlijsten. Het doelmatig inkopen van zorg door zorgkantoren draagt bij aan het meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget en daarmee tevens het terugdringen van de wachtlijsten.
11	1. Aanleiding & Urgentie	Welke rol hebben de partijen bij preventie? En welke financiering is hiervoor mogelijk en door wie?	Alle partijen zullen in hun rol de cliënt van de juiste informatie moeten voorzien om bij te dragen aan preventie. Zorgkantoren willen de mogelijkheid om financieel rechtmatig bij kunnen dragen aan domein overstijgende initiatieven die met preventieve maatregelen helpen bij het voorkomen of vertragen van een Wlz-indicatie en/of intramurale opname. Dit is op dit moment nog niet geregeld, maar VWS werkt hiervoor een wetsvoorstel uit.

12	1. Aanleiding & Urgentie	U stelt dat de 3 doelen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit niet los van elkaar kunnen worden gezien. Kunt u dan toelichten hoe wij de kwaliteit dienen te blijven handhaven als door een hogere afslag op het NZa tarief, de verlaging van het tarief i.v.m. NHC/NNIC bijstelling, de 1,2% korting opgelegd door de minister, de hogere kosten door inflatie en verwachte aanpassing van de CAO onze inkomsten ernstig onder druk komen te staan?	In paragraaf 5.2. van de visie leest u dat de kwaliteit onder druk komt te staan en dat het continu verbeteren van de kwaliteit geen realistisch doel meer is. Het gaat nu om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit de geldende kwaliteitskaders. Wij realiseren ons dat dit geen eenvoudige opgave is binnen de huidige financiële context.
13	1. Aanleiding & Urgentie	Er ligt volgens u een grote verantwoordelijkheidsopgave voor alle partijen die betrokken zijn bij het zorglandschap. Waarom stellen jullie een basisrichttarief in wetende dat dit grote impact heeft op de zorgaanbieders?	Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden en mede gelet op de groei van het aantal mensen dat een beroep gaat doen op de Wlz zorg, moeten we ervoor zorgen dat we meer mensen kunnen helpen met het beschikbare budget. Dit kan onder andere door de zorg doelmatig tegen een lager tarief in te kopen.
14	1. Aanleiding & Urgentie	Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor onderzocht welke effecten door het inkoopbeleid 2024-2026 te verwachten zijn binnen het domein zorg en welzijn (zorgverzekeringswet, sociaal domein, maar ook Wlz herindicaties) en wat daar de uitkomsten van zijn?	De visie is met verschillende partijen afgestemd. Zorgkantoren hebben aandacht voor de te verwachte effecten buiten de Wlz en zijn hierover in gesprek met partijen.
15	1. Aanleiding & Urgentie	Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, par. 2) Heeft het zorgkantoor in beeld hoe de samenloop is van de effecten op bijvoorbeeld mantelzorgers/beschikbaarheid informele zorg. Want als je enerzijds moet bijspringen omdat je moeder nog niet in de ouderenzorg terecht kan, dan kun je minder informele zorg bieden bij je kind of zus in de Wlz of Wmo en kun je ook minder als vrijwilliger bijspringen elders. Of, als je in de zorg werkt, kun je dan niet de extra uren gaan werken die we eigenlijk nodig hebben van alle part timers. Het beleid werkt zichzelf tegen.	Het moet een maatschappelijk bewustzijn worden dat we de zorg niet alleen meer kunnen vervullen met de inzet van zorgmedewerkers. De beroepsbevolking neemt af in tegenstelling tot het toenemende aantal mensen dat zorg nodig heeft. Het is dus nodig dat ook een beroep op familie, buren en andere betrokken uit het netwerk van de cliënt wordt gedaan. Uiteraard is het voor iedere persoon individueel te bepalen wat hij of zij hieraan kan bijdragen gelet op de omstandigheden.
16	1. Aanleiding & Urgentie	Er wordt aangegeven dat er de komende jaren een aantal politieke keuzes gemaakt worden die van invloed zijn op de langdurige zorg. Hoe verhoudt dit zich tot een meerjareninkoopbeleid?	Wij verwachten dat politieke keuzes gedurende de periode van het inkoopbeleid geen aanleiding geven om het beleid te wijzigen. Mocht dat wel het geval zijn, dan behouden wij ons het recht voor om het inkoopbeleid aan te passen.
17	1. Aanleiding & Urgentie	Kunt u een definitie geven van goede kwaliteit en van passende zorg voor de ouderenzorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Wij kunnen geen eenduidige definitie geven, omdat het beide brede begrippen zijn. Voor kwaliteit geldt dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Voor passende zorg geldt dat dit mede afhankelijk is van de zorgvraag van de cliënt en de mogelijkheden die er zijn om deze zo goed mogelijk te vervullen.
18	1.1 Landelijke ontwikkelingen en beleid langdurige zorg	In de visie wordt beschreven dat de politiek de komende jaren nog keuzes gaat maken die in meer of mindere mate van	Op dit moment kunnen wij niet aangeven op welke thema's de politiek de komende jaren keuzes gaat maken. Dit is aan de politiek.

		invloed zijn op de organisatie van langdurige zorg en daarmee op de inkoop van zorg. - Kunt u aangeven om welke thema's dit gaat?	
19	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij merken dat passende zorg vaak tot discussies leidt met het CIZ. Het afgeven van passende indicaties (WLZ-W5 of ZZP-7B) gaat soms moeizaam, wat niet bevorderlijk is voor deze doelgroepen. Wordt er door ZN contact gezocht met het CIZ om passende zorg voor de complexe doelgroepen te bespreken? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Wij zijn bereid om samen met de zorgaanbieder en/of branche het gesprek met het CIZ aan te gaan, als wij diverse signalen ontvangen dat de indicatie niet passend is. Voorwaarde is wel dat wij het eens zijn dat het CIZ in de betreffende casuïstieken geen goede indicatie heeft gegeven. Wij vragen u hierover eerst contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
20	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	In uw visie op duurzaam toegankelijke zorg wordt de verantwoordelijkheid vooral bij aanbieders neergelegd. Aanbieders dienen met minder geld meer zorg te bieden, onder andere middels innovatie. Uw visie geeft onvoldoende duidelijkheid over uw verantwoordelijkheid hierin. Hoe ziet u, en hoe neemt u, uw eigen verantwoordelijkheid bij het inkopen van voldoende zorg? Wat is uw verantwoordelijkheid om dit maatschappelijk gezien te bewerkstelligen? En de grenzen aan de mogelijkheden bespreekbaar te maken?	Het is de taak en verantwoordelijkheid van zorgkantoren om voldoende zorg in te kopen. Om ook in de toekomst met een stijgende zorgvraag voldoende zorg in te kunnen blijven kopen is het van groot belang dat de zorg anders wordt georganiseerd. Hiervoor dienen er veranderingen op gang te worden gebracht. De zorgkantoren laten in de visie onder andere zien om welke veranderingen het gaat.
21	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	De beweging naar een toekomstbestendige zorg bestaat onder andere uit 'thuis als het kan'. Kan het Zorgkantoor de uitwerking van dit uitgangspunt nader toelichten? Welke opdracht heeft een zorgaanbieder hierin? Binnen welk termijn moet dit verwezenlijkt zijn? En kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij de percentuele groei zien binnen dat termijn?	In de visie staat toegelicht wat zorgkantoren verstaan onder thuis als het kan. De zorgkantoren hebben in hun regionale beleid uitgewerkt hoe ze daar uitvoering aan geven en wat ze van zorgaanbieders verwachten.
22	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Wij onderschrijven de visie van langer thuis maar in de praktijk zien wij regelmatig opnames van ZZP4 cliënten die binnen 3-6 maanden een hogere indicatie krijgen (zie ook onze declaraties in de periode januari-april). Soms omdat de zorgzwaarte van cliënten snel verandert, soms omdat de indicatiestelling niet (meer) aansluit bij de werkelijke zorgvraag. Wij denken dat voor deze cliënten met een ZZP4 indicatie of snel veranderend ziektebeeld de sociale context hier echt om vraagt. Wij zijn van mening dat voor deze cliënten passende intramurale zorg nodig is (en dat dit onze zorgplicht is). Klopt onze veronderstelling dat deze cliënten ook in 2024 en verder intramurale zorg kunnen krijgen? Wij maken ons oprecht zorgen over het tussen wal en schip vallen van deze groep kwetsbare ouderen.	De veronderstelling klopt. Op dit moment hebben cliënten met een Wlz-indicatie keuzevrijheid waar en via welke leveringsvorm zij de zorg willen ontvangen.

23	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Door de bezuinigingen op de tarieven terwijl tegelijkertijd de kosten sterk stijgen is het zeer waarschijnlijk dat dit zal leiden tot structurele exploitatieverliezen bij zorgaanbieders. Bent u bereid landelijk de discussie met partijen (VWS, NZa, ZIN, IGJ) te voeren over verlagen van de kwaliteit (lees inzet personeel) en de aanspraken van de client? Bent u met mij eens dat dit politieke keuzes zijn die niet kunnen worden afgewenteld op zorgaanbieders en professionals? Dit is het eerlijke verhaal naar de burgers!	Zorgkantoren zien de complexiteit waar zorgaanbieders mee te maken hebben en zijn met partijen in gesprek over deze thema's. De politiek gaat over keuzes die de Wlz aanspraken aangaan en de bezuinigingen die nodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.
24	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	De ministeries van VWS en OCW werken gezamenlijk aan de uitwerking van de afspraak in het regeerakkoord om te komen tot een betere financiering van zorg in onderwijstijd voor kinderen met complexe problematiek op scholen in het speciaal onderwijs cluster 3 en 4 (bron: Eindrapportage 2022 – Naar collectieve financiering van Zorg in Onderwijstijd, DSP & Oberon). Ditzelfde onderzoek benoemd dat er experimenteerruimte is voor zorgkantoren om Wlz-naturazorg anders te bekostigen en zorgaanbieders vooraf meer zekerheid te bieden dat de noodzakelijke zorg wordt gefinancierd. Zijn de Zorgkantoren bereid om deze experimenteerruimte onderdeel te laten van het nieuwe inkoopbeleid per 2024, de beweging naar een toekomstbestendige zorg waarbij er een passend zorgaanbod is georganiseerd voor complexe doelgroepen?	Voor de uitvoering van deze experimenteerruimte verwijzen wij naar de betreffende beleidsregel van de NZa.
25	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Zorgkantoren sturen op brede opschaling van digitale zorg en ondersteunen daarbij: wat is de bijdrage van het zorgkantoor en op welke wijze ondersteunt zij bij de brede opschaling hiervan?	In zijn algemeenheid kunnen zorgkantoren meepraten, meedenken aan zowel landelijke als regionale tafels, regionale partijen verbinden door bijvoorbeeld het delen van kennis en goede voorbeelden. Hoe zorgkantoren dit precies invullen leest u in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
26	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Complexe doelgroepen: dichtbij als het kan, verder weg als het moet (centralisatie). Wat betekent dit voor de cliënten? In hoeverre is er voor cliënten sprake van keuzemogelijkheid en binnen welke kaders?	Het is efficiënter en kwalitatief beter om intensievere en complexere zorg te concentreren om de ervaring en deskundigheid van medewerkers te bundelen. Dit kan betekenen dat deze expertise zorg verder van de thuisomgeving van de cliënt is georganiseerd. De keuzemogelijkheden voor de cliënt om de zorg dichtbij huis te verzilveren zijn hierdoor soms kleiner, maar daartegenover staat dat er goede expertisezorg geboden wordt. De cliënt maakt samen met zijn naasten hierin een afweging wat voor hem of haar belangrijk is.
27	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Op pag. 10. stelt u om de geschetste bewegingen te bereiken u gaat investeren in: • inzetten op de opschaling en ontwikkeling van innovaties; • zorg van goede kwaliteit inkopen, waarbij we aansluiten bij de eisen die vanuit de Inspectie	Voor deze ontwikkelingen zijn geen structurele middelen beschikbaar. Er zijn wel transitiemiddelen voor de jaren 2022 tot en met 2026. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze

		Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de kwaliteitskaders worden gesteld; • zorgaanbieders ondersteunen bij de verduurzaming van de sector, waar- bij we de doelen van de Green Deal 3.0 onderschrijven; • aandacht hebben voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Hoe gaat u dit structureel aanjagen? Aangezien de financiële middelen hiervoor alleen in eenmalige gelden ter beschikking worden gesteld. Dit is niet voldoende om borging van de transitie in te zetten,	u hier een beroep op kunt doen. Daarnaast wordt van een aantal ontwikkelingen verwacht dat zorgaanbieders dat financieren uit het reguliere budget.
28	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Hoe omschrijft u formele zorg? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Formele zorg is de zorg die vanuit de Wlz of andere domeinen wordt gefinancierd. Wij maken geen begrippenlijst, aangezien de meeste begrippen als bekend mogen worden verondersteld, of in de tekst worden toegelicht indien wij dat nodig achten.
29	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Dit kan worden geïnterpreteerd dat het in de toekomst mogelijk is dat als overheid verdere bezuinigingen in de zorg doorvoert en andere maatregelen niet meer werken, het richttarief percentage door zorgkantoren steeds verder kan/ zal worden verlaagd. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Het steeds verder verlagen van het zorgbudget in combinatie met stijgende kosten, zet de continuïteit van zorgorganisatie en het (willen) werken in de zorg steeds verder onder druk. Feitelijk zijn zorgorganisaties steeds bezig de bezuinigingen in het zorgbudget te repareren in plaats van bezig te zijn met de transitieopgave. In hoeverre mogen zorgaanbieders van het zorgkantoor verwachten dat zij dit soort tegenargumenten laten horen bij de overheid of is dat een rol die is weggelegd voor zorgaanbieders zelf en/of brancheorganisaties?	Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg. Zoals ook in de visie gesteld wordt dit een steeds grotere uitdaging door toenemende schaarste in personeel en financiële middelen. Het macrokader dat door de overheid beschikbaar wordt gesteld voor de langdurige zorg blijft de komende jaren stijgen, rekening houdend met demografische ontwikkeling en stijgende kosten. Tegelijkertijd wordt van de overheid wel verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren de gemiddelde kosten per cliënt verlagen om de langdurige zorg wel betaalbaar te houden. Dit is een uitdaging waar we met elkaar voor staan. Zoals ook in de visie benoemd vragen wij hiervoor van de overheid een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen.
30	3. Rol van zorgkantoren	Hebben de zorgkantoren vanaf 2024 te maken met een substantiële verlaging van hun budget voor de uitvoering van de Wlz? Kunt u daar inzicht in geven?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid of visie van de zorgkantoren op de langdurige en kunnen we derhalve niet beantwoorden.
31	3. Rol van zorgkantoren	In de Visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven. Dit wordt op een aantal plekken in de visie aangegeven en is wellicht een goed streven, ware het niet dat de consequenties daarvoor drukken op de zorgaanbieders. Komt er een moment dat de zorgkantoren niet	Wanneer zorgkantoren niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen binnen de hiervoor gestelde randvoorwaarden, te weten: het macro-kader en vereisten m.b.t wachtlijsten en/of kwaliteit gaan zij hierover het gesprek met VWS en de NZa aan.

		meer gaan praten met de NZa en VWS (daarover wordt in de visie voldoende gezegd), maar formele (juridische) actie gaan ondernemen tegen NZa en VWS om aan te geven dat de (financiële) grenzen zijn bereikt? Kunnen we dat op korte termijn verwachten?	
32	3. Rol van zorgkantoren	In de visie staan op pagina 13 een groot aantal mogelijkheden voor zorgkantoren om de benodigde ontwikkelingen te stimuleren en faciliteren. Dat is fijn, maar wij missen een grotere actieve bijdrage, die zeer gewenst is. Wij voorzien meer discussie met cliënten over de omvang en kwaliteit van de zorg, omdat wij – zoals wordt benadrukt in de visie – doelmatiger moeten worden met het oog op verlaging van de kosten per cliënt. In het rijtje 'wat mag een zorgaanbieder van de zorgkantoren verwachten' zien wij graag opgenomen dat het zorgkantoor beschikbaar is om vaker en intensiever partij te zijn in casuïstiek (wellicht soms conflicten) met cliënten. We doen het samen, dus als het leidt tot spanningen tussen zorgaanbieder en (naasten van de) cliënt zien wij graag dat het zorgkantoor een duidelijke advies en bemiddelingsrol op zich neemt. Gaat u die inzet vergroten? Zo nee, waarom niet?	Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/ . Hierin kunt u lezen hoe het zorgkantoor haar rol ziet m.b.t. cliëntondersteuning.
33	3. Rol van zorgkantoren	In de visie staat (pagina 13) dat de zorgkantoren zorgen voor een passende informatievoorziening richting cliënten, waarbij duidelijk moet zijn dat er meer verwacht wordt van naasten, het netwerk rondom de cliënt en de cliënt zelf. Hoe en wanneer gaan de zorgkantoren dat doen?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
34	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 14 beschrijft u wat gezamenlijk onder de aandacht gebracht wordt bij de overheid. Kunt u specifieker maken welke standpunten u heeft ten opzichte van de keuzes op aanspraken en toegang? Indien niet, staat u ervoor open om onder 'gezamenlijk' ook de zorgaanbieders te verstaan? En staat u open voor dialoog met zorgaanbieders over de inhoud van de te maken keuzes?	Zoals beschreven is dit een onderwerp waar wij graag over in gesprek gaan om dit onder de aandacht te brengen bij de overheid. Dit doen wij o.a. vanuit de signalen en geformuleerde knelpunten vanuit het veld. De gezamenlijkheid richt zich ook op de samenwerking met de zorgaanbieders o.a. in dialoog.
35	3. Rol van zorgkantoren	U geeft aan verschillende onderwerpen onder de aandacht te brengen bij de overheid. Wat wij nog missen is het onder de aandacht brengen van passende financiering voor de complexe zorg (VG7). Als VG aanbieder met een grote cliëntpopulatie met een VG7 vraagt dit blijvende aandacht. We verwachten dan ook dat u dit onder de aandacht blijft brengen van de overheid. Dit ondanks het huidige kostenonderzoek omdat ook in 2024 nog niet een passend en reëel tarief zal	Inmiddels is er door VWS extra budget beschikbaar gesteld voor de VG7 doelgroep. Dit zien wij als een bevestiging dat dit onderwerp al onder de aandacht is bij de overheid. Wij streven ernaar dat dit zo blijft.

		bestaan. Kunt u dit opnemen als actie bij bullet 1 en dit in de gesprekken met de overheid meenemen? Zo nee, kunt u uw besluit toelichten?	
36	3. Rol van zorgkantoren	Zorgkantoren wensen dezelfde transitie te maken die in het Sociaal Domein sinds 2015 ook is gemaakt. Heeft ZN gekeken naar de lessons learned die bij gemeenten hebben gespeeld? Zo ja, wat is daarmee gedaan? Zo nee, waarom niet?	Uiteraard hebben we deze transitie gevolgd en zijn we altijd bereid om te leren van vergelijkbare ontwikkelingen buiten onze invloedssfeer.
37	3. Rol van zorgkantoren	Om de zorg, met name de intensieve zorg voor cliënten met onder andere een VG7, toegankelijk te kunnen blijven houden zal er wat aan de toegang gedaan moeten worden. We kunnen niet met minder geld meer mensen helpen met behoudt van kwaliteit als de instroom gelijk blijft. Welke rol ziet het zorgkantoor voor zichzelf om de toegang (lees: instroom van nieuwe cliënten) tot de Wlz in te perken?	Zoals beschreven in de visie op pagina 12, ligt de groei van het aantal Wlz indicaties buiten de invloedsfeer van het zorgkantoor. De zorgkantoren zijn hierom periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg.
38	3. Rol van zorgkantoren	Vanuit de maatschappelijke opgave geeft u aan te sturen op verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Op welke wijze denken zorgkantoren hierop te kunnen sturen? Welke concessies zijn zorgkantoren bereidt te maken met betrekking tot de toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren?	Zoals benoemd in de visie gaan wij de maatschappelijke verander-opgave graag als keten aan, waarvan wij als zorgkantoren een onderdeel van zijn. De komende jaren zullen wij hier in gezamenlijkheid invulling aan moeten geven.
39	3. Rol van zorgkantoren	Er is een toenemende zorgvraag en tegelijk krijgt het Budgettair Kader Zorg te maken met kortingen uit het Regeerakkoord. Zorgkantoren hebben geen invloed op de toename van Wlz-indicaties, maar datzelfde geldt voor zorgaanbieders. Bent u het er mee eens dat VWS keuzes zal moeten maken in de toegang tot de Wlz? Zo ja, welke concrete stappen ondernemen zorgkantoren hierin?	Eens dat o.a. VWS keuzes zal moeten maken, om die reden is dit ook 1 van de onderwerpen die wij gezamenlijk bij de overheid onder de aandacht brengen.
40	3. Rol van zorgkantoren	Er staat "zoeken we balans tussen enerzijds betaalbaarheid en anderzijds toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren". hoe gaan de zorgkantoren hier invulling aan geven?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
41	3. Rol van zorgkantoren	Op welke wijze en per wanneer gaan de Zorgkantoren cliënten informeren over hetgeen zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg? En ook op welke wijze gaan de zorgkantoren bestaande langdurige zorg cliënten informeren?	Naast onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg hebben de zorgkantoren ook een visie op cliëntondersteuning gepubliceerd https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/. Hierin kunt u lezen hoe het zorgkantoor haar rol ziet met betrekking tot cliëntondersteuning.
42	3. Rol van zorgkantoren	Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de rol van het zorgkantoor en/of zorgverzekeraars bijvoorbeeld nieuwe initiatieven? Kunnen afspraken met preferente	Bij nieuwe initiatieven denkt het zorgkantoor graag mee mits deze nieuwe initiatieven bijdragen aan o.a. de doelstellingen gesteld aan de regiotafel en

		zorgverzekeraars of zorgkantoor ook gaan automatisch gaan gelden voor de andere zorgverzekeraars?	de IZA tafel. Het lijkt ons verstandig om aan deze tafels verder te praten over de uitwerking en mogelijke gevolgen.
43	3. Rol van zorgkantoren	U benoemt uw verantwoordelijkheid om binnen het budgettair kader te blijven. Is het uw rol ook niet te zorgen voor voldoende budgettair kader? Zo ja, welke acties onderneemt u richting VWS en zo niet, waarom niet?	Het is niet onze primaire rol om te zorgen voor voldoende Budgettair Kader. Zoals beschreven op pagina 12, zijn de zorgkantoren wel periodiek in gesprek met VWS en de NZa over de indicatieontwikkeling en de consequenties voor het Budgettair Kader Zorg en brengen wij in ieder geval de op pagina 14 genoemde onderwerpen onder de aandacht bij de overheid.
44	3. Rol van zorgkantoren	Pagina 13 Nadrukkelijk uitnodigen tot omzetten van PGB naar Zorg in natura. Kunnen wij op korte termijn verwachten dat ook PGB instellingen aan dezelfde eisen moeten voldoen als WLZ instellingen?	Om in aanmerking te komen voor een contract met het zorgkantoor voor zorg in natura dient ook een pgb aanbieder te voldoen aan de gestelde voorwaarden.
45	3. Rol van zorgkantoren	Pagina 14 (financiële) Prikkels opmerking geoormerkt WMO budget. Is het zorgkantoor al in gesprek met de gemeentes hierover?	Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Gemeenten zijn hier ook een onderdeel van.
46	3. Rol van zorgkantoren	U schrijft: "Meepraten, -luisteren en -denken aan de landelijke tafels en met zorgaanbieders over alle relevante ontwikkelingen en uitdagingen in het veld." Over welke tafels hebben we het en zijn deze voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hieraan meedoet?	We bedoelen hiermee de regiotafels die voor de V&V al bestaan en voor de GZ en GGZ in oprichting zijn. Daarnaast bedoelen we ook de IZA tafels, hoewel voor de Wlz de nadruk in eerste instantie ligt op de regiotafels. Regiotafels zijn voor alle aanbieders toegankelijk.
47	3. Rol van zorgkantoren	U schrijft; "De dialoog voeren met zorgaanbieders over het realiseren van een passend aanbod, de kwaliteit van de geboden zorg en de verwachtingen van zorgkantoren, bijvoorbeeld op het gebied van innovatie en duurzaamheid". Refereert het zorgkantoor hier naar de gesprekken die al gevoerd worden c.q. gepland staan met de aanbieder of zijn dit organisatie overstijgende gesprekken? Indien het laatste, is dit voor alle aanbieders toegankelijk? Zo niet, hoe wordt bepaald wie hier aan mee doet?	We refereren naar de individuele gesprekken met aanbieders, maar ook naar de regiotafels/transitietafels in de regio. Deze laatste zijn voor alle aanbieders toegankelijk.
48	3. Rol van zorgkantoren	We stimuleren de inzet van zorg in de thuisomgeving (thuis als het kan). Hoe wordt de samenwerking van het Zorgkantoor met de zorgverzekeraars en mantelzorgorganisaties op dit thema vorm gegeven en waar is dit terug te vinden?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de zorgverzekeraars danwel mantelzorgorganisaties vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
49	3. Rol van zorgkantoren	Aan de ene kant beschrijft de visie dat zorgkantoren een zorgplicht hebben. Aan de andere kant stelt VWS het Budgettair kader vast waarbij de balans tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid uitgangspunt is. Hoe denkt het Zorgkantoor in deze spagaat haar rol te kunnen pakken naar andere	Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op het toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken.

		stakeholders als ZN, VWS, Zorgverzekeraars, etc. , wetende dat toegankelijkheid voor de WLZ een groot vraagstuk is.	
50	3. Rol van zorgkantoren	Hoe vindt samenwerking plaats tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
51	3. Rol van zorgkantoren	U geeft hierbij aan In contractafspraken resultaatgericht sturen om de benodigde beweging te realiseren. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld?	Ieder zorgkantoor stuurt hier op een andere manier op. Hiervoor verwijzen wij u naar het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor.
52	3. Rol van zorgkantoren	U geeft hierbij aan: In gesprek gaan over gezonde bedrijfsvoering met zorgaanbieders. Kunt u een nadere toelichting geven wat u hiermee bedoeld?	Zoals benoemd in hoofdstuk 5.4 van de visie, zien de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering als een noodzakelijke voorwaarde om de gewenste transitie te bewerkstellingen. Hoe dit gesprek vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor in uw regio.
53	3. Rol van zorgkantoren	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt bij een complexer wordende doelgroep?	De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. Niet per specifieke doelgroep. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren.
54	3. Rol van zorgkantoren	Hoe vertaalt ZN/zorgkantoor de meerjarige duidelijkheid in het Budgettair Kader Zorg naar de zorgaanbieders naast de mogelijkheid voor meerjarige contractering?	Net als voorgaande jaren bestaat de mogelijkheid om een meerjarenovereenkomst te sluiten. Daarnaast hebben de zorgkantoren de mogelijkheid om ook meerjarige financiële afspraken te maken. Hoe daar invulling aan wordt gegeven vindt u in het inkoopbeleid van uw regionale zorgkantoor.
55	3. Rol van zorgkantoren	Wil ZN/zorgkantoor richting de overheid een adequate bekostiging onder de aandacht houden?	Op pagina 14 staan de onderwerpen die wij in ieder geval onder de aandacht brengen bij de overheid. Adequate bekostiging is ook een onderwerp dat wij bespreken.
56	3. Rol van zorgkantoren	In de landelijke visie (pagina 12) staat dat zorgkantoren het als hun verantwoordelijkheid zien om, vanuit hun rol, binnen het Budgettair Kader Zorg te blijven, zodat zij samen met zorgaanbieders bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Naast de taak om doelmatige zorg in te kopen, hebben zorgkantoren echter ook zorgplicht. Wij maken bezwaar tegen het uitgangspunt dat het Budgettair Kader Zorg leidend is voor het Zorgkantoor, waar dat de zorgplicht moet zijn. Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom zet u geen concrete acties richting VWS? Zo nee, waarom niet?	Wij erkennen dat onze positie niet gemakkelijk is, om die reden willen wij ons graag positioneren in de keten waarbij ieder zijn rol moet pakken om de uitdaging op de toegankelijk houden van de zorg aan te gaan. De visie beschrijft de beweging die nodig is om de uitdaging aan te gaan en hoe de zorgkantoren daar een rol in pakken. Een van deze rollen is deze uitdaging onder de aandacht brengen bij de overheid, zoals VWS en de NZa.
57	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. We missen daarin hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars en de gemeenten (WMO) samenwerken. Wat mag ik als zorgaanbieder verwachten	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kunnen ook de

		van de samenwerking tussen genoemde partijen, bijvoorbeeld t.a.v. wijkverpleging, cliënten op de wachtlijst, eerstelijnszorg en sociale innovaties?	gemeenten en de zorgverzekeraars vallen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
58	3. Rol van zorgkantoren	Wat de zorgaanbieder betreft komt uw zorgplicht op de eerste plaats, ook wanneer de middelen in het Budgettair Kader Zorg onvoldoende zouden zijn. Bent u het daarmee eens?	Klopt, wij moeten voldoen aan onze zorgplicht.
59	3. Rol van zorgkantoren	Kunnen er binnen de lopende periode nieuwe onderaannemers worden ingezet?	Ja dat is mogelijk mits wordt voldaan aan de geldende voorwaarden.
60	3. Rol van zorgkantoren	In hoofdstuk 3 (pagina 12) staat dat de zorgkantoren hun verantwoordelijkheid pakken door in te zetten op doelmatigheid. "Concreet betekent dit dat we sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is." Door deze concrete aanpak legt u de oplossing of rekening bij de zorgaanbieders. Gaat u met cliënten(organisaties) in gesprek over verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt door in te zetten op doelmatigheid, waarbij de zorgkantoren sturen op minder uren per cliënt of verlaging van kwaliteit? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?	Als zorgkantoren zijn wij onderdeel van een keten die in zijn geheel aan de slag moet met de uitdaging om de zorg toegankelijk te houden. Dit kunt u lezen in de Visie op duurzame toegang tot de langdurige zorg, maar ook in de Visie op Cliëntondersteuning die ook door de zorgkantoren in gezamenlijkheid is opgesteld: https://www.zn.nl/dossier/langdurige-zorg/clientondersteuning/.
61	3. Rol van zorgkantoren	Gezien de inflatie, stijgende energieprijzen en investeringen die gewenst worden, lijkt een verlaging van kosten niet realistisch. Wilt u een realistischer beeld schetsen of aangeven hoe u denkt dat dit haalbaar is?	De verlaging van gemiddelde kosten per cliënt, zal altijd ook afgezet worden tegen de verschillende NZa tarieven. Inflatie e.d. wordt in deze tarieven verwerkt. Investeringen behoren tot een gezonde bedrijfsvoering. Daarnaast valt dit onder de beweging en deze kost tijd. Resultaten van deze beweging zullen we dan over een realistisch termijn verwachten.
62	3. Rol van zorgkantoren	Inzet op sturen verlaging gemiddelde kosten per cliënt. Welke norm hanteren zorgkantoren en hoe komt deze norm tot stand?	De zorgkantoren willen de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt op macroniveau gerealiseerd zien. De zorgkantoren zullen hier in gezamenlijkheid op monitoren en zijn op dit moment hiervoor de uitgangspunten aan het formuleren.
63	3. Rol van zorgkantoren	De teksten hier opgenomen zijn nagenoeg gefocust op doelmatigheid en betaalbaarheid. Is de zorgplicht van het zorgkantoor niet meer van belang? Hoe ziet u dat?	Het vertrekpunt is de zorgplicht, nu en in de toekomst. Om hieraan te blijven voldoen, vraagt dat van ons om nu te sturen op onder andere doelmatigheid en betaalbaarheid.
64	3. Rol van zorgkantoren	U stelt dat samenwerking over de domeinen heen noodzakelijk is voor toekomstbestendigheid van de zorg. Hoe ziet u dat precies voor u? Overweegt u ook om het inkoopbeleid van thuiszorg en intramurale zorg te combineren zodat een grote administratieve lastenverlichting gerealiseerd kan worden?	Experimenten zoals sociale benadering dementie tonen aan dat samenwerking over de domeinen heen ertoe leidt dat klanten minder zorg consumeren, later in de Wlz komen en mogelijk wel helemaal niet in de Wlz komen. Per saldo zijn we dan minder zorguitgaven kwijt en nog belangrijker ervaren klanten meer welzijn omdat ze langer in hun oude vertrouwde omgeving kunnen blijven. Door de splitsing in wetten en verantwoordelijkheden is het niet mogelijk om gezamenlijk inkoopbeleid te maken.

65	3. Rol van zorgkantoren	Pag. 12 Op deze pagina staat dat zorgkantoren sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per client zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Het zorgkantoor verlaagt het richttariefpercentage om daarmee o.a. deze doelstelling te behalen. Een verlaging van de gemiddelde kosten wordt ook gerealiseerd door in te zetten op scheiden wonen en zorg. Het bieden van een realistisch inkooptarief aan zorgaanbieders behoort ook tot de zorgplicht van het zorgkantoor. Hoe heeft het zorgkantoor in haar beleid rekening gehouden met deze kostenverlaging in relatie tot de vaststelling van het richttariefpercentage? Kan het zorgkantoor aangeven wanneer een tarief doelmatig is, dus wanneer het doel bereikt is, dan wel de andere kant, dat de kwaliteit van zorg niet meer geborgd wordt? En, hoe ziet het zorgkantoor dit in relatie tot het voldoen aan kwaliteitseisen van o.a. de IGJ?	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. De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
66	3. Rol van zorgkantoren	Hetgeen u onder de aandacht brengt bij de overheid is vrijblijvend geformuleerd. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u al die punten onder de aandacht gaat brengen?	Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen.
67	3. Rol van zorgkantoren	Het laatste punt in de opsomming over "De (financiële) prikkels in het systeem die de gewenste beweging stimuleren. Bijvoorbeeld een geoormerkt WMO-budget en eigen bijdragen die stimuleren dat cliënten passende zorg kiezen" Wij zien daar in het regionaal inkoopbeleid niets van terug. Kunt u concretiseren hoe en wanneer u dit gaat bewerkstelligen? Kunt u concretiseren wat er van ieder zorgkantoor daarin wordt verwacht en hoe dit tot uiting moet komen in het regionaal inkoopbeleid? Hoe koppelt u eventuele resultaten terug aan de zorgaanbieders?	Zoals aangegeven in de visie refereren deze onderwerpen naar zaken die wij onverminderd onder de aandacht blijven brengen. Hiermee geven wij aan dat wij deze zaken al onder de aandacht brengen op de daarvoor bestemde tafels (bijvoorbeeld bij de eerdergenoemde programma's en akkoorden maar ook bij gemeenten, VWS, NZa etc.) en dat in de toekomst ook zullen blijven doen. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
68	3. Rol van zorgkantoren	In welke mate gaan eventuele doelmatigheidsafspraken voor de WLZ in de toekomst negatieve gevolgen hebben voor de huidige bedrijfsvoering op de bestaande VPT locaties?	Doelmatigheid en gezonde bedrijfsvoering staan naar het oordeel van de zorgkantoren niet op gespannen voet met elkaar. Onder een gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen. Een doelmatigheidsafspraak kan dit ook stimuleren.
69	3. Rol van zorgkantoren	Op pagina 12 beschrijft u wat zorgaanbieders van de zorgkantoren mogen verwachten. Daarin staat niets opgenomen over hoe zorgkantoren met de zorgverzekeraars	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen

		samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars bijvoorbeeld ten aanzien van de contractering van wijkverpleging en huisartsenzorg?	genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
70	3. Rol van zorgkantoren	Hoe wordt de focus op het vlak van kwaliteit aangepast door het Zorgkantoor?	In hoofdstuk 5 van onze visie nemen wij u uitgebreider mee in ons standpunt op kwaliteit. Dit standpunt nemen wij ook mee in de gesprekken die wij voeren met overheidsinstanties, zorgaanbieders en in onze informatievoorziening richting cliënten. Hiermee verleggen wij de focus op het vlak van kwaliteit.
71	3. Rol van zorgkantoren	blz. 12 beschrijft wat zorgaanbieders van zorgkantoren mogen verwachten. Daar staat niets opgenomen hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kan de zorgaanbieder verwachten van de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars, bijv. in samenwerking m.b.t. Elv/Grz en doorstroom naar Wlz.	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hierin worden relevante partijen genoemd, hieronder kan de zorgverzekeraar ook vallen. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
72	3. Rol van zorgkantoren	blz. 14 hoe ziet de ondersteuning van de mantelzorg eruit? Bij wie brengt u dat onder de aandacht? Met welk doel?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. De zorgkantoren zien dat mantelzorg een onderdeel kan zijn van de beweging naar zelf en thuis als het kan. Hoe dit verder per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
73	3. Rol van zorgkantoren	Op welke wijze ondersteunen de zorgkantoren mantelzorgers?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat ze nodig vinden om met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe dit per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
74	3. Rol van zorgkantoren	Wat zijn de criteria waaraan " voldoende verpleegzorgcapaciteit" moet voorzien? Welke rol spelen wachtlijsten en demografie hierbij ?	Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO.
75	3. Rol van zorgkantoren	Hier staat dat bij de overheid onder de aandacht wordt gebracht dat er sprake moet zijn van een realistisch meerjarig financieel kader met ruimte voor doelmatige reële tarieven. Hoe rijmt dit het verlagen van het richttariefpercentage in relatie tot de stijgende kosten voor personeel (Cao) en inflatie?	In de visie beschrijven de zorgkantoren wat wij onder de aandacht brengen bij de overheid. Dit doen wij vanuit o.a. de signalen in het veld. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven, hieronder vallen ook de invloed van CAO en inflatie.
76	3. Rol van zorgkantoren	Wat is de definitie van voldoende verpleegzorgcapaciteit? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid. Zo nee, waarom niet?	Voor het antwoord op deze vraag verwijzen wij u naar het programma WOZO.
77	4.1 Visie V&V	Met de programma's WOZO en wonen en zorg voor ouderen is landelijk een beweging op gang gezet om deze uitdagingen het hoofd te bieden." Voor zorgaanbieders is de inzet	Het ministerie van VWS heeft voor de jaren 2022-2026 regionale transitiemiddelen beschikbaar gesteld om de beweging van scheiden wonen- zorg

		van WOZO middelen voor het maken van de transitie van groot belang. De inzet van de WOZO middelen is echter onvoldoende transparant. Kan dit verduidelijkt worden?	voor de ouderenzorg te stimuleren. Het is aan het betreffende zorgkantoor om verduidelijking te geven over de inzet van deze middelen.
78	4.1 Visie V&V	Hoe gaat het zorgkantoor om met het borgen van kwalitatief goede WLZ-zorg? Wanneer verwacht u dat ontwikkelingen als "het formaliseren van de informele zorg" en "bekwaam is bevoegd" daadwerkelijk de nieuwe norm kunnen zijn? Dit betekent namelijk ook dat wij als zorgaanbieder naar een andere personele samenstelling kunnen kijken, waardoor we wellicht minder dure ZZP-ers hoeven in te zetten. Dan komen opgelegd kortingen op de tarieven weer heel anders over. Graag uw mening hierover.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
79	4.1 Visie V&V	Er wordt aangegeven: We organiseren een passend aanbod voor complexe doelgroepen. Wij ondervinden veel administratieve lasten door het ontbreken van een vertaaltabel VV-GGZ en vice versa. Het geeft veel administratieve lasten om makkelijk op- en af te schalen tussen beide grondslagen. Komt er een uitbreiding van de vertaaltabel met VV-GGZ? Zo ja per wanneer kunnen wij hier gebruik van maken? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Deze vraag gaat niet over de landelijke visie op zorginkoop. Wij adviseren u deze vraag met uw zorgkantoor op te nemen.
80	4.1 Visie V&V	We hebben in de Wmo gezien dat je in de uitvoering vastloopt op een gebrek aan bepaalde "afdwingbaarheid" bij klanten. Als klant en zijn/haar omgeving niet bereid zijn tot, wordt alsnog professionele ondersteuning ingezet. De Wmo zoals deze primair bedoeld is komt daardoor maar beperkt tot uitvoering en blijven de instroom en kosten onverminderd hoog. Op welke wijze zou dit in de WLZ dan wél mogelijk zijn om hierin resultaten te behalen, lees: minder inzet van uren professionele ondersteuning/hulp. Hoe gaat het Zorgkantoor hier vorm aan geven, samen met het CIZ en de aanbieders?	Zorgkantoren herkennen het belang dat goed invulling wordt gegeven aan de zorg en ondersteuning in alle sectoren en de relatie tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Zorgkantoren zijn hierover met partijen in gesprek, onder andere in het kader van de IZA en de WOZO.
81	4.1 Visie V&V	Hoe verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders blijven innoveren, investeren ten gunste van de uitgangspunten in de visie? Aan de ene kant wordt dit verwacht, aan de andere kant wordt administratieve lastendruk verhoogd en tarieven verlaagd.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
82	4.1 Visie V&V	Ten aanzien van betaalbaarheid; waarom volgt het zorgkantoor niet de lijn van de gemeentes, waarin inzet van PNIL bij levering WMO contractueel verboden wordt?	Zorgkantoren sluiten geen contract met zorgverleners, dat doen de zorgaanbieders. Zorgkantoren zijn wel met partijen in gesprek om een oplossing te zoeken in relatie tot de betaalbaarheid.

83	4.1 Visie V&V	Betaalbaarheid: er verdwijnt zorggeld in winstuitkeringen. Heel veel particuliere initiatieven/ PGB aanbieders leveren zorg aan de ouderen die later bij de V&V worden aangeboden (wanneer zorgvraag toeneemt). Wij nemen deze ouderen over tegen hetzelfde tarief, maar met zoveel meer kwaliteits- en verantwoordingseisen. Waarom hoeven de particuliere initiatieven niet te voldoen aan dezelfde eisen als aanbieders V&V zodat dit wordt voorkomen?	Wij delen uw zorgen, maar zorgkantoren hebben hierin geen rol omdat budgethouders zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die zij met het PGB inkopen.
84	4.1 Visie V&V	Hoe gaat ZN/zorgkantoor aan de cliënten met een Wlz-indicatie duidelijke kaders scheppen rondom de keuzemogelijkheden en -onmogelijkheden?	Het vaststellen van de Wlz aanspraken en de verschillende leveringsvormen die mogelijk zijn om de geïndiceerde zorg te verzilveren behoort niet primair tot de verantwoordelijkheid van zorgkantoren. Zorgkantoren zijn wel in gesprek met partijen om te bekijken welke kaders noodzakelijk zijn om de zorg toekomstbestendig te maken.
85	4.1 Visie V&V	Klant-werkgebied ratio: (versnippering voorkomen en samenwerken optimaliseren) blijft er voldoende ruimte voor identiteitgebondenzorg.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
86	4.1 Visie V&V	Beperking intramurale zorg, zoveel mogelijk thuis. Hebben de zorgkantoren daarbij rekening gehouden met de personele formatie? Niet iedere intramurale medewerker wil extramuraal werken. Verschuiving is dus niet vanzelfsprekend. Raken we daardoor niet nog meer mensen kwijt?	De bestaande capaciteit van intramurale zorg wordt niet beperkt. Alleen de groei die nodig is in verpleegzorg de komende jaren zal grotendeels plaats vinden in de extramurale setting. Personeel zal dus niet noodzakelijk van intramuraal naar extramuraal hoeven te verschuiven.
87	4.1 Visie V&V	Gepromote netwerkversterking toepassen: komt dat voldoende terug in de werkprocessen van het indicatieproces?	Deze vraag heeft geen betrekking op de landelijke visie op de langdurige zorg.
88	4.1 Visie V&V	Eigen regie cliënt blijft benadrukt worden: passende zorg bieden we steeds meer maar is een keer uitgeput. Daarnaast: Spelen de zorgkantoren in op de financiering en facilitering om het netwerk te versterken (veel familieleden /netwerkleden moeten werken?)	De vraag is onvoldoende duidelijk. De financiering en facilitering om het netwerk te versterken is een taak die binnen het domein van de Wmo ligt.
89	4.1 Visie V&V	Hoe is de systeemfunctie ongeplande nachtzorg meegenomen? Gemiddeld % van cliëntenbestand wordt verrekend. Dat kan de zorg onnodig duur maken. Is het uitgaan van mogelijk geïndiceerde nachtzorg door de wijkverpleegkundige niet beter wanneer geen netwerk beschikbaar is? De meeste cliënten ontvangen nooit nachtzorg.	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Deze vraag is te specifiek voor het visiedocument en afhankelijk van de context van de regio van het zorgkantoor. We verwijzen dan ook naar het inkoopbeleid van het desbetreffende zorgkantoor.
90	4.1 Visie V&V	Wij missen hier de rol van de verpleegkundig specialist. Kan de verpleegkundig specialist een expliciete plaats krijgen in het beleid? En hoe wordt de financiering van de verpleegkundig specialist geregeld?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het

			betreffende zorgkantoor. De financiering van de verpleegkundig specialist maakt onderdeel uit van de NZa-beleidsregels.
91	4.1 Visie V&V	Hoe wordt geborgd dat onze Cliënten die identiteitsgebonden zorg vragen en van ons afnemen, dit in de toekomst ook kunnen blijven ontvangen?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
92	4.1 Visie V&V	Het Zorgkantoor stuurt er op om Zorg In Natura (ZIN) te stimuleren. Kan het Zorgkantoor aangeven hoe zij deze beweging voor hun zien? Is hier voor een ZIN aanbieder ook een rol in weggelegd?	Zowel in de visie op de langdurige zorg als in het uitgewerkte inkoopbeleid van de zorgkantoren kunt u teruglezen op welke wijze zorgkantoren dit voor ogen hebben. Voor zorgaanbieders is daarbij een belangrijke rol weggelegd. Het zorgkantoor zal hierover graag met u in gesprek gaan.
93	4.1 Visie V&V	Pg 18 laatste zin: “ Zorgkantoren leggen de keuzemogelijkheden duidelijk uit aan hun cliënten en maken afspraken met zorgaanbieders over de rol van de zorgaanbieders hierin.” Kan ZN deze rol van de zorgaanbieder bepalen? Wat is de grondslag daartoe in de Wlz of onderliggende beleidsregels?	Wij vinden het een vanzelfsprekendheid dat zorgaanbieders de cliënten goed informeren over de keuzemogelijkheden op het moment dat met de client wordt besproken wat een passend zorgaanbod is.
94	4.1 Visie V&V	Regionale samenwerking realiseren kost tijd en geld. Daar zou in geïnvesteerd moeten worden om in de toekomst te kunnen besparen. We zien in het inkoopbeleid niet terug dat u wilt investeren om in de toekomst te besparen. Kennelijk wilt u die last bij de zorgaanbieders neerleggen, maar die hebben daar ook geen ruimte voor in deze tijd waarin kosten stijgen en lagere vergoedingen worden ontvangen. Hoe zit u dit voor zich?	Er zijn transitiemiddelen beschikbaar voor de jaren 2022 tot en met 2026, waarmee deze ontwikkelingen gefinancierd kunnen worden. In het regionaal zorginkoopdocument van uw zorgkantoor leest u of en op welke wijze u hier een beroep op kunt doen.
95	4.1 Visie V&V	Mantelzorg is steeds minder beschikbaar (afnemend aantal mensen) en ook de individualisering neemt toe. Hoe ziet u voor zich dat wij de informele zorg en mantelzorg organiseren?	Zorgkantoren zien dat de capaciteit van informele zorg in het algemeen onder druk staat. Het is echter nodig om de capaciteit die wel aanwezig is zo goed mogelijk te benutten. Het is een brede maatschappelijke beweging die gemaakt moet worden om duidelijk te maken dat de zorg niet zonder de inzet van mantelzorger en vrijwilligers kan, omdat de beroepsbevolking afneemt.
96	4.1 Visie V&V	Hoe is dit volgens u te rijmen met de genoemde individualisering welke op blz. 28 is genoemd?	De vraag is onvoldoende duidelijk.
97	4.1 Visie V&V	De ontwikkeling naar andere passende voldoende woonvormen is een belangrijke voorwaarde voor de beweging naar 'thuis als het kan'. Deze woonvormen zullen niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Hoe zorgt u er voor dat de beweging toch ingezet kan worden? Wat verwacht u daarin van zorgaanbieders?	De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. Daarnaast zijn zorgkantoren met lokale partners in gesprek om de beweging op een goede manier vorm te geven.

98	4.1 Visie V&V	De zorg instellingen dienen nauw samen te werken aangaande passende zorg met de verschillende domeinen. Hoe kijkt u aan tegen de samenwerking tussen het zorgkantoor en de diverse zorgverzekeraars in dit verband daar hierover niets beschreven staat en dit ook een grote invloed heeft?	Zorgkantoren en zorgverzekeraars werken in het kader van passende zorg met partners samen om de beweging vorm te geven.
99	4.1 Visie V&V	Er staat niets beschreven over hoe zorgkantoren met zorgverzekeraars samenwerken. Wat kunnen wij verwachten over de samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars?	Zorgkantoren werken met partijen samen om de zorg toekomstbestendig te maken. Daarin is ook de samenwerking met zorgverzekeraars geborgd.
100	4.1 Visie V&V	Dit document is sterk gefocust op de doelmatigheid en betaalbaarheid van langdurige zorg. Wij vinden dat de zorgplicht van zorgkantoren echter veel belangrijker is. Bent u het hiermee eens? Zo ja, welke concrete stappen onderneemt u? Zo nee, graag uw toelichting.	Zorgkantoren zien de toegankelijkheid van zorg net als betaalbaarheid- en kwaliteit van zorg als cruciaal aspect. Zorgkantoren werken met partijen samen om ervoor zorg te dragen dat alle aspecten voldoende worden geborgd.
101	4.1 Visie V&V	Er is een groot tekort aan levensloopbestendige woningen. Als MPT en VPT daarmee niet of onvoldoende tot de mogelijkheden behoren, dient het de zorgaanbieders niet aangerekend te worden dat de beweging naar meer MPT en VPT niet mogelijk is. Hoe houdt u hier rekening mee?	De transitie naar langer thuis wonen (als het kan) is een beweging waar vele partijen hun steentje in bijdragen en afhankelijk van elkaar zijn. Het ministerie van BZK is bezig met het versterken van de regie om woningbouw voor ouderen te stimuleren en te versnellen. De rol van zorgaanbieders in de keten wordt in relatie tot het grotere geheel bekeken.
102	4.1 Visie V&V	blz. 17 'een recht op een woning waar passende zorg geleverd kan worden, vraagt een grote inzet vanuit de Wmo en Zvw. Hoe ziet deze samenwerking eruit vanuit het zorgkantoor?	Zorgkantoren zijn als partij betrokken bij de uitvoering van het Programma Wonen en zorg voor ouderen. In overleg met de aangesloten partijen worden afspraken gemaakt over de realisatie van de gemaakte afspraken.
103	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Er staat: "Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hun aanbod aanpassen…". Wat wordt hiermee bedoeld? Willen de zorgkantoren dat wij uitbreiden of zorg afstoten?	Wij bedoelen hiermee dat het zorgaanbod op meerdere gebieden moet worden aangepast. Dit hangt voor een belangrijk deel samen met de kanslijnen opgenomen in het landelijk akkoord VGN-ZN. De inhoud van deze kanslijnen vragen om een aanpassing van het zorgaanbod. De kanslijnen worden verder toegelicht in deze paragraaf. Meer toelichting over de kanslijnen vindt u op de website van VGN.
104	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Op pagina 21 geeft u bij kanslijn 4 aan dat er voldoende betaalbare sociale huurwoningen moeten zijn. Vanwege de krapte in de huizenmarkt ligt hier een grote uitdaging. Welke rol ziet het zorgkantoor hier voor zichzelf in weggelegd om bij te dragen aan het voldoende beschikbaar hebben van betaalbare sociale huurwoningen? Zodat de door u geschetste beweging vanuit kanslijn 4 voortgang kan behouden.	De omslag naar extramuralisering is ingewikkeld en vraagt om creativiteit. Hierbij verwachten wij van zorgaanbieders dat zij bij voorkeur gezamenlijk in een regio op zoek gaan naar passende oplossingen zoals, in gesprek met woningbouwcorporaties, gemeentes of investeerders. Eveneens kan het gesprek gevoerd worden met cliënten om de mogelijkheden te verkennen om de huidige woonvorm via een andere leveringsvorm te financieren. Het zorgkantoor kan bij deze gesprekken aanwezig zijn. Verder willen wij u er op wijze dat er per kanslijn een leertafel opgezet wordt om te faciliteren dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren en vragen kunnen stellen. Meer informatie vindt u op de website van VGN.

105	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	U stelt dat een nieuwe invulling van zorg nodig is. Dit hangt wat ons betreft nauw samen met de dialoog over kwaliteit (zie pagina 14 bullet 6) en wat 'zorg' is. Kunt u aangeven wat wordt verstaan onder 'zorg'?	Wij kunnen deze vraag gesteld door een Wlz gecontracteerde zorgaanbieder niet serieus nemen. Wij verwijzen dan ook naar de Wet langdurige zorg en/of het Wlz zorgkompas op de website van het Zorginstituut.
106	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	De toegankelijkheid van complexe en intensieve zorg in de VG staat onder grotere druk dan de reguliere zorg. Als zorgaanbieder kunnen we ons zorgaanbod aanpassen. Maar er zijn externe factoren (vergoeding VG7, PNIL-kosten) waarop een aanbieder weinig invloed heeft maar die wel randvoorwaardelijk zijn in de levering van complexe zorg. Welke rol nemen zorgkantoren in bij de factoren die door een zorgaanbieder niet te beïnvloeden zijn?	In de meeste gevallen is het zo dat zorgkantoren ook geen invloed hebben op de externe factoren, zoals bijvoorbeeld de PNIL, aangezien zij afhankelijk zijn van politieke besluitvorming. Wij kunnen deze factoren met elkaar verkennen en waar nodig meenemen naar de landelijke overlegtafels. Over de vergoeding van de VG7 is in de regionale Nota van Inlichtingen nieuw beleid opgenomen.
107	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Zorgkantoren geven aan betere informatievoorziening aan nieuwe klanten te bieden. Als eerste contact zijn wij van mening dat het zorgkantoor een belangrijke informerende functie heeft bij nieuwe klanten. Bent u het er mee eens dat het zorgkantoor hierbij ook de leveringsvormen, inzet van het netwerk en het verwachtingsmanagement t.a.v. kwaliteit dient te bespreken? Zo ja, hoe wordt dit ingericht en geborgd?	Wij zijn het met u eens. Zorgkantoren instrueren de medewerkers die contact hebben met de cliënten over deze thema's, zodat zij dit kunnen meenemen in het gesprek met de cliënt.
108	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	De kosten van de langdurige zorg overstijgen de kosten vanuit de ziekenhuizen en wijkverpleging. Hierdoor komt de betaalbaarheid van zorg steeds meer onder druk. Ambulantisering (VPT/MPT) lijkt als oplossing te worden gezien voor het verminderen van de uitgaven. In de ouderenzorg begrijpen we deze inzet vanwege het eigen vermogen dat klanten hebben. Binnen de gehandicaptenzorg maken wij ons hierover zorgen. Enerzijds vanwege de inkomenspositie van klanten en anderzijds vanwege de krappe woningmarkt. Daarnaast is voor ons onvoldoende duidelijk of inzet van VPT/MPT daadwerkelijk tot een kostendaling leidt of dat mogelijk zelfs duurder is omdat kosten op een andere plek gemaakt worden. Is de inzet op ambulantisering in de gehandicaptenzorg gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek of gaat het hier om aannames. Graag ontvangen wij dan de link naar het onderzoek. Indien er geen onderzoek is naar ambulantisering en de kosten/baten in de gehandicaptenzorg verzoeken wij u deze alsnog te laten doen.	Wij hebben onze visie niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In het landelijk akkoord hebben zowel ZN/Zorgkantoren als VGN/Zorgaanbieders vastgelegd dat de beweging naar ambulantisering gemaakt moet worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij merken wij op dat dit geen verplichting is voor iedere cliënt, maar dat de mogelijkheden moeten worden onderzocht voor de cliënten die het willen en waarbij het kan om de zorg op andere wijze in te vullen. Voor meer informatie over het landelijk akkoord en de kanslijnen verwijzen wij u naar de website van VGN.
109	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Kan het Zorgkantoor het verband tussen IZA en GALA aangeven met betrekking tot de gehandicaptenzorg?	In bijlage 1 van het GALA vindt u een uitgebreide toelichting op de verbinding tussen beide akkoorden en wat dit betekent voor de gehandicaptenzorg.

110	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Hoe kijkt ZN naar de grote regionale verschillen tussen de verschillende zorgkantoren en diens individuele beleid? Bijvoorbeeld het kortingspercentage m.b.t. VG3 en VG4 voor het NHC/NIC component voor de CZ zorgkantoor regio. Immers de verschillen per zorgkantoor (over regio's heen) die niet zijn gebaseerd op regionale verschillen zijn ongewenst. Het leidt namelijk tot ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.	Zorgkantoren hebben gezamenlijk een transparant tariefmodel opgesteld voor de onderbouwing van de tarieven. In het eigen inkoopbeleid werken de zorgkantoren de tariefsystematiek verder uit. Dat geeft ruimte voor maatwerk en differentiatie zodat kan worden gestuurd op het behalen van de in de inkoopvisie gestelde doelen van het betreffende zorgkantoor en het realiseren van de gewenste beweging in de regio. Er is naar onze mening geen sprake van ongelijke zorg voor cliënten met dezelfde zorgvraag.
111	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Sluiten de Zorgkantoren voor wat betreft kanslijn 1 uit het landelijk akkoord van VGN en ZN aan op de Visie 2030 en Lab 2030 van de VGN met betrekking tot vernieuwing in dagbesteding?	De uitkomsten uit Lab 2030 over 'vernieuwing dagbesteding' kunnen ter inspiratie worden meegenomen bij de uitvoering van kanslijn 1 uit het landelijke akkoord. Deze past namelijk goed binnen kanslijn 1: Betekenisvolle daginvulling
112	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	Wij hebben een grote groep LVG (1-3) jongeren in zorg. De zorg voor deze jongeren is strak ingekaderd. Deze inkadering en bijbehorende voorwaarden die gesteld worden aan het leveren van deze zorg maakt hij (bijna) onmogelijk om afwijkende zorgafspraken te maken. VPT en MPT is bijvoorbeeld niet mogelijk terwijl dit wel heel passend kan zijn (passende zorg). Is deze doelgroep en de problematiek waar zij tegen aanlopen wel voldoende in beeld bij ZN?	Deze doelgroep en de problematiek is in beeld bij de zorgkantoren. Hierover schrijven wij in dezelfde paragraaf van de visie het volgende " We zijn ons ervan bewust dat deze beweging niet voor alle doelgroepen in de GZ mogelijk is. Door te werken aan de ambities van de kanslijnen, ontstaat er meer ruimte voor de zorg aan mensen met een intensievere, veelal intramurale, zorgvraag. Dit is nodig, omdat we zien dat het voor de meest complexe zorg moeilijk blijft om voldoende passend aanbod beschikbaar te hebben. Zorgkantoren spannen zich daarom naast de kanslijnen ook in om de komende jaren samen met de zorgaanbieders in de regio passend aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep. Waar nodig stemmen zorgkantoren en zorgaanbieders dit landelijk met elkaar af."
113	4.3 GGZ	Organisatie van zorg: Kunnen we hieruit opmaken dat de GGZ-B pakketten blijven bestaan? In eerdere berichtgeving werd aangegeven dat de GGZ-B pakketten in de toekomst zouden verdwijnen. GGZ Drenthe gebruikt de B-pakketten bij herstelgerichte zorg. Zou u uw antwoord willen motiveren?	Wij hebben voor nu geen aanwijzingen dat de indicaties GGZB verdwijnen.
114	5.1 Innovatie	In uw beleid is sprake van toenemende vereisten die niet in de NZA kostprijs zijn opgenomen. Wij noemen hierbij doch niet uitsluitend de 3 toepassing zorgtechnologie, KICK-V, Duurzaamheid, toename van opname kosten/ leegstandskosten door verhoogde omloopsnelheid vanuit extramuralisatie VV4 en wellicht ook VV5. Hiertegen maken wij bezwaar.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Wij passen ons beleid en voorwaarden hier niet op aan.
115	5.1 Innovatie	Halen de zorgkantoren actief bewezen innovaties op bij zorgaanbieders of dienen zorgaanbieders zelf proactief te zijn in het delen van volgens hen bewezen innovaties?	Zorgkantoren zetten zich actief in voor het ophalen en opschalen van innovaties. Dat laat onverlet dat zorgkantoren ook graag rechtstreeks van zorgaanbieders horen welke bewezen innovaties veelbelovend zijn.
116	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Deze is echter met haar	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Ook de Wlz maakt hier onderdeel van uit.

		inzet vooral ook ingestoken op de Zvw. Hoe wordt dit kenniscentrum voor de klanten voor de Wlz gezien?	
117	5.1 Innovatie	Vanuit ZN wordt het Kenniscentrum Digitale Zorg een verzamelplek van bewezen innovaties. Vilans heeft een landelijke Kennisbank Digitale Zorg. Waarom kiest ZN voor een eigen Kenniscentrum in plaats van aan te haken bij de landelijke Kennisbank vanuit Vilans? Wij verzoeken u tot samenwerking, dan wel samenvoeging, met de Kennisbank van Vilans vanwege administratieve lastenverlichting. Graag ontvangen wij uw gemotiveerde besluit.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg ontwikkelt zich door tot een landelijk platform. Met het landelijk platform wordt, zoals in het IZA geformuleerd, beoogd dat verschillende partijen samenwerken in het stimuleren van de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties.
118	5.1 Innovatie	Er wordt een lijst met bewezen innovaties aangemaakt. Worden deze innovaties via wetenschappelijke onderzoek of middels practice based onderzoek toegevoegd aan de lijst bewezen innovaties? En worden in deze onderzoeken de kosten- en batenanalyses meegenomen?	De innovaties worden via het zorgtransformatiemodel beoordeeld. Meer informatie is te vinden op de website van het Kenniscentrum Digitale Zorg.
119	5.1 Innovatie	Het klinkt theoretisch logisch om niet 'het wiel opnieuw uit te vinden', maar vaak blijkt dat je er juist in een (regionale) context achter komt aan welke kar je dat wiel moet zetten en hoe je dat wiel onderhoudt en hoe je het vervangt als het stuk is etc. etc. Dat (saaie) deel van implementatie moet telkens (gedeeltelijk) opnieuw en is kostbaar. Welke rol kan het zorgkantoor daarin spelen?	Zorgkantoren hebben een regionale functie en halen veel waardevolle informatie op die zorgaanbieders kunnen gebruiken bij de implementatie van een innovatie. Zorgkantoren wisselen onderling ook ervaringen uit. Daarnaast zijn zorgkantoren aangesloten op het Kenniscentrum Digitale Zorg wat zich doorontwikkeld tot een landelijk platform. Het implementatievraagstuk is onderdeel van de werkwijze.
120	5.1 Innovatie	Het is onbekend welke innovaties op de lijst komen te staan, en welke voor ons bruikbaar zijn d.w.z. op enige wijze rendabel zijn mede gezien de strategische keuze voor cliënten met een (zeer) complexe zorgvraag? Worden wij gehouden aan implementatie ondanks dat een bewezen innovatie voor onze zorgorganisatie niet kan worden terugverdiend?	Waardebepaling is onderdeel van het bewezen maken van innovaties. Dit is zowel op o.a. inhoudelijk als financieel aspect. De implementatie van bewezen innovaties is verder uitgewerkt in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
121	5.1 Innovatie	Onder het kopje "Wat verstaan we onder innovatie en implementatie" schrijft u: "Wanneer een innovatie bewezen effectief is (onder andere conform het kader Passende zorg van ZiNL en het Nationaal Platform digitale zorgtransformaties), wordt deze opgeschaald en geïmplementeerd bij zorgaanbieders die geen deel hebben uitgemaakt van de innovatiefase." Betekent dit dat alle bewezen effectieve innovaties een verplichting zijn om te implementeren? Een bewezen innovatie hoeft niet voor iedere organisatie passend te zijn. Bent u bereid hierover in gesprek te gaan en met individuele aanbieders passende afspraken over te maken?	We gaan uit van het "pas toe en leg uit" principe. Indien u van mening bent dat een bewezen innovatie niet passend is voor de Cliënten waaraan u zorg levert, kunt u hierover in gesprek gaan met uw zorginkoper.

122	5.1 Innovatie	Wanneer kan het zorgkantoor inzicht geven in de thema's met bewezen innovaties? Dit lijkt ons van groot belang als het gaat om de invoering van de Common Practices.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
123	5.1 Innovatie	Wanneer gaat u helderheid geven van uw overzicht van bewezen innovaties en bent u zich er van bewust dat we vanuit onze eigen professionele expertise gebruik maken van diverse kenniscentra?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Andere kenniscentra kunnen een aanvulling zijn voor het kenniscentrum digitale zorg.
124	5.1 Innovatie	U schrijft in de visie met betrekking tot innovatie dat zorgkantoren een overzicht zullen leveren van thema's met bijbehorende bewezen innovaties. Op dit moment bestaan er verschillende 'overzichten' in de sector,(o.a. Vilans en Kenniscentrum Digitale Zorg) Kunt u aangeven op welke wijze en wanneer u helderheid gaat verschaffen over het overzicht dat zorgkantoren gaan genereren?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector.
125	5.1 Innovatie	Wordt de implementatie en borging financieel ondersteund?	De implementatie en borging is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
126	5.1 Innovatie	De focus op digitale zorg is helder en steunen wij volledig. Wij missen de financiering voor de kosten van de inzet van digitale zorg, zoals Mobilecare. Wij maken bezwaar tegen het feit dat de kosten voor digitale zorg niet gefinancierd worden.	De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
127	5.1 Innovatie	Op blz. 25 staat: ".. daarbij willen we "VOORAL" inzetten op arbeidsbesparende innovaties . Wat is het nu?	We zetten in op de implementatie van innovaties in de zorg, waarbij arbeidsbesparing extra aandacht krijgt.
128	5.1 Innovatie	Waar kunnen we de betreffende digitale vindplaats (etalage) vinden?	Meer informatie kunt u vinden op de website van het kenniscentrum digitale zorg.
129	5.1 Innovatie	Hoe worden zorgaanbieders geïnformeerd over niet geslaagde innovaties en bijhorende reden van niet slagen?	Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt.
130	5.1 Innovatie	Op welke manier zorgen de zorgkantoren ervoor dat niet op meerdere plekken het wiel wordt uitgevonden? En op welke manier communiceren ze hierover met de zorgaanbieders?	Dit punt wordt door de zorgkantoren nog nader uitgewerkt.

131	5.1 Innovatie	Combinatie innoveren en zorgvuldig opschalen zorgt voor succesvolle verandering': dit vraagt ook inzet en dus tijd en capaciteit van onze (zorg)medewerkers. Hoe ziet u voor zich dat wij deze (zorg)medewerkers vrijspelen met deze krappe bezetting?	Het is aan de zorgaanbieder om hierin een zorgvuldige afweging te maken zodat wordt voldaan aan de doelstellingen van de langdurige zorg.
132	5.1 Innovatie	Het onderbouwen van innovaties vereist zorgvuldig onderzoek. Samenwerking met alleen zorgaanbieders is onvoldoende, er is (juist) ook samenwerking met kennispartners is nodig. Hoe krijgt dat vorm? Kent u de methodiek weten wat werkt voor onderbouwen meerwaarde technologie?	Het Kenniscentrum Digitale Zorg maakt gebruik van het zorgtransformatiemodel.
133	5.1 Innovatie	U benoemt de landelijke programma's die van belang zijn voor zorgaanbieders uit de langdurige zorg. - Welke financieringsmogelijkheden onderkent u hierbij? - Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is?	De implementatie en eventuele mogelijkheden voor financiering is verder uitgewerkt in het regionaal beleid van uw zorgkantoor.
134	5.1 Innovatie	Welke bewezen effectieve innovaties ziet het zorgkantoor voor zich, wat houden deze in en op welke wijze zorgen ze voor tijdsbesparing? Het lijkt erop dat innoveren en veranderen met elkaar verward worden door het zorgkantoor. Om effectief te veranderen moeten we deze veranderingen zo concreet mogelijk maken en op basis daarvan het gesprek voeren.	Het Kenniscentrum Digitale Zorg bevat kennis en ervaring rondom digitale toepassingen in de zorg. De komende jaren wordt dit aanbod verder uitgebreid en werken we graag samen met zorgaanbieders en ontwikkelaars om de lijst verder uit te breiden. Het streven van de zorgkantoren is om op 1-1-2024 een bruikbare landelijke lijst te hebben met digitale toepassingen in de langdurige zorg, gespecificeerd naar inzetbaarheid per sector. Waardebepaling, waaronder tijdsbesparing is een onderdeel van het zorgtransformatiemodel wat het kenniscentrum toepast voor bewezen innovaties.
135	5.1 Innovatie	blz. 26 Kunt u uitleggen wat u met het principe pas toe of leg uit bedoelt?	We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting.
136	5.1 Innovatie	blz. 27 afspraken over digitalisering zijn niet vrijblijvend, wat houdt dat concreet in?	De zin "Hierover worden afspraken gemaakt die voor zorgaanbieders niet vrijblijvend zijn" verwijst naar de invulling van het regionale inkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.
137	5.1 Innovatie	blz. 10 elektronische gegevensuitwisseling en realisatie wordt komende jaren gestimuleerd. Hoe zit dit eruit? Wanneer wordt het een verplichting?	Afhankelijk van het soort landelijk programma en de betreffende tijdlijn kunnen zaken een verplichtend karakter krijgen.
138	5.1 Innovatie	Op pagina 11 staan een aantal zaken m.b.t. digitale gegevens overdracht. Het is niet duidelijk of deze aan het eind 2024 geïmplementeerd moeten zijn of dat de organisatie daar in ieder geval aantoonbaar mee aan de slag is.	De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen.
139	5.1 Innovatie	Wat is het 'pas toe of leg uit principe'? Wij stellen voor om een de definitielijst te maken van de belangrijkste begrippen in het zorginkoopbeleid. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	We verwachten implementatie van bewezen innovaties. Indien u hiervan af wenst te wijken, verwachten we een toelichting. We nemen uw voorstel voor een begrippenlijst mee in overleg tussen de zorgkantoren. We nemen

			nu geen begrippenlijst op in de visie op duurzame toegang tot langdurige zorg.
140	5.1 Innovatie	Vanuit zorgkantoren wordt ingezet op betere gegevensuitwisseling middels digitalisering waarbij verschillende programma's aangegeven worden. Welke doelstellingen heeft het zorgkantoor hiervoor in gedachten? Wat is de tijdsplanning wanneer bepaalde doelstellingen gereed dienen te zijn?	De doelstelling is aansluiten bij de verbetering van gegevensuitwisseling. De verschillende landelijke programma's hebben een eigen tijdlijn. U wordt t.z.t. op de hoogte gebracht van verschillende tijdlijnen.
141	5.2 Kwaliteit	Er wordt gesproken over zorg van goede kwaliteit, waarbij wordt aangesloten bij de eisen die vanuit de IGJ en kwaliteitskaders worden gesteld. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	In onze visie hebben opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
142	5.2 Kwaliteit	Er staat: "De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn." Hoe verhoudt zich dit tot het kwaliteitskader, waarin een continu lerende en zichzelf verbeterende organisatie het uitgangspunt is?	Vanuit het kwaliteitskader volgt een bepaald kwaliteitsniveau waaraan vastgehouden dient te worden. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Het continu verbeteren zien wij dan ook als een belangrijk punt om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. In de kwaliteitskaders wordt ook een oproep gedaan om vast te houden aan wat goed gaat, laat dat het uitgangspunt zijn.
143	5.2 Kwaliteit	In bullet 6 van pagina 14 geeft u met betrekking tot kwaliteit aan dat het bijstellen van kwaliteit niet enkel iets is van zorgkantoren en aanbieders. Deze zin geeft ons inziens onvoldoende de uitdaging aan. We stellen een aanpassing voor: 'Het bijstellen van de focus van verbeteren kwaliteit naar behouden van kwaliteit, om de zorg ....' Dit sluit beter aan bij de inhoud van paragraaf 5.2. Kunt u zich vinden in het voorstel tot wijziging? Zo ja, kan deze zin toegevoegd worden?	We passen de tekst in de visie niet aan, omdat wij ons niet kunnen niet vinden in uw voorstel.
144	5.2 Kwaliteit	In paragraaf 5.2 geeft u aan dat het uitgangspunt is het centraal stellen van de mensen aan wie zorg wordt verleend. In de transitie naar toekomstgerichte Wlz-zorg kan dit adagium een belemmerende factor zijn. Bent u het er mee eens dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan door de arbeidsmarkt en hoge PNIL-kosten? Zo ja, kunt u	In onze paragraaf aanleiding en urgentie hebben wij de uitdagingen die wij zien beschreven en hoe dit zijn weerslag heeft op onder andere de toegankelijkheid. Het mooie werk waar u naar refereert wordt zeker gezien, maar heeft in de visie nauwelijks aandacht gekregen omdat de aanleiding en de urgentie tot veranderen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, de rode draad vormt.

		aangeven waarom in dit visiedocument weinig aandacht is voor 'mooi werk' voor zorgverleners?	
145	5.2 Kwaliteit	Om voldoende zorgverleners te behouden zullen we op zoek moeten naar andere vormen van opleiden en verder kijken dan enkel diploma's en certificaten maar ook levenservaring mee te nemen. Hoe staan zorgkantoren tegenover een andere manier van opleiden en inzetten van zorgverleners als deze niet voldoen aan de huidige (kwaliteits)eisen maar wel de juiste kwalitatieve zorg kunnen bieden?	Zoals in onze visie wordt aangegeven is er een andere invulling van bepaalde taken nodig om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Alhoewel wij vasthouden aan de geldende beroepsgroep- en kwaliteitsnormen stimuleren wij creatieve manieren om dit te realiseren. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.
146	5.2 Kwaliteit	Op pagina 28 beschrijft u dat het gaat om het behouden van de het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Op pagina 29 beschrijft u dat de zorgprofessional met de beschikbare middelen niet in staat is de zorg te blijven leveren zoals we dat nu gewend zijn. Een andere invulling van taken is niet vrijblijvend en heeft invloed op de kwaliteit van zorg. Kunt u vertellen hoe de zorgkantoren zich inzetten om het maatschappelijk debat te voeren hierover, zodat zorgaanbieders niet voortdurend in gesprek hoeven met Cliënten die menen 'recht' te hebben op de kwaliteit van zorg zoals in het (achterhaalde) kwaliteitskader is beschreven?	In hoofdstuk 3 van onze visie staat beschreven welke rol het zorgkantoor nu en in de toekomst zal vervullen en wat u van ons mag verwachten. Daarin geven wij aan dat we cliënten informeren over wat zij mogen verwachten binnen de langdurige zorg; de (on)mogelijkheden van zorg. Wij zorgen voor een passende informatievoorziening. Hoe de zorgkantoren hier precies invulling aan gaan geven is voorbehouden aan de individuele zorgkantoren. Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld ook bijeenkomsten met cliëntenraden organiseren, waarin zij dit bespreken. Daarnaast brengen wij kwaliteit ook onder de aandacht bij de overheid.
147	5.2 Kwaliteit	Wanneer wordt de bekostiging van de verpleegkundige palliatieve zorg, net zoals in de ziekenhuizen, naar waarde gefinancierd in de V&V van uit de zorgkantoren?	Zorgkantoren spelen hierin geen rol. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de Wlz zorgprestaties.
148	5.2 Kwaliteit	Pg 28 laatste zin: “De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders.” Dat betekent volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onder meer: ‘Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgprofessionals beschikbaar om deze taken te verrichten’ en ‘Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.’ Wij vragen ZN een bevestiging dat dit kwaliteitsniveau geldt bij de inschrijving voor de Wlz 2024-2026. Als ZN daar anders over denkt, dan verwachten we in het antwoord een inhoudelijke toelichting – welk kwaliteitsniveau volgens ZN geldt t.a.v. de professionele inzet en aanwezigheid in de 24-uurs verpleeghuiszorg.	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten dient voldaan te worden.

149	5.2 Kwaliteit	Omdat in de langdurige zorg niet direct kan worden afgeschaald in de toegankelijkheid, heeft een verlaging van de kosten per cliënt (en daarmee het tarief) gevolgen voor de kwaliteit van zorg welke wij als aanbieder kunnen leveren. Bent u het met ons eens dat de door u geboden tarieven betekenen dat wij moeten afschalen in de kwaliteit van zorg zoals beschreven in het huidige kwaliteitskader? Zo ja, welke afschaling verwacht u dat wij realiseren? Zo niet, hoe verwacht u dat wij met minder middelen hetzelfde kwaliteitsniveau realiseren?	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
150	5.2 Kwaliteit	Continu verbeteren is volgens de zorgkantoren geen realistisch doel meer. Tot nu maken kwaliteitsmiddelen onderdeel van de integrale tarieven, juist met als doel verbeteren. En wat betekent dit volgens u per 1 januari 2024 in de praktijk? Immers, de concrete invulling van het Kompas volgt pas in december 2023.	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten daar dient aan voldaan te worden.
151	5.2 Kwaliteit	We zien in de sector een krimpende arbeidsmarkt, meer individualisme, toenemende complexiteit ….etc. Hoe verhoudt met name meer individualisme zich tot de wens om mantelzorg/naasten nadrukkelijker in te zetten in de zorg en bij het voorkomen van zorg? Wat maakt dat u deze verwachting realistisch vindt?	Meer individualisme is een verschijnsel dat we over de gehele linie van de samenleving terugzien. Wanneer we specifiek kijken naar zorg voor naasten zien we ook bereidheid in het sociale netwerk van mensen met een langdurige zorgvraag om betrokken te zijn bij deze zorg danwel actief aan deel te nemen. Daarnaast zien wij ook steeds meer initiatieven naar voren komen waarbij een hele wijk of heel dorp hierin verantwoordelijkheid nemen. Dit maakt dat wij vertrouwen hebben in het sociale netwerk.
152	5.2 Kwaliteit	Er wordt beschreven dat: ‘Ondanks de toenemende druk op de sector vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn’. Er wordt verder beschreven dat de focus ligt op het behouden van het kwaliteitsniveau. Hoe verhoudt zich het behouden van het kwaliteitsniveau tot de tarieven die steeds verder onder druk komen te staan?	Ondanks de toenemende druk op de zorg en op de tarieven vinden zorgkantoren dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat: • de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld; • zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; • de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf.
153	5.2 Kwaliteit	Op pagina 28 van de visie op de duurzame toegang tot de langdurige zorg staat dat de zorg moet voldoen aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en uitgangspunten van de branches - en beroepsverenigingen. Wij zijn van mening dat in de huidige tijd van schaarste niet alle normen nog realiseerbaar zijn en dat ze soms ook belemmerend werken in de noodzaak om het anders organiseren. Bijvoorbeeld bij het toepassen van	Wij hebben op diezelfde pagina 28 van de visie eveneens aangegeven dat er een omslag in denken nodig in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. De focus op het continu verbeteren van de kwaliteit kan niet altijd meer het uitgangspunt zijn. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Die andere

		functiedifferentiatie. Deelt u die mening en hoe gaat u daarmee om gezien het gestelde op blz. 28?	invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg. En het is daarom ook belangrijk om mee te nemen in de (door)ontwikkeling van de kwaliteitskaders. We hierover de komende jaren in gezamenlijkheid met de landelijke partijen het overleg moeten voeren om daarin de juiste keuze te maken.
154	5.2 Kwaliteit	De zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf". Betekent dit dat vanuit uw kant er geen aparte kwaliteitsregels, bijvoorbeeld over de functiemix en bevoegdheidsverdeling, functiedifferentiatie worden gesteld? en wanneer hier wel sprake van is in het regionale inkoopbeleid, wat is dan de verhouding tussen beide documenten? welke prevaleert?	Vanuit ZN stellen wij geen aparte kwaliteitsregels. Hoe de invulling per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
155	5.2 Kwaliteit	Is het reëel om dezelfde kwaliteit van zorg te handhaven gezien de toestroom van Cliënten en minder medewerkers? Is het niet beter om na te denken wat verstaan kan worden onder basiskwaliteit?	In onze visie hebben we opgenomen dat ondanks de toenemende druk op de sector zorgkantoren vinden dat de kwaliteit goed moet zijn. Dit betekent dat de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf. Het gaat om het behouden van het kwaliteitsniveau dat volgt uit geldende kwaliteitskaders. Aan de normen vanuit de dan geldende kwaliteitskaders en - uitgangspunten dient voldaan te worden.
156	5.2 Kwaliteit	Bent u het er mee eens dat het streven naar verbetering van kwaliteit altijd het streven moet blijven, ook in tijden van krapte? Of bedoelt u dat we niet moet streven naar meer zorg en meer ingezette uren of middelen?	Waar dat kan, is dat het streven. Wel vinden wij ook dat we realistisch moeten zijn gezien de uitdagingen waar we voor staan. Deze zijn groot en omvangrijk waardoor het continu verbeteren van de gestelde kwaliteit niet altijd meer de prioriteit kan hebben. Om de zorg toegankelijk te houden zullen we moeten kijken hoe we de zorg zo efficiënt en doelmatig mogelijk in kunnen zetten waarbij meer zorg, meer uren en meer middelen niet het uitgangspunt is.
157	5.2 Kwaliteit	blz. 29 "we moeten accepteren dat niet alles altijd even goed gaat". Waar zit dan de foutmarge en hoe komt dit dan terug in de controles?	Wat we hier willen aangeven is dat, wanneer er gestart wordt met een ander manier van werken (om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit te borgen), er wellicht zaken zijn die in de opstart nog niet foutloos verlopen. Uitgangspunten hierbij blijven dat de zorg veilig en verantwoord is en dat de cliënt met respect wordt behandeld.
158	5.2 Kwaliteit	Er is een omslag in denken nodig in de manier waarop we naar de invulling en kwaliteit van zorg kijken. Tevens moeten we accepteren dat misschien niet altijd alles even goed gaat. De zorgprofessional is niet in staat om, met de beschikbare middelen, alle zorg te blijven bieden zoals we dat nu gewend zijn. Er is een andere invulling van bepaalde taken nodig (bijvoorbeeld digitale zorg of zorg door het eigen sociale netwerk) om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk	Zorgkantoren zijn van mening dat een andere invulling van de zorg en de taken samen kunnen gaan met het vergroten van het werkplezier en goed werkgeverschap. Wij zien het als onze rol om hierover met de zorgaanbieders het gesprek aan te gaan om goede voorbeelden op te halen, goede voorbeelden te delen en aanbieders hierover met elkaar in contact te brengen. Het is aan de zorgkantoren om hier verder in het regionale beleid invulling aan te geven.

		te houden. Die andere invulling van bepaalde taken is niet vrijblijvend en heeft ook invloed op de kwaliteit van de zorg." In een sector waar de werkdruk als zeer hoog wordt ervaren het ziekteverzuim (landelijk) zeer hoog is en de druk allen maar gaat toenemen. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze passage i.r.t. blz. 33 over goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier van professionals in de zorg en de professionele standaard? wat is er in het inkoopbeleid voorzien om het werkplezier en het goede werkgeverschap te vergroten?	
159	5.2 Kwaliteit	U schrijft 'de mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgkantoren om aan te sluiten bij wensen en behoeften in de toekomst zullen veranderen.' In hoeverre bedoelt u daarmee dat er ook bepaalde zorg niet meer geleverd gaat worden in de toekomst?	Aan de ene kant is de zorg volop in ontwikkeling wat maakt dat er steeds meer vernieuwde sociale en technologische concepten worden uitgerold binnen organisaties die de manier van zorg leveren veranderen. Sommige vormen van zorg raken achterhaald en worden vervangen door andere vormen van zorg. Aan de andere kant zien we ook de krapte op de arbeidsmarkt steeds verder oploopt wat maakt dat er wellicht in de toekomst vormen van zorg niet meer door professionals worden geleverd maar door het netwerk of dat sommige vormen van zorg niet meer kunnen worden geleverd.
160	5.3 Verduurzaming	In diverse documenten lezen wij de noodzaak om administratieve lasten te verminderen. Sluiten de hier genoemde formats aan bij de geldende wet- en regelgeving (bijv. jaarverslaggeving) of is hier sprake van een administratieve lastenverzwaring?	Op dit moment zijn er nog geen wettelijke verplichtingen, maar door de ondertekening van de green deal 3.0 'Samen werken aan duurzame zorg' door de brancheverenigingen zijn er wel morele verplichtingen. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. We sluiten hierbij aan bij de doelen uit de green deal 3.0.
161	5.3 Verduurzaming	Geldt de CO2 routekaart enkel voor Vastgoed of ook voor mobiliteit? Indien ook voor mobiliteit, welke CO2 routekaart dient dan aangeleverd te worden? Voor zover wij weten is daar namelijk nog geen voor ontwikkeld.	De CO2 routekaart betreft het zorgvastgoed. Een CO2 routekaart laat zien op welke manier een instelling wil werken aan de klimaatdoelen. De routekaart geeft per gebouw inzicht in de geplande maatregelen, de verwachtte CO2-reductie en de benodigde investeringen.
162	5.3 Verduurzaming	Er wordt expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?	De zorgsector werkt met CO2 routekaarten vanuit het Expertisecentrum Verduurzaming zorg (EVZ). Wij vragen zorgaanbieders daarom om de CO2 routekaart aan te leveren bij het EVZ. Gemeenten werken met CO2 routekaarten vanuit RVO.
163	5.3 Verduurzaming	Pagina 32: "Zorgkantoren zullen gezamenlijk groene initiatieven van zorgaanbieders ophalen, uitwerken in een vast format en verspreiden onder zorgaanbieders. Daarnaast gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen." kunt u vertellen hoe de set verantwoordings-	Het zal het gaan om gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen. Daarnaast zijn wij van mening dat de administratieve processen die

		en rapportageformats zich verhoudt tot het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg?	hiermee gepaard gaan niet opwegen tegen de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren')
164	5.3 Verduurzaming	Er staat beschreven wat de verwachtingen zijn op het gebied van verduurzaming. Is hier rekening gehouden met het (beperkte) beschikbare budget?	We sluiten hiermee aan bij de doelen uit de green deal 3.0. Het kabinet maakt geld vrij om de zorg te verduurzamen en ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. Dat staat in de voorjaarsnota van 2023.
165	5.3 Verduurzaming	Het NHC tarief wordt met 7-8% gekort in 2024 maar er staat wel een verduurzamingsopdracht op de agenda. Kan er van een instelling verlangd worden om deze opdracht uit te voeren als de middelen hiervoor ontbreken vanwege bezuinigingen op het NHC/NIC component? Op welke wijze heeft het zorgkantoor hiermee rekening gehouden m.b.t. het toegepaste richttariefpercentage?	We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa. Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC.
166	5.3 Verduurzaming	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot het verduurzamen van gebouwen in verhouding tot de afschaling van de NHC?. Wat nu als de verlaging van de NHC tot gevolg heeft dat doelen uit de Greendeel 3.0 niet gehaald kunnen worden?	We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa. Wij verwachten dat het behalen van de doelen uit de Green deal 3.0 hierdoor niet hoeft te worden belemmerd.
167	5.3 Verduurzaming	Hoe ziet ZN/zorgkantoor de ondersteuning van de Green Deal 3.0 met betrekking tot de energiekosten in verhouding tot de verlaagde tarieven ZZP?	We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter

			ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. 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.
168	5.3 Verduurzaming	In de Visie (pagina 32) staat over verduurzaming 'We focussen op de verduurzamingen initiatieven met de meeste impact; de top 3-5 uit de uitvoeringsplannen van de branches (ActiZ, VGN en de Nederlandse ggz).'Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren niet op andere thema's dan de top 3-5 gaan stimuleren en/of verplichten. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom wijkt u af van de visie van ZN?	Zorgkantoren kunnen kiezen om aanvullende eisen in hun regionale inkoopbeleid op te nemen voor een bepaald thema. Dit kan daarmee ook voor verduurzaming van de zorg het geval zijn. Daarmee kunnen we dit niet uitsluiten.
169	5.3 Verduurzaming	Wij hebben met overtuiging de Green Deal ondertekend, mogen wij er vanuit gaan, en kunt u bevestigen, dat de afspraken daar in gemaakt passen in de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact?	Wij sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0. De verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact passen dus bij de doelen uit de green deal 3.0.
170	5.3 Verduurzaming	In de visie staan de duurzaamheidsopgave beschreven. Is hierbij rekening gehouden met de kostendekkendheid van deze opgave? We maken bezwaar tegen dit punt omdat onvoldoende duidelijk is of dit past binnen de opslag duurzaamheid in het NHC component.	We sluiten aan bij de doelen uit de green deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa. Verder is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC. Het is niet mogelijk om via de NvI een bezwaar aan te tekenen. Voor de juiste procedure verwijzen we u naar het regionale beleid van uw zorgkantoor'.
171	5.3 Verduurzaming	Zorgkantoren zetten zich in om zorgaanbieders te stimuleren CO2-emissiedoelstellingen te realiseren. Is dat met financiële prikkels? Zo ja, welke?	In de landelijke visie zijn geen financiële prikkels verwerkt. Mogelijk hebben zorgkantoren dit wel opgenomen in het regionale inkoopbeleid.

172	5.3 Verduurzaming	Subsidieaanvragen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen kunnen in principe alleen aangevraagd worden door de eigenaar van het pand. Wij hebben veel huurpanden en kunnen voor deze panden geen subsidieaanvragen doen m.b.t. duurzaamheidsinvesteringen. Hoe gaat u hier mee om?	Mogelijk kunt u in overleg met de verhuurder wel een aanvraag voor subsidies indienen. Als ZN verstrekken we geen subsidies en we kunnen u daardoor niet helpen met deze vraag.
173	5.3 Verduurzaming	Bij huurpanden is de Zorgorganisatie qua verduurzaming van het vastgoed grotendeels afhankelijk van een proactieve duurzaamheidshouding van de eigenaar van het Vastgoed. Dit is geen vanzelfsprekendheid! Hoe gaat u hier mee om?	We verwachten dat de zorginstelling tenminste aantoonbare inspanningen heeft verricht richting de verhuurder om vastgoed te verduurzamen. De eigenaar van de verhuurde panden (zoals bijvoorbeeld zorgappartementen) is verantwoordelijk voor de energieprestatie van de panden. Zorginstellingen moeten deze panden wel meenemen in hun CO2 routekaart. Het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg heeft een handleiding geschreven over hoe om te gaan met gehuurd vastgoed en tips opgenomen op haar website.
174	5.3 Verduurzaming	Op pagina 9 vraagt u ons een CO2 routekaart/afvalstromen en mobiliteitsplan. Wij zien de noodzaak van verduurzaming en zijn volop hier mee bezig. Is de uitvraag niet nodeloos administratielast verhogend? Hoe concreet wilt u dit hebben? En kan dit ook op een andere manier worden aangetoond?	We vragen aan een deel van de zorgaanbieders om een CO2 routekaart aan te leveren bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). We richten ons daarnaast op o.a. verduurzamen van mobiliteit en circulariteit. Echter vragen we in deze visie hiervoor geen concrete plannen/formats. Hierover kan u afspraken met uw zorgkantoor. Daarnaast zien wij een morele verplichting om bij te dragen aan de doelen van de green deal 3.0 '. Hierbij hoort een vorm van verantwoording. Wij zijn van mening dat de morele verplichting om verduurzaming in de zorg te realiseren niet opweegt tegen de administratieve processen die hiermee gepaard gaan.
175	5.3 Verduurzaming	blz. 32 Waar doelt u op met meer wetgeving die zorgaanbieder verplicht om te investeren?	We verwachten landelijke wetgeving over verduurzaming vanuit de overheid en vanuit de EU om aan de gestelde klimaatdoelen te voldoen.
176	5.3 Verduurzaming	blz. 32 Per wanneer zal er over groene initiatieven gerapporteerd en verantwoord moeten gaan worden?	Over groene initiatieven vragen we zorgaanbieders niet om zich te verantwoorden. We geven aan dat we groene initiatieven willen ophalen bij zorgaanbieders, dit uitwerken in een vast format (eenzelfde format voor alle zorgkantoren) en deze willen we vervolgens gaan verspreiden. Dit proces zal gedurende 2024 worden opgestart. Daarnaast geven we aan dat we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats gaan opstellen. Dit staat los van de groene initiatieven. Het zal hier bijvoorbeeld gaan over gegevens die wij als zorgkantoren nodig hebben om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichting van de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD). Hiervoor hebben wij gegevens nodig van zorgaanbieders. Daarvoor gaan we een uniforme set aan verantwoordings- en rapportageformats opstellen.
177	5.3 Verduurzaming	Aangegeven wordt dat een CO2routekaart opgesteld dient te worden door aanbieders. Is het mogelijk om hierbij andere, vergelijkbare, instrumenten in te zetten?	Vanuit ZN hebben we besloten om aan te sluiten bij de CO2 routekaart van het EVZ. Hierbij sluiten we aan bij het verzoek van de branches en dit is in lijn met de Green Deal 3.0.

178	5.3 Verduurzaming	G. Stelt het Zorgkantoor de Green Deal Zorg 3.0 verplicht?	De Green Deal zorg 3.0 is ondertekend door alle branches. Daarmee is commitment aan de Green Deal zorg 3.0 gecreëerd voor alle bij de branches aangesloten zorgaanbieders. Dus wij verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om de doelen uit de Green Deal 3.0 te behalen.
179	5.4 Bedrijfsvoering	Op welke wijze dragen zorgkantoren bij aan het verminderen van administratieve lasten in de VG-sector? Kunt u voorbeelden aangeven welke de komende jaren uitgevoerd worden?	We streven ernaar om voor alle sectoren alles te doen om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Voorbeeld is het zo eenduidig mogelijk contracteringsproces en het mogelijk maken van meerjarige afspraken.
180	5.4 Bedrijfsvoering	U geeft aan meer inzicht en toezicht op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders te wensen. a) Welk doel dient dit? b) Zorgaanbieders zijn eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Kunt u hierop bevestigen?	Het doel is om constructief mee te denken en waar nodig bieden van ondersteuning waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie. Eens dat de zorgaanbieders eigenaar zijn van en verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering.
181	5.4 Bedrijfsvoering	Hoe gaat ZN/zorgkantoor bijdragen aan regelgeving die het werken als zzp'er onaantrekkelijker maakt?	In onze visie streven we naar het aantrekkelijker maken van werken in loondienst. Dat kan alleen maar als alle relevante partijen goed samenwerken. Wij volgen hierin ook het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt en Zorg.
182	5.4 Bedrijfsvoering	Hoe komen de stijgende personele kosten terug in de tarieven?	De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel.
183	5.4 Bedrijfsvoering	Pg 33 onder 5.4. “ Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden en werken als zzp’er onaantrekkelijk.“ Wij denken dat daarvoor de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen aan omliggende sectoren. Kan ZN en kan het zorgkantoor dat bevestigen?	Hier hebben wij als zorgkantoren geen invloed op.
184	5.4 Bedrijfsvoering	Pg 34. Gegevensuitwisseling t.b.v. secundaire doelen. ZN doet in de visie een oproep tot anders organiseren. Wij zeggen: doe dat vooral en richt je daarbij op de directe zorg aan de mensen met een zorgvraag. Wij lezen op pg 34 over KIK-v alsof dit de administratieve lasten verlaagt. Wij doen een oproep aan ZN (en ook aan ActiZ) om zich te bezinnen op alle data die we kunnen verzamelen en uitwisselen. Wij vragen ZN om dit tot het hoogst noodzakelijke te beperken (en dat is minder dan nu), want het belast medewerkers en organisaties. Het moet namelijk niet alleen worden geregistreerd, de ICT/webapplicaties moeten ook worden aangepast aan de indicatoren/gegevens die gegenereerd moeten worden. Wij merken op dat Kik-V nog maar in enkele organisaties is ingericht en geïmplementeerd. Dit vraagt van zorgorganisaties een investering, financieel en in menskracht. Terwijl de budgetten verkrappen. We vragen een toelichting welke	Verschillende ketenpartijen werken via KIK-V aan een meer uniforme gegevensuitwisseling die leidt tot minder administratieve lasten bij zorgaanbieders en kwalitatief betere data voor ketenpartijen, waaronder de zorgkantoren.

		administratieve lastenverlichting het gebruik van KIK-V een zorgorganisatie concreet gaat opleveren en hoe daar eerst in geïnvesteerd moet worden als een niet-dekkend tarief wordt geboden.	
185	5.4 Bedrijfsvoering	Zorgkantoor gaat in gesprek over gezonde bedrijfsvoering. In hfst. 5.4, pag. 33 staat: 'Onder gezonde bedrijfsvoering verstaan we de wijze waarop personele en financiële middelen worden ingezet om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen'. Deze definitie en het normenkader is niet concreet beschreven. Kan dit aan de hand van concrete normen en mogelijke voorbeelden worden toegelicht?	In de visie beschrijven de zorgkantoren gezamenlijk wat ze nodig vinden om op landelijk niveau met de benodigde beweging aan de slag te gaan. Hoe de invulling van de visie per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor. Bespreekt u dit punt met de zorginkoper van het desbetreffende zorgkantoor.
186	5.4 Bedrijfsvoering	Wat wordt verstaan onder slimmer opleiden?	Slimmer wordt hiermee bedoeld als anders en aansluitend bij de behoefte die er is. Hiervoor verwijzen wij u verder naar het programma TAZ (Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn).
187	5.4 Bedrijfsvoering	Wat is de definitie van voldoende en geschikte medewerkers volgens u? Aanvullend: wie is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van deze medewerkers?	Wij achten het aantal medewerkers voldoende en de medewerkers geschikt als u als zorginstelling in staat bent om een goede kwaliteit zorg te leveren. Dit betekent dat: • de wensen van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld; • zorg in ieder geval veilig, doeltreffend en doelmatig is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; • de zorg voldoet aan de basisnormen en het toetsingskader van de IGJ en aan de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf." Daarnaast achten wij de zorgaanbieders eigenaar van en verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering.
188	5.4 Bedrijfsvoering	Wat verstaat u onder goed werkgeverschap? Hierin wordt een passende (goede) beloning voor medewerkers opmerkelijk genoeg niet genoemd. Ook beloning is een belangrijk aspect om medewerkers i) aan je te binden maar ook ii) om medewerkers voor de zorg te behouden. Hoe ziet u dit in het kader van de nieuwe tariefsystematiek waarbij het uitgangspunt is dat 75% van de aanbieders 'kostendekkend' kunnen werken?	Zoals geschetst is in de Visie gebruik gemaakt van de diverse akkoorden en programma's die relevant zijn. De term goed werkgeverschap is afkomstig uit het programma TAZ. Voor wat betreft de personele kosten. De NZa is verantwoordelijk voor de indexatie van de tarieven. Hiervan zijn de stijgende personele kosten een onderdeel.
189	5.4 Bedrijfsvoering	Wij zijn het er mee oneens dat de zzp'er op deze wijze over 1 kam wordt geschoren. Er is welllicht een groep zzp'ers die opteert voor de 'aantrekkelijke' diensten en hoge tarieven, maar wij hebben al jarenlang ervaring binnen de coöperatie dat er ook zzp-ers zijn die in coöperatief verband werkafspraken hebben waarin zzp'ers de continuïteit van zorg met	Wij zijn blij te horen dat u zulke goede ervaringen heeft met de inzet van ZZP'ers. In onze visie is het niet bedoeling om de ZZP'er als persoon negatief neer te zetten. Helaas blijft wel het feit voor het grootste gedeelte van de instellingen dat deze manier van werken veel extra kosten met zich meebrengt waardoor wij dit wel als een oplossingsrichting zien om in te investeren.

		elkaar borgen en zich conformeren aan de gecontracteerde tarieven. Wij zien graag een aanpassing van deze tekst om dit meer genuanceerder weg te zetten.	
190	5.4 Bedrijfsvoering	Pg. 33 onder 5.4: u geeft aan dat loondienst aantrekkelijker moet worden en werken als zzp-er niet. Dat betekent dat de salarissen in de VVT gelijk moeten stijgen als in de omringende sectoren. Onderschrijft u dit en hoe ziet u dit dan in het kader van de tariefverlaging?	Inmiddels zijn er nieuwe CAO afspraken gemaakt. Wij gaan ervanuit dat de NZa hiermee rekening houdt bij het bepalen van de tarieven.
191	5.4 Bedrijfsvoering	Vraag 1. U verwacht van ons deelname aan tenminste 5 landelijke programma's en het programma KIK-V: op welke manier faciliteert u zorgaanbieders in het stroomlijnen van informatie? Hoe zorgt u voor een structurele inbedding van informatievoorziening en –uitwisseling, anders dan via pilots en programma's?	Betere gegevensuitwisseling hebben wij opgenomen in de visie omdat wij denken dat dit bijdraagt aan de transformatie die nodig is. Met de vermelding van de landelijke programma's wilde wij u hier graag over informeren. Zoals beschreven in de visie hebben de zorgkantoren een ambitie en zullen dit de komende jaren stimuleren. Hoe de invulling hiervan per regio vormgegeven wordt is aan het betreffende zorgkantoor.
192	5.4 Bedrijfsvoering	Het doel van KIK-V is o.a. het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Wat wordt bedoeld met het hergebruiken van informatie?	Door informatie die al voor een andere uitvraag of vastlegging gebruikt wordt, opnieuw gebruiken, in plaats van opnieuw via een ander format aanvragen.
193	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld het werken als zzp’er onaantrekkelijker worden. Huidige wet- en regelgeving hebben alle pogingen om dit (regionaal) vorm te geven belemmerd. Nog geen perspectief op het doorbreken van deze patstelling (ACM en belastingtechnisch bijv.).Hoe ziet het Zorgkantoor dit in relatie tot het voorliggende beleid en wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten als deze patstelling niet wordt doorbroken?	Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken.
194	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: deeltijdfactor omhoog." Deeltijdfactor omhoog = meeruren omlaag. Mensen gaan er effectief niet meer door werken. Brengt meer balans en voorspelbaarheid, maar nauwelijks extra capaciteit. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze deeltijdsfactor en waarom heeft het zorgkantoor wel de verwachting dat hiermee de arbeidscapaciteit toeneemt? en wat als dit niet lukt wat kunnen we van het zorgkantoor verwachten?	De zorgkantoren zien dit als een onderdeel van het anders inrichten. Het is geen doel op zich, en kan bijdragen. Dit is een onderdeel van de beweging die wij met elkaar moeten creëren. Van ons kun u verwachten dat wij constructief meedenken en ondersteuning bieden waar dit mogelijk is, omdat de zorgkantoren een gezonde bedrijfsvoering zien als een noodzakelijke voorwaarde voor de gewenste transitie.
195	5.4 Bedrijfsvoering	TAZ: Om dit te bereiken, moet bijvoorbeeld werken in loondienst aantrekkelijker worden. Werken in loondienst aantrekkelijker betekent dat er ook geld uitgetrokken moet worden om marktconform te belonen. OP welke wijze is in het	Verdere uitwerking van de TAZ wordt nog verwacht. Pas dan kunnen wij als zorgkantoren kijken hoe we dit in het kader van onze visie kunnen uitwerken. Daarnaast is de NZa verantwoordelijk voor de indexering van o.a. de personele kosten, zoals CAO verhogingen.

		inkoopbeleid voorzien in de noodzakelijke toename van arbeidskosten om dit gat te dichten?	

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
196	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In de standaard overeenkomst staat: "Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder." Op de volgende pagina van de overeenkomst wordt gesuggereerd dat ook hierover maatwerk afspraken mogelijk zijn. Klopt onze aanname dat in goed onderling overleg passende afspraken mogelijk zijn die afwijken van het standaard meerjarige contract.	Als wij de vragensteller goed begrijpen dan doelt hij op afwijkende afspraken ten aanzien van de contractduur. Die zijn op dit punt niet mogelijk, tenzij gelet op onze zorgplicht afwijking hiervan nodig is.
197	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In artikel I.H van Bijlage 1 Overeenkomst 2024-2026 zorgkantoor - zorgaanbieder Wlz staat dat het zorgkantoor een eenzijdige verlengingsmogelijkheid heeft om de overeenkomst tweemaal met één jaar te verlengen. Bent u bereid hier een tweezijdige verlengingsoptie van te maken zodat verlenging in overleg met de zorgaanbieder zal plaatsvinden? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Wij zijn niet bereid om er een tweezijdige verlengingsoptie van te maken. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
198	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In artikel 2 Mondzorg lid 7 staat dat zorgaanbieder het vervoer regelt. Zijn de kosten van het vervoer voor rekening van de cliënt, zorgaanbieder en/of mag hiervoor vervoer gedeclareerd worden?	De kosten van het vervoer zijn voor rekening van de zorgaanbieder en kunnen niet bij de cliënt en ook niet bij het zorgkantoor gedeclareerd worden.
199	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	De verantwoordelijkheidsverdeling in artikel 6, gekoppeld aan het zorgbeëindigingsproces vanuit het Voorschrift Zorgtoewijzing, is ons inziens niet juist en passend. Wanneer blijkt dat een cliënt ondanks de inachtneming van een redelijke opzegtermijn, niet kan worden overgedragen naar een andere aanbieder, dan moet worden vastgesteld dat het zorgkantoor niet conform haar zorgplicht heeft ingekocht en haar verzekerden geen passende zorg kan bieden. Bij deze wettelijke verantwoordelijkheid past niet dat de verantwoordelijkheid voor voortzetting van zorg volledig bij de zorgaanbieders wordt gelegd. Wij verzoeken u de verantwoordelijkheidsverdeling te wijzigen zodat deze beter aansluit bij de	Wij zijn het niet met vragensteller eens dat wanneer een cliënt niet overgedragen kan worden aan een andere aanbieder, vastgesteld kan worden dat het zorgkantoor niet conform zijn zorgplicht heeft ingekocht en zijn verzekerden geen passende zorg kan bieden. Daar kunnen hele andere factoren en omstandigheden aan ten grondslag liggen. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorgverlening zullen wij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals neergelegd in het Voorschrift zorgtoewijzing, niet wijzigen.

		KNMG-richtlijn en wettelijke zorgplicht van het zorgkantoor? Graag ontvangen wij een toelichting op uw besluit.	
200	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Artikel 6 in samenhang met het Voorschrift zorgtoewijzing: Hoe verhoudt artikel 6 zich met de zorgplicht van de zorgaanbieder om aan alle cliënten goede en veilige zorg te bieden als de continuïteit in alle gevallen dient te worden gewaarborgd? In de praktijk leidt het in alle gevallen bieden van continuïteit tot problemen, omdat andere aanbieders niet snel geneigd zijn om moeilijk plaatsbare cliënten over te nemen, mede gelet op de verantwoordelijkheden die na overname weer bij die zorgaanbieder komen te liggen via de overeenkomst met het zorgkantoor. We vinden het onredelijk dat alle verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder komt te liggen, terwijl het zorgkantoor ingevolge de Wlz gehouden is passende zorg in te kopen. Wanneer de zorgaanbieder aan een cliënt geen passende zorg meer kan leveren en de zorgovereenkomst wil beëindigen, moet dit mogelijk zijn. We verzoeken u dit artikel aan te passen en een redelijke verantwoordelijkheidsverdeling op te nemen. We verzoeken ook op te nemen dat indien na het verstrijken van een bepaalde termijn de zorg niet kan worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder, de zorgverlening gestopt kan worden.	Het beëindigen van de zorg is slechts mogelijk bij zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Daarbij dient de procedure bij zorgbeëindiging gevolgd te worden zoals opgenomen in het Voorschrift zorgtoewijzing. Onderdeel daarvan is dat de zorgaanbieder verantwoordelijk blijft voor de uitvoering van de zorg totdat de zorg voor de cliënt is overgedragen aan een andere aanbieder of eventueel op een andere wijze wordt geregeld. Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorgverlening zullen wij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals neergelegd in het Voorschrift zorgtoewijzing en hetgeen daaromtrent bepaald is, niet wijzigen.
201	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Wij missen in deze opsomming van de documenten de voorstellen die zorgaanbieders kunnen schrijven en indienen. Die horen toch ook in dit overzicht te staan?	Afspraken daarover kunnen in Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden afspraken worden vastgelegd.
202	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	De bepalingen in dit artikel leiden ons inziens tot onnodige administratieve lastenverzwaring. Kunt u dit artikel schrappen? Zo nee, waarom niet?	Het is niet duidelijk op welk artikel u doelt.
203	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Deel 1 I.H Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor het zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. Indien het zorgkantoor van deze verlengingsoptie gebruik wenst te maken, doet het zorgkantoor hiervan uiterlijk drie maanden voor het einde van de op dat moment geldende einddatum van de overeenkomst mededeling aan de zorgaanbieder. Bent u bereid om deze eenzijdige optie zodanig te herformuleren dat er alleen verlengd kan worden met expliciete schriftelijke toestemming van de zorgaanbieder? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen).	Wij zijn niet bereid om deze bepaling te herformuleren zoals vragensteller voorstelt. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. Wanneer verlenging afhankelijk wordt gesteld van toestemming van de zorgaanbieder brengt dit voor het zorgkantoor te veel onzekerheden op dit vlak met zich mee.

204	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Gelet op de veelheid aan onzekere factoren t.a.v. het inkoopbeleid 2024-2026 (zie de diverse hierover door ons gestelde vragen) en de nadelige financiële consequenties die deze heeft voor mijn zorgorganisatie, kan door u niet bij voorbaat gevraagd worden dat onze organisatie hierop inschrijft, zonder dat daarbij de mogelijkheid bestaat dat zij dat 'onder bezwaarmaking' doet. Wij maken bezwaar als u ons uitsluit van inschrijving indien wij inschrijven onder protest. Op grond van welke juridische titel acht u het redelijk en billijk dat van een zorgorganisatie nu gevraagd kan worden dat zij aangeeft in te stemmen met het zorginkoopbeleid 2024-2026 en bijbehorende voorwaarden waarbij zij op een later moment dit jaar gehouden is haar inschrijving gestand te doen?	Zorgkantoren zijn van mening dat zij een alleszins redelijk en afgewogen inkoopbeleid hebben gepubliceerd waarop zonder voorbehouden ingeschreven kan en ook moet worden.
205	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In hoeverre kan een aanbieder afzien van de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van 1 jaar te verlengen?	Die mogelijkheid is er niet. Het gebruik maken van de verlengingsoptie is voorbehouden aan het zorgkantoor.
206	DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGEBONDEN AFSPRAKEN	Kunt u aan de zin "De zorgaanbiedergebonden afspraken kunnen volgen uit de dialoog tussen de zorginkoper en de zorgaanbieder. Deze afspraken maken onlosmakelijk onderdeel uit van deze overeenkomst." toevoegen dat de gemaakte afspraken door beide partijen schriftelijk bekrachtigd moeten zijn?	Als onder Deel I.B: Zorgaanbiedergebonden afspraken, bepaalde afspraken worden opgenomen, dan zullen die doorgaans meegenomen worden in de ondertekening van de gehele overeenkomst. De toevoeging zoals voorgesteld, is daarmee niet nodig.
207	DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGEBONDEN AFSPRAKEN	Kunt u verder specificeren welke zorgaanbiedergebonden afspraken deel zullen uitmaken van de overeenkomst?	De opsomming van zorgaanbiedergebonden afspraken is niet limitatief. Wij hebben enkele voorbeelden gegeven waaraan gedacht kan worden. Deze opsomming zullen wij niet verder uitbreiden.
208	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Wij hebben een aantal vragen bij het zorginkoopbeleid. Verwacht kan worden dat naar aanleiding van uw antwoorden dan wel de publicatie van de NZa tarieven weer nieuwe vragen ontstaan. Wij verzoeken u te voorzien in een tweede inlichtingenronde. Bent u daartoe bereid?	Wij zijn niet bereid om te voorzien in een tweede inlichtingenronde.
209	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 3 lid 1 is bepaald dat de zorgaanbieder de continuïteit van de zorg garandeert. In praktijk is dit niet altijd mogelijk. Kan hier een uitzondering geboden worden voor situaties waarbij de kwaliteit van de zorg aan de cliënt en of medecliënten niet kan worden voortgezet?	De continuïteit van de zorg zal altijd gegarandeerd moeten worden, totdat een cliënt overgedragen is aan een andere zorgaanbieder waar de kwaliteit van zorg voor de cliënt wel dan wel beter geboden kan worden.
210	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 5 wordt benoemd dat de zorgaanbieder overeenkomstig gemaakte afspraken altijd de beschikbaarheid van permanent voldoende palliatief terminale zorg,	Wij zullen deze passage niet aanpassen.

		crisiszorg en overige acute Wlz-zorg te regelen en te waarborgen. Wij verzoeken om de overeenkomstig gemaakte afspraken te wijzigen naar overeenkomstig de gemaakte volume-afspraken, zodat hier wordt verwezen naar het aantal bedden dat is ingekocht door het zorgkantoor.	
211	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 1 artikel 6 wordt verwezen naar bijlage 6: Voorschrift zorgtoewijzing Wlz. Bijlage 6 wordt december 2023 gepubliceerd. Kan de publicatie van bijlage 6 naar voren worden gehaald? Hoe kunnen wij als zorgaanbieder ons committeren aan bijlage 6 als we de inhoud nog niet hebben? Komt er nog een aanvullend moment waarop zorgaanbieders kunnen reageren op het Voorschrift zorgtoewijzing?	De publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing Wlz zal, voor zover wij nu kunnen overzien, niet naar voren worden gehaald. Ook komt er geen aanvullend moment waarop zorgaanbieders kunnen reageren op het Voorschrift zorgtoewijzing.
212	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Kan in hoofdstuk 1 artikel 10 lid 1 toegelicht worden op welke gronden een onderaannemer kan worden geweigerd en is hierbij de mogelijkheid tot een gesprek met zorgaanbieder en zorgkantoor? Wij verzoeken een motivering en een gesprek naar aanleiding van een weigering.	In artikel 10 Onderaanneming van de Wlz-overeenkomst en in Bijlage 2: Onderaannemerschap c.a. van de Bestuursverklaring wordt het één en ander bepaald ten aanzien van de onderaannemer, de hoofdaannemer dan wel de onderaanneming zelf. Wanneer daar niet aan wordt voldaan, kan dat een weigeringsgrond opleveren. De weigering wordt gemotiveerd. Of een gesprek nodig is hangt af van de situatie.
213	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 4 artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens worden ten onrechte gedane betalingen benoemd. Hoe stelt u vast dat een betaling ten onrechte gedaan is? Kunt u dit toelichten met een procedure? Is in deze procedure meegenomen dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de bepaling dat betalingen ten onrechte gedaan zijn de zorgaanbieder eerst gehoord wordt en gelegenheid krijgt om bezwaar te maken tegen verrekening of terugvordering.	Wanneer bijvoorbeeld in het kader van een materiële controle wordt geconstateerd dat niet op juiste wijze is gedeclareerd, dan kunnen daar terugvorderingen uit voortvloeien. Dat zijn betalingen die door het zorgkantoor ten onrechte zijn gedaan. De wijze waarop een materiële controle moet worden uitgevoerd is aan regels gebonden. Verder wijzen wij u op artikel 7 van Bijlage 5: het Declaratieprotocol Wlz.
214	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	In hoofdstuk 6 artikel 18 worden bepalingen gedaan voor niet nakoming van de zorgaanbieder. Waarom worden deze bepalingen niet wederkerig gemaakt voor zowel zorgaanbieder als zorgkantoor?	Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Overigens zijn in het Burgerlijk Wetboek bepalingen opgenomen over het niet nakomen van een verbintenis, ingebrekestelling en ontbinding. Deze wettelijke bepalingen zijn voor de zorgaanbieder als wederpartij in de overeenkomst niet uitgesloten.
215	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Hoofdstuk 6 Artikel 18 lid 4: Bij maatregelen staat: 'Dit kan onder ander zijn:'. Door 'onder andere' is het niet duidelijk welke maatregelen er allemaal zijn. Kan hier 'onder andere' weggelaten worden of kunnen alle maatregelen benoemd worden?	Wij zullen het artikellid niet aanpassen. Met de formulering ‘onder andere’ behoudt het zorgkantoor zich het recht voor om maatregelen te nemen waaraan bij het opstellen van de overeenkomst nog niet was gedacht.
216	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Hoofdstuk 6 Artikel 18 lid 4: Een van de maatregelen is dat een korting van maximaal 5% op de afgesproken tarieven wordt opgelegd. Dit kan in strijd zijn met de verplichting van	Volgens vragensteller zou een maatregel in de zin van een tariefskorting vanwege het niet nakomen van de afspraken in de overeenkomst in strijd zijn met de verplichting van het vergoeden van reële tarieven. Dit is ons inziens niet het geval. Als er een tariefskorting wordt toegepast dan is dat de

		het vergoeden van reële tarieven. Kunt u deze maatregel van 5% korting op de afgesproken tarieven verwijderen?	zorgaanbieder zelf aan te rekenen. De zorgaanbieder heeft het zelf in de hand. Komt hij de overeenkomst na, dan zal hij niet met een tariefskorting als maatregel geconfronteerd worden.
217	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Hoofdstuk 7 Artikel 20: Het zorgkantoor heeft nu alleen het recht om rechten en verplichtingen uit de overeenkomst over te dragen. Kunt u deze bepaling voor zowel zorgkantoor en zorgaanbieder gelijk maken?	Het zorgkantoor zal deze bepaling ongewijzigd laten.
218	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Hoofdstuk 8 Artikel 22 lid 5: Waarom geldt deze bepaling alleen voor het zorgkantoor. Kunt u dit aanpassen zodat de bepaling voor zowel zorgkantoor als zorgaanbieder is.	Het zorgkantoor zal deze bepaling ongewijzigd laten.
219	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel - Art 3 lid 1 'De zorgaanbieder garandeert de continuïteit van zorg'. De continuïteit van zorg staat bij ons zeker voorop en hier hebben we ook onze inspanningen op gericht. Echter de woordkeuze 'garandeert' vinden wij ongepast gezien de toenemende vraag en complexiteit in relatie tot een te krappe arbeidsmarkt en de afhankelijkheid van woningcorporaties (en stikstofbeleid) om voldoende woningen te bouwen waarin we geclusterde of gespikkelde VPT kunnen realiseren, naast VPT thuis. Om zo een efficiënte organisatie van Wlz zorg met beschikbare capaciteit mogelijk te maken. Hier hebben wij zelf weinig tot geen invloed op, vanuit dit perspectief vinden wij 'garandeert' geen passende term. Wilt u dit aanpassen naar 'De zorgaanbieder stelt continuïteit van zorg voorop en spant zich hier aantoonbaar voor in'.	Het is voor het zorgkantoor van groot belang dat de continuïteit van zorgverlening gegarandeerd is. Daar moet het zorgkantoor zeker van kunnen zijn. Daarom zullen wij de tekst van dit artikellid niet aanpassen.
220	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel - Art 10 lid 1 u vraagt vooraf te melden, dus voordat de zorg wordt verleend. Gebruik van het woord 'verleende' is dan niet juist en zou moeten zijn 'te verlenen zorg'. Wilt u dit herzien in 'te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor'? Of nader toelichten als u het anders bedoelt?	Wij zijn het met u eens en zullen er ‘te verlenen zorg’ van maken.
221	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	DEEL III - Algemeen deel, artikel 11, lid 2 f. U beschrijft de werkwijze en deadlines voor aanlevering van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag conform de relevante kwaliteitskaders. Naar verwachting wordt eind 2023 het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vervangen door het Kwaliteitskompas ouderenzorg. Conform eerdere communicatie is het kompas minder voorschrijvend dan het kader. Wat is de herformulering van lid 2 f als eind 2023 of begin 2024 het kwaliteitskompas ouderenzorg van kracht wordt? Vervallen dan de	Nee, die vervallen niet. De deadlines zullen worden aangehouden.

		genoemde vormen en deadlines (plan en verslag, 31 december en 1 juli)?	
222	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	U verwijst in het begrip ‘zorg c.q. zorgverlening' naar het vigerende kwaliteitskader voor de VV sector. Hoe wordt gekeken naar mogelijke vertraging in de ontwikkeling van het kwaliteitskompas? In hoeverre houdt u rekening met de realiseerbaarheid van het voldoen aan het huidige kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe kijkt u in het algemeen naar ontwikkelingen op dit thema en in hoeverre bent u bereid hier zorgaanbieders in tegemoet te komen als het kwaliteitskompas niet voor 1 januari 2024 gereed is?	Nee, wij komen u hierin niet tegemoet. Een eis voor inschrijving is dat u zich houdt aan het voor de sector relevante kwaliteitskader. U verklaart in de Bestuursverklaring hieraan te voldoen.
223	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Begrippen 10: Onderaanneming. Bedoelt u dat alleen dagelijkse mondzorg wordt gezien als onder aanneming? Of wordt de overige mond- en tandheelkundige zorg ook gezien als onderaanneming als deze niet door de instelling wordt geleverd? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Er staat: ‘In het geval van onderaanneming door mondzorgprofessionals/-praktijken…. telt deze onderaanneming niet mee voor het percentage onderaanneming’. Daar staat een voetnoot bij die luidt: Het gaat hier om de inzet van mondzorgprofessionals/-praktijken voor tandheelkundige zorg/professionele mondzorg aan klanten met een Wlz-indicatie voor Verblijf met Behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van dezelfde instelling Behandeling krijgen en om die reden recht hebben op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de Wlz. Het gaat hier om de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg en niet om de dagelijkse mondverzorging. Wanneer de dagelijkse mondverzorging (onderdeel van Persoonlijke Verzorging) wordt uitgevoerd door een ingehuurde mondzorgprofessional is er ook sprake van onderaanneming maar die telt wel mee voor het percentage onderaanneming.
224	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Begrippen 10: Onderaanneming. In artikel 2 lid 11 wordt gesproken over rechtstreekse declaratie van mondprofessionals, bedoelt u hiermee alleen de tandheelkundige en niet de dagelijkse mondzorg die in het integrale tarief valt? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	In artikel 2 lid 11 is de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg bedoeld (lid 11 valt onder het B-gedeelte) en niet de dagelijkse mondverzorging (dat is het A-gedeelte).
225	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Begrippen 10: Als de tandheelkundige zorg rechtstreeks gedeclareerd kan worden is er dan wel sprake van onderaanneming? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	De Wlz-instelling is er op grond van artikel 3.1.1 Wlz lid 1, aanhef jo sub d, onder 5° als hoofdaannemer verantwoordelijk voor dat zij zelf of via onderaannemers (mondzorgaanbieders) tandheelkundige zorg verleent aan verzekerden die in haar instelling verblijven en van haar behandeling ontvangen. Dat die mondzorgaanbieders rechtstreeks bij het zorgkantoor declareren maakt niet dat ze daarmee geen onderaannemers meer zouden zijn. Zie

			ook artikel 4 lid 5 a en b van de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking van de NZa.
226	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Wij zijn HKZ gecertificeerd en hanteren een heldere interne audit systematiek (qua, frequentie, thema's, auditmethodiek en borging in de PDCA). We auditeren standaard volgens jaarkalender op de thema's Medicatieveiligheid en Somatiek, Wvggz, Infectie en Hygiënepreventie, Dossiervoering en Suicidepreventie. Jaarlijks worden wij als organisatie extern getoetst. Het uitvoeren van een audit specifiek op mondzorg vraagt een extra inspanning. Een audit (geldt ook voor AO/IC) betekent (extra en) uniforme registratie. Dit is een voorwaarde om een norm aantoonbaar te kunnen toetsen. Hoe verhoudt zich dit tot het beperken van registratiedruk? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
227	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Lid 12. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat minimaal 1 keer per jaar een interne audit wordt uitgevoerd naar de kwaliteit van de mondzorg. Kunt u aangeven aan welke voorwaarden deze audit moet voldoen? Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	In lid 12 van artikel 2 Mondzorg is opgenomen dat bij het uitvoeren van de audit de drie pijlers uit het relevante toetsingskader mondzorg van de IGJ (Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ) – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde moeten komen.
228	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Artikel 19 Lid 4 Indien het zorgkantoor, in de gevallen genoemd in lid 3, tot opzegging met onmiddellijke ingang overgaat, is de zorgaanbieder jegens het zorgkantoor verplicht tot vergoeding van de schade die door opzegging ontstaat. Het zorgkantoor is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de zorgaanbieder verschuldigd. Wat maakt dat de zorgaanbieder wel schadeplichtig kan zijn en het zorgkantoor nooit, hoe kan dat verschil worden gerechtvaardigd? Zou u uw antwoord willen motiveren (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen).	Als het zorgkantoor om welke reden ook maar, genoodzaakt zou zijn om de overeenkomsten met al zijn gecontracteerde zorgaanbieders te beëindigen dan zou het – als het een dergelijke bepaling niet in zijn overeenkomst zou hebben opgenomen – geconfronteerd kunnen worden met vele vorderingen tot schadevergoeding. Tegen dergelijke situaties wenst het zorgkantoor zich te beschermen.
229	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	"Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers te weigeren." Een deel van de in een jaar in te zetten onderaannemers (met name ZZP inzet) kan - gezien het calamiteit / last minute karakter van de gevraagde inzet - niet (twee weken) voorafgaande aan de inzet worden gemeld bij het zorgkantoor. Hoe gaat het zorgkantoor hier mee om?	Ons inziens is het ook in de door vragensteller geschetste omstandigheden mogelijk om vooraf de in te zetten onderaanneming te melden bij het zorgkantoor. De twee weken termijn die de vragensteller noemt, kan het zorgkantoor niet plaatsen, omdat die termijn niet is opgenomen in de overeenkomst. Uiteraard moet onderaanneming bij voorkeur ruim van tevoren gemeld worden wanneer dat mogelijk is, maar indien dat niet mogelijk is, moet de onderaanneming zo tijdig mogelijk voorafgaand aan de inzet ervan

			gemeld worden. Zie verder ook de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
230	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	In deel III, bij Begrippen, artikel 10 geeft u een beschrijving van het begrip onderaanneming, waarbij ook ZZP'ers genoemd worden. Zoals bekend komen zorgaanbieders er niet onderuit om in toenemende mate Personeel Niet in Loondienst (PNIL) in te zetten. Kunnen wij ervan uitgaan dat deze doelgroep niet valt onder uw definitie van onderaannemers? Zo ja, wilt u de overeenkomst hierop aanpassen?	PNIL valt wel degelijk onder onze definitie van onderaanneming. Het zorgkantoor zal zijn overeenkomst niet overeenkomstig het verzoek aanpassen.
231	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Artikel 10 Onderaanneming, pagina 16: Moeten ook huisartsen en tandartsen als onderaannemer worden gemeld?	Als er sprake is van onderaanneming zoals gedefinieerd in '10. Onderaanneming' onder 'Begrippen' en huisartsen en tandartsen worden als onderaannemers ingezet, dan moeten die ook worden gemeld. Zie verder ook de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
232	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Bij de definities over onderaannemers blijkt dat ook zzp-ers vallen onder het begrip onderaannemer. Dit betekent dat ingevolge artikel 10 ook alle zzp-ers gemeld dienen te worden bij het zorgkantoor. Dat levert in de huidige arbeidsmarkt een onwenselijke situatie op. We verzoeken daarom deze definitie aan te passen of artikel 10 niet van toepassing te laten zijn op zzp-ers. Graag uw bevestiging.	Wij zullen de definitie niet aanpassen. Artikel 10 blijft van toepassing op zzp'ers. Zie echter de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.
233	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Het zorgkantoor koopt een aantal crisisbedden in. We verzoeken artikel 5 in lijn te brengen met deze volumeafspraken. Zodat buiten het ingekochte volume crisisbedden geen beschikbaarheid gegarandeerd hoeft te worden.	De laatste zin van het artikel luidt dat de zorgaanbieder deze zorg (palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg) niet mag weigeren. Dat is belangrijk anders is het risico aanwezig dat in dergelijke omstandigheden deze zorg niet geleverd wordt en dat is geen optie. Als de volumeafspraken in de praktijk niet toereikend blijken te zijn, zou de zorgaanbieder daarover met het zorgkantoor in gesprek kunnen gaan.
234	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	We merken op dat niet in alle gevallen van de zorgaanbieder verlangd kan worden dat de zorg wordt gecontinueerd. Dit geldt met name in de gevallen dat het bieden van veilige passende zorg voor andere cliënten in het geding komt. We verzoeken artikel 3 aan te passen en op te nemen dat gelet op de kwaliteit van zorg aan de cliënt of medecliënten in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd dat de zorg wordt voortgezet.	Wij zullen artikel 3 niet aanpassen. De continuïteit van de zorg zal altijd gegarandeerd moeten worden, totdat een cliënt overgedragen is aan een andere zorgaanbieder waar de kwaliteit van zorg voor de cliënt wel dan wel beter geboden kan worden.
235	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	De bepaling in artikel 16 komt er in de praktijk op neer dat van de zorgaanbieder wordt verlangd dat gratis zorg wordt verleend. Dat lijkt ons niet redelijk. Het is begrijpelijk dat er consequenties zijn verbonden aan fraude, zoals terugvordering, schadevergoeding en ontbinding, maar het voortzetten	Het artikel dat over fraude gaat, is artikel 17. Fraude is aan het begin van Deel III: Algemeen deel als begrip gedefinieerd. Wanneer er sprake is van fraude dan is dat een ernstige zaak. Wij zullen het artikel niet aanpassen. Wel willen wij vragensteller erop wijzen dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij toepassing van de overeenkomst wordt

		van de zorg zonder dat daar een vergoeding tegenover staat, past daar niet bij. Bovendien is niet bepaald hoe lang die situatie zich zou kunnen voordoen. Bovendien is het verval van recht op vergoeding vrij algemeen geformuleerd. Voor de grote zorgaanbieders zijn de risico's heel groot. Wanneer er in een regio sprake zou zijn van fraude, kan dat consequenties hebben voor het gehele bedrijf. Wellicht kan het artikel beperkt worden tot de regio of het bedrijfsonderdeel waarin de fraude geconstateerd is. Daarnaast is gratis zorg leveren niet mogelijk en komt de continuïteit in het geding. We verzoeken om artikel 16 te concretiseren, in ieder geval ten aanzien van de regio die geen recht meer heeft op vergoeding en ten aanzien van de duur van deze situatie. Daarnaast zou de verplichting om zorg te blijven leveren moeten komen te vervallen, omdat dit niet in redelijkheid van de zorgaanbieder kan worden verlangd. Het brengt de continuïteit en kwaliteit van de zorg in het geding.	uitgegaan van redelijkheid en billijkheid. Ook bij het hanteren van de Maatregelenrichtlijn zoals bedoeld in lid 1 van artikel 17 wordt onder andere de proportionaliteit in acht genomen.
236	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Artikel 18 is eenzijdig geschreven, we verzoeken dit aan te passen zodat het ook op het zorgkantoor van toepassing is.	Wij zullen dit artikel niet aanpassen.
237	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Artikel 18 lid 4 geeft een niet-limitatieve opsomming van maatregelen die door het zorgkantoor genomen kunnen worden. We verzoeken om 'onder andere' te verwijderen zodat er duidelijkheid is voor de zorgaanbieder.	Wij zullen het artikellid niet aanpassen. Met de formulering ‘onder andere’ behoudt het zorgkantoor zich het recht voor om maatregelen te nemen waaraan bij het opstellen van de overeenkomst nog niet was gedacht. De opsomming is juist als niet-limitatief bedoeld.
238	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	We verzoeken om in artikel 18 lid 4 de derde bullit te verwijderen aangezien het zorgkantoor gehouden is om redelijke tarieven te bieden voor de geleverde zorg. Wanneer een korting wordt toegepast op de toch al onder druk staande tarieven, levert dit strijd op met de verplichting van het zorgkantoor om een redelijk tarief te bieden.	Volgens vragensteller zou een maatregel in de zin van een tariefskorting vanwege het niet nakomen van de afspraken in de overeenkomst in strijd zijn met de verplichting van het vergoeden van redelijke tarieven. Dit is ons inziens niet het geval. Als er een tariefskorting wordt toegepast dan is dat de zorgaanbieder zelf aan te rekenen. De zorgaanbieder heeft het zelf in de hand. Komt hij de overeenkomst na, dan zal hij niet met een tariefskorting als maatregel geconfronteerd worden.
239	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	Artikel 17 (niet-nakoming) ziet uitsluitend toe op de situatie dat de zorgaanbieder tekortschiet. We verzoeken u de rechten die nu uitsluitend toegekend zijn aan het zorgkantoor voor beide partijen op te nemen.	Niet artikel 17 maar artikel 18 gaat over niet nakoming. Wij zullen dit artikel niet aanpassen.
240	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	We verzoeken artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing aan te passen, zodat een aanvraag voor meerzorg gelijktijdig met een verzoek om een indicatie of herindicatie kan worden gedaan en geen tijd verloren gaat met het wachten op de indicatie zelf. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.	Meerzorg bij verblijfszorg of (in geclusterd) VPT kan worden aangevraagd voor: • iemand met een indicatiebesluit voor een zorgprofiel, zoals genoemd in artikel 4.5.2 van het Voorschrift Zorgtoewijzing • iemand die in uren minimaal 25% meer zorg nodig heeft dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel

			(het zorgprofiel dat voor de bekostiging van de zorg wordt gebruikt). Om te kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal eerst een (her)indicatie bij het CIZ moeten zijn afgegeven voordat een aanvraag voor meerzorg kan worden ingediend. Wij passen dit niet aan.
241	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Wij maken onderdeel uit van een concern met meerdere in groepsverband verbonden ondernemingen en hebben daarnaast vele contractspartijen; vorenstaande bepaling brengt naar onze mening dan ook een onevenredig grote administratieve last met zich mee, kunt u er daarom mee instemmen om de financiële gegevens van de andere maatschappijen die tot de groep behoren alsmede deze gegevens van contractspartijen alleen dan te verstrekken als zich bij een andere maatschappij of bij een contractspartij een, naar de mening van de zorgaanbieder, bijzondere omstandigheid voordoet?	Wij kunnen niet herleiden op welk(e) document/paragraaf uw vraag betrekking heeft en daarom kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.
242	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	In de definitie van onderaannemer staat dat ook ZZP'ers als onderaannemers gelden. Dient van elke ZZP'er de gegevens overlegd te worden? Bent u bereid deze eis achterwege te laten. Dit is een te zware extra administratieve last.	ZZP'ers gelden als onderaannemers en dienen als zodanig gemeld te worden. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers. Zie verder de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
243	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Hier staat een aantal documenten opgesomd die van toepassing zijn, moeten deze niet op volgorde staan van toepasselijkheid? Op volgorde van belangrijkheid? Dat namelijk de NvI onderaan staat, kan naar ons idee niet kloppen.	De mate van toepasselijkheid en belangrijkheid hangt niet af van de volgorde waarin de bijlagen van de overeenkomst zijn gerangschikt.
244	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Artikel 1 F bepaalt dat enkele bijlagen (waaronder het Voorschrift zorgtoewijzing en de instemmingsverklaring) van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Het betreft de telkens meest actuele versie van deze documenten: het gaat hier om een eenzijdig wijzigingsbeding. Wij maken bezwaar tegen dit artikel waarbij ons bezwaar zich richt op de gecursiveerde zinsnede, die inhoudt dat op voorhand instemming wordt gevraagd voor documenten die gedurende de looptijd van de overeenkomst eenzijdig door het zorgkantoor (kunnen) worden aangepast. Wij achten het onredelijk dat wij geacht worden in te stemmen met documenten die wij niet kennen. Bent u bereid om bij wijziging van de documenten die integraal onderdeel uitmaken de geactualiseerde versie ter instemming voor te leggen aan de zorgaanbieder. Zo nee, waarom niet?	Wij zullen dit artikel niet aanpassen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.

245	DEEL I: ZORGAANBIEDERGE-BONDEN DEEL	Artikel 1 lid 6 schrijft voor dat de zorgaanbieder de klant wijst op (…) het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon. De cliëntvertrouwenspersoon heeft op grond van de Wet Zorg en Dwang (WZD) tot taak om de client of zijn vertegenwoordiger op hun verzoek te adviseren en bij te staan in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg, met gedwongen opname en verblijf en met het doorlopen van de klachtenprocedure van de WZD. Het begrip cliënt in de WZD heeft een beperktere reikwijdte dan het begrip cliënt in de Wlz. De cliënt in de WZD is een persoon van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg als bedoeld in het derde lid, dan wel van wie het CIZ in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wet langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het is daarmee onjuist - en verwarrend bovendien - dat de zorgaanbieder alle cliënten in de Wlz moet wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand. Wij maken hiertegen bezwaar en verzoeken u om de overeenkomst aan te passen in lijn met de WZD.	Wij zullen lid 6 van Artikel 1 Deel III Algemeen deel aanpassen. Lid 6 zal komen te luiden: De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.
246	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Wat wordt verstaan onder “bestuurlijke onrust” als bedoeld in artikel 3, lid 1 van deel III?	Gedacht kan worden aan het plotselinge vertrek van (een) bestuurder(s) of conflicten tussen bestuurders onderling.
247	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 11 lid 2 d) Early Warning Systeem. Kunt u de functie, de inhoud van het systeem en wat van de zorgaanbieder verwacht wordt toelichten?	Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij de continuïteit van zorg waarborgen. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorgkantoren systematisch volgen of gecontracteerde zorgaanbieders in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen en daarvoor in financieel opzicht voldoende gezond zijn en dit ook blijven. EWS wordt gebruikt als hulpmiddel om te beoordelen of zorgaanbieders financieel gezond zijn. Het zorgkantoor informeert zorgaanbieders separaat over wat van hen verwacht wordt. Eventueel kunt u hierover contact opnemen met uw zorginkoper.
248	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 13. Kunt u toevoegen dat de bepalingen in dit artikel ook geldig zijn voor betalingen die ten onrechte niet tijdig zijn gedaan door het zorgkantoor. Zo nee, waarom niet?	Wij zullen het artikel ongewijzigd laten. Eventuele niet tijdige betalingen leiden op zichzelf namelijk niet tot een terugvordering, wat maakt dat artikel 13 daarvoor niet passend is.
249	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 17, lid 2 van deel III bepaalt, in heel algemene bewoordingen, dat recht op vergoeding vervalt indien sprake is van fraude, terwijl dan nog wel zorg moet worden geleverd. Het begrip fraude is in het onderdeel Begrippen onder punt 6 van deel III bovendien ook heel algemeen geformuleerd.	Wij zullen de definitie van het begrip ‘fraude’ en artikel 17 niet herschrijven. Wij begrijpen dat vragensteller van mening is dat de betreffende bepalingen disproportioneel kunnen uitpakken. Die mening van vragensteller delen wij niet. Aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat

		Hoewel zonder meer sancties verbonden moeten kunnen worden aan fraude (zoals onder meer verwoord in lid 4 van artikel 17) zijn de twee hiervoor bedoelde bepalingen disproportioneel ingrijpend. Fraude door een medewerker van een zorgaanbieder kan redelijkerwijs niet op eenzelfde manier gesanctioneerd worden als institutionele fraude. Voorts is volstrekt begrijpelijk dat (institutionele) fraude financiële consequenties zal hebben, maar die kunnen niet zo verstrekkend zijn, dat een zorginstelling alle zorg vanaf dat moment zonder vergoeding moet voortzetten. Met dit bezwaar beoogt zorgaanbieder dat beide artikelen met meer nuance worden herschreven.	bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.
250	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 18, lid 6. Er is niet bepaald welke criteria worden gehanteerd bij het vaststellen wanneer een tekortkoming leidt tot een (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst. Kunt u deze toevoegen, zo nee waarom niet?	Omdat elke casus weer een andere is en naar de omstandigheden van het geval beoordeeld dient te worden, kunnen we dit niet nader aangeven. Wel wijzen wij er op dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.
251	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Kan artikel 19, lid 3 onder d van deel III zo worden uitgelegd, dat overleg in verband met een tijdig gemelde fusie of splitsing tot resultaat kan hebben dat het zorgkantoor niet overgaat tot onmiddellijke beëindiging van de overeenkomst, zulks mede in het licht van het bepaalde in artikel 20 van deel III?	De zorgaanbieder is verplicht om het zorgkantoor tijdig in kennis te stellen van een voornemen tot bijv. een fusie of splitsing. Wanneer dat tijdig gebeurt, zal doorgaans de overeenkomst niet met onmiddellijke ingang worden beëindigd. De zorgaanbieder en het zorgkantoor kunnen dan met elkaar bespreken wat de fusie of splitsing voor de lopende overeenkomst betekent.
252	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 22 lid 8. Kunt u nader inhoudelijk de procedure en de genoemde documenten duiden en alsnog (voor zover dat nog niet zou zijn gedaan) ter beschikking stellen? Zo nee, waarom niet?	Voor de betreffende documenten verwijzen wij u naar Deel I.A: Algemene gegevens onder I.F.
253	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	In artikel 10, lid 1 van deel III is opgenomen dat het zorgkantoor een door zorgaanbieder aangemelde onderaannemer kan weigeren. Redelijkerwijs moet daaraan toegevoegd worden dat het zorgkantoor hiervoor dan wel goed onderbouwde zwaarwegende gronden zal moeten hebben. Kunt u dit toevoegen? Zo nee, waarom niet?	Dit hoeft niet aan het artikel toegevoegd te worden omdat het zorgkantoor normaal gesproken uit zichzelf een weigering zal motiveren.
254	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Aan artikel 19 moet redelijkerwijs een opzeggingsmogelijkheid voor de zorgaanbieder worden toegevoegd indien de beschikbare contracteerruimte, tariefpercentages of tariefsystematiek eenzijdig gedurende de looptijd van de (verlengde) overeenkomst wijzigt. Dit is zeker redelijk in het licht van de mogelijkheid van het zorgkantoor om tarieven aan te passen als een zorgaanbieder een (te) hoog resultaat zou	Aan artikel 19 van Deel III Algemeen deel zal geen opzegmogelijkheid worden toegevoegd, omdat met de opzegmogelijkheden die zijn opgenomen al de situaties zijn afgedekt die afgedekt zouden moeten worden.

		behalen (punt 2.3.6 Inkoopbeleid Wlz). Voorts is dat ook redelijk in geval (bijvoorbeeld, maar niet limitatief) een beroep op de hardheidsclausule (punt 2.7 Inkoopbeleid Wlz) niet zou worden gehonoreerd door het zorgkantoor. Kunt u een opzeggingsmogelijkheid toevoegen? Zo nee, waarom niet?	
255	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 1 Lid 1. In dit artikel is opgenomen: "De zorgaanbieder is verplicht om knelpunten met betrekking tot continuïteit van zorglevering op klantniveau bij het zorgkantoor te melden.". Kunt u nader definiëren welk type knelpunt gemeld moet worden bij het zorgkantoor?	Het gaat om alle knelpunten die maken dat de continuïteit van zorglevering op klantniveau in gevaar komt. Zie ook artikel 3 ‘Continuïteit van de zorglevering’.
256	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Niet bepaald is welke criteria worden gehanteerd bij het vaststellen wanneer een tekortkoming leidt tot een (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst en welke beroepsmogelijkheid de zorgaanbieder heeft. Kunt u deze toevoegen, zo nee waarom niet?	Omdat elke casus weer een andere is en naar de omstandigheden van het geval beoordeeld dient te worden, kunnen we de criteria niet nader aangeven. Wel wijzen wij erop dat aan het begin van Deel III: Algemeen deel is opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid. Voor de beroepsmogelijkheden verwijzen wij vragensteller naar artikel 22 ‘Algemene slotbepalingen’ lid 4.
257	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Met de term cliënt onder de WZD wordt iets anders verstaan dan onder de term cliënt in de Wlz. Wij verzoeken het zorgkantoor de term in de Wlz-overeenkomst aan te passen omdat het onmogelijk is voor een zorgaanbieder alle cliënten in de wijk te moeten wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand.	Wij zullen lid 6 van Artikel 1 Deel III Algemeen deel aanpassen. Lid 6 zal komen te luiden: De zorgaanbieder wijst de klant op de mogelijkheden van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en – wanneer dat aan de orde is – op het recht op rechtsbescherming door een cliëntvertrouwenspersoon.
258	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Het verkrijgen van toestemming voor zorgbeëindiging is niet vereist – het Voorschrift zorgtoewijzing verlangt slechts dat een voorgenomen beëindiging wordt gemeld – maar wordt wel gepretendeerd door zorgkantoren. Wij verzoeken u in het Voorschrift zorgtoewijzing te expliciteren dat er geen toestemming nodig is van het zorgkantoor bij zorgbeëindiging.	Op dit moment kunnen wij helaas geen antwoord geven op uw vraag, daar het Voorschrift later wordt gepubliceerd.
259	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Bij de uitleg Begrippen onderdeel 10 Onderaanneming: geeft u aan dat u ZZP'ers ook beschouwd als onderaannemers. Vraagt u in art 10 lid 1 aan ons om alle ZZP'ers die we inzetten voor Wlz-zorg voor inzet bij u voor te leggen? Gezien de capaciteitsdruk in de zorg is het van belang dat ZZP'ers indien nodig snel inzetbaar zijn en vraagt deze tussenstap (onnodig) extra tijd. Bent u bereid het artikel aan te passen en de inzet van ZZP'ers uit te sluiten van het 'vooraf melden'? Eventueel is een andere vorm van toetsing af te spreken die niet tijdvertragend werkt en die met minimale administratieve last wel het gewenste inzicht geeft?	Nee, wij zijn niet bereid om het artikel aan te passen. Ook zorg in onderaanneming door ZZP’ers moet vooraf gemeld worden. Zie de Bijlage Opgave Onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP’ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP’ers. Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming.

260	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Deel III, art 19 lid 4: waarom is de zorgaanbieder wel verplicht tot schadevergoeding bij ontbinding (zelfs bij overmacht situatie), maar het zorgkantoor niet?	Als het zorgkantoor om welke reden ook maar, genoodzaakt zou zijn om de overeenkomsten met al zijn gecontracteerde zorgaanbieders te beëindigen dan zou het – als het een dergelijke bepaling niet in zijn overeenkomst zou hebben opgenomen – geconfronteerd kunnen worden met vele vorderingen tot schadevergoeding. Tegen dergelijke situaties wenst het zorgkantoor zich te beschermen.
261	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Deel III, art 4: De zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, het zorgkantoor meteen van die omstandigheden met inachtneming van privacyregels in kennis te stellen en dit schriftelijk te bevestigen.-> ik neem aan dat dit enkel over de Wlz-zorg gaat en niet over ons gehele zorgaanbod. Wanneer het een andere zorgsoort betreft en/of buiten het gebied van het zorgkantoor, lijkt me dat die plicht er niet is, klopt dat?	Ons inziens doelt vragensteller op artikel 3 ‘Continuïteit van de zorgverlening’ en niet op artikel 4. Als het om de continuïteit van de zorgverlening gaat, dan betreft dat de Wlz-zorg. Alle risicovolle omstandigheden die die continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, dienen bij het zorgkantoor gemeld te worden. Ook risicovolle omstandigheden die te maken hebben met het andere zorgaanbod van de zorgaanbieder of die buiten het gebied van het zorgkantoor liggen, vallen onder deze bepaling. Dit voor zover zij de continuïteit van de zorgverlening (Wlz-zorg) bedreigen.
262	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 3 lid 2 staan limitatieve voorbeelden van risicovolle omstandigheden, waaronder tuchtrechtelijke maatregelen. Betekent dit dat het zorgkantoor van iedere waarschuwing en/of berisping op de hoogte moet worden gesteld? Een waarschuwing of berisping heeft geen direct risico voor de continuïteit van zorg. Waarom is dit als risicovolle omstandigheid gedefinieerd?	Het zorgkantoor moet o.a. van iedere waarschuwing en/of berisping in kennis worden gesteld. Wanneer u van mening bent dat een waarschuwing of berisping geen direct risico heeft voor de continuïteit van zorg, dan kan het nog altijd een indirect risico voor de continuïteit van zorg opleveren. Dat is voor het zorgkantoor voldoende reden om van dergelijke maatregelen op de hoogte gesteld te willen worden.
263	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 1 - dit maakt dat iedere ZZP'er vooraf moet worden aangemeld en moet worden afgewacht of het zorgkantoor de ZZP'er weigert of niet. Dat geeft administratieve last en vertraging bij het inschakelen van zorgverlenenden. Binnen welke termijn zal het zorgkantoor kenbaar maken of een onderaannemer wordt geweigerd? Kan voor ZZP'ers geen uitzondering worden gemaakt?	ZZP’ers gelden als onderaannemers en dienen als zodanig gemeld te worden. De namen en KvK-nummers van de ZZP’ers hoeven niet opgegeven te worden. Zie verder de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders ten minste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming. Om die reden kan voor ZZP’ers geen uitzondering worden gemaakt. Het zorgkantoor zal zo spoedig mogelijk kenbaar maken of een onderaannemer wordt geweigerd. Een specifieke termijn kan niet gegeven worden omdat de situatie niet elke keer dezelfde is.
264	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 6 - Veel onderaannemers (zoals mondzorgorganisaties) werken zelf ook met ZZP'ers. Deze zullen dan allemaal door het zorgkantoor akkoord moeten worden bevonden. Dat geeft administratieve last en vertraging bij het	Hoofdregel is dat de zorgaanbieder (hoofdaannemer) met alle onderaannemers aantoonbare afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg die zij van de zorgaanbieder hebben opgedragen gekregen. De zorgaanbieder dient

		inschakelen van zorgverlenenden. Binnen welke termijn zal het zorgkantoor kenbaar maken of een onderaannemer van een onderaannemer toestemming heeft verkregen? Kan voor ZZP'ers - mede gelet op de in de modelovereenkomsten veelal gehanteerde uitgangspunt van vrije vervangbaarheid - geen uitzondering worden gemaakt?	strikt op naleving hiervan toe te zien. Daar is nog bij vermeld dat alleen met toestemming van het zorgkantoor aan de zorgaanbieder (hoofdaannemer) de inschakeling van onderaannemer(s) door een onderaannemer is toegestaan. Zie de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring en zie punt 6 van de Bestuursverklaring zelf. In het geval zoals door vragensteller geschetst, zal er eerst überhaupt toestemming moeten komen van het zorgkantoor dat onderaannemers zelf weer onderaannemers mogen inschakelen. Wij zullen geen uitzondering maken voor ZZP-ers.
265	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 9 is opgenomen dat aanbieders en mondzorgprofessionals vooraf schriftelijke afspraken dienen te maken over de uit te voeren werkzaamheden. Welke afspraken dienen er specifiek vastgelegd te worden?	De zorgaanbieder moet erop toezien dat de mondzorgprofessional de zorg verleent die het meest passend is voor de klant en dat de mondzorgprofessional niet meer tijd en geen andere prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. Om die taken goed te kunnen uitvoeren, dienen er afspraken te worden gemaakt. De zorgaanbieder zal via die schriftelijke afspraken moeten regelen dat hij de declaraties die de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor indient, kan controleren. Ook zullen er afspraken gemaakt moeten worden over de dossiervorming. De door de mondzorgprofessional geleverde zorg moet zowel vastgelegd worden in het klantdossier bij de zorgaanbieder alsook in het klantdossier bij de mondzorgprofessional. Verder moet in die samenwerkingsafspraken worden opgenomen dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz, zoals gepubliceerd op de website van het zorgkantoor, van toepassing zijn als de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor declareert. Bovenstaande zijn voorbeelden maar het is geen limitatieve opsomming.
266	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 10 is opgenomen dat de zorgaanbieder er op toe ziet dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of geen andere of meer prestaties bij het zorgkantoor declareert dan daadwerkelijk geleverd. Op welke manier kan de zorgaanbieder dit controleren? De inzet van de mondzorgprofessionals wordt rechtstreeks gedeclareerd en vergoed door het zorgkantoor. Aanbieders worden met administratieve lasten en bijbehorende kosten belast door deze bepaling.	De zorgaanbieder kan in de samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional hierover afspraken maken; dat hij de mondzorg declaraties te zien krijgt en door de mondzorgprofessional in staat gesteld wordt de betreffende controles uit te voeren. Mondzorgprofessionals zijn onderaannemers met het enige verschil dat zij rechtstreeks bij het zorgkantoor declareren en andere onderaannemers via de zorgaanbieder/hoofdaannemer. In de situatie van reguliere onderaannemers heeft de zorgaanbieder ook administratieve lasten.
267	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 2, Lid 12 is opgenomen dat van de zorgaanbieder verwacht wordt dat minimaal 1 keer per jaar een interne audit uitgevoerd wordt naar de kwaliteit van de mondzorg. De bepaling dat de interne audit jaarlijks plaats dient te vinden	Een slechte mondgezondheid van een cliënt/verzekerde heeft een negatief effect op diens algemene gezondheid. Vandaar dat wij een kwalitatief goede mondzorg van essentieel belang vinden. Daar hoort ons inziens ook een regelmatig terugkerende audit bij waarmee die kwaliteit gemonitord wordt.

		verhoogt de administratieve lasten voor de aanbieders en is niet wenselijk.	
268	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 2: Kunt u nader toelichten waarom u ervoor heeft gekozen dat een onderaannemer lid moet zijn van SIEV, Schoonmakend Nederland of Prezo Hulp bij het Huishouden?	Dit geldt voor onderaannemers die uitsluitend schoonmaak leveren met uitzondering van de ZZP'ers. Het lidmaatschap zegt iets over de mate van professionaliteit van de onderaannemer.
269	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Artikel 10 lid 6: "De hoofdaannemer kan aantonen dat hij met alle onderaannemers afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg." Hoe is dit artikel te zien in relatie tot het inzetten van ZZP'ers door een onderaannemer?	Dit artikellid geldt ook voor de inzet van ZZP'ers door een onderaannemer.
270	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 10 lid 2 stelt u dat onderaannemers moeten voldoet aan de Wtza. Geldt dit ook voor de inhuur van bijvoorbeeld een pedicure/geestelijk verzorger en of vergelijkbaar?	De Wtza is van toepassing op zorgaanbieders/zorgverleners die zorg bieden die onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) valt of die laten verlenen. Voor vragen over de Wtza kan vragensteller het beste contact opnemen met het CIBG.
271	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In artikel 10 lid 2 stelt u dat onderaannemers moeten voldoet aan de Wtza. Bedoelt u hiermee dat onderaannemers een Wtza vergunning moeten hebben?	Nee, dat bedoelen wij niet. Onderaannemers moeten wel aan de meldplicht voldoen. Voor vragen over de Wtza kan vragensteller het beste contact opnemen met het CIBG.
272	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Voor het inschakelen van onderaannemers moet vooraf toestemming worden gevraagd. Wij maken gebruik van bijvoorbeeld pedicures die niet bij ons in loondienst zijn voor de voetverzorging. Voetverzorging is onderdeel van het intramurale pakket. Wij huren hiervoor gediplomeerde pedicures in en vinden het niet noodzakelijk om hier vooraf toestemming voor te vragen. Dit laten wij graag vormvrij over aan de voorzieningen. Als wij dit niet melden overtreden wij daarmee artikel 10 lid 1?	Ja, dan overtreedt vragensteller daarmee artikel 10 lid 1. Zie evenwel de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
273	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Bepaalde typen zorg volgens Artikel 5 van de Overeenkomst mogen niet geweigerd worden, de bepaling lijkt nu te impliceren dat deze zorg altijd geboden en geaccepteerd moet worden. Terwijl het zorgkantoor bij bijvoorbeeld crisiszorg een aantal bedden inkoopt. We verzoeken u het slot van artikel 5 te wijzigen naar: "De zorgaanbieder dient overeenkomstig de gemaakte volume-afspraken altijd (…)". Kunt u, indien u zich niet kunt vinden in het voorstel, beargumenteren waarom niet?	Wij zullen het artikel niet aanpassen. De laatste zin van het artikel luidt dat de zorgaanbieder deze zorg (palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg) niet mag weigeren. Dat is belangrijk anders is het risico aanwezig dat in dergelijke omstandigheden deze zorg niet geleverd wordt en dat is geen optie. Als de volumeafspraken in de praktijk niet toereikend blijken te zijn, zou de zorgaanbieder daarover met het zorgkantoor in gesprek kunnen gaan.
274	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	In de definities is voor onderaanneming aangegeven dat zzp-ers daar ook deel van uitmaken. In artikel 10 lid 1 is vermeld dat alle zorg in onderaanneming vooraf gemeld moet	Wij zullen de ZZP'ers niet uit de definitie 'Onderaanneming' halen. Ook zullen wij artikel 10 lid 1 niet aanpassen. Zie evenwel de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de

		worden. Dat betekent ook dat alle zzp-ers gemeld moeten worden. Dat is gezien de huidige arbeidsmarkt onwenselijk. Verzoek is om de zzp-ers uit de definitie te halen. Advies: verzoek om artikel 10 lid 1 aan te passen naar: “Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers gemotiveerd te weigeren. Indien de zorgaanbieder meent dat een weigering niet terecht is en haar belangen als gevolg daarvan onevenredig worden geschaad, treden partijen over de weigering in overleg.”	Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP’ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP’ers.
275	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Is het uitvoeren van interne audits niet een integrale verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en het verbijzonderen en verplichten van een audit Mondzorg te eng geformuleerd?	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een specifieke interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
276	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoe moeten we in het kader van (Ont)zorg de zorg de administratieve last zien van het voeren van minimaal 1x per jaar het uitvoeren van interne audits op de mondzorg? Is dit niet dubbelop met hetgeen dat zal volgen uit het kwaliteitskompas? Hoe kijkt u hier tegen aan?	Gelet op het feit dat wij kwalitatief goede mondzorg binnen de Wlz zeer belangrijk vinden, achten wij het gerechtvaardigd om van zorgaanbieders te vragen minimaal 1 keer per jaar een specifieke interne audit uit te voeren naar de kwaliteit van de mondzorg.
277	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Wat zijn redenen dat het zorgkantoor onderaannemers kan weigeren? Graag uw toelichting.	Er worden bepaalde eisen aan onderaannemers gesteld. Als zij niet aan die eisen voldoen, moet een zorgkantoor hen kunnen weigeren.
278	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Behoren onderaannemers die werken met de rekenmodule voor dagbesteding ook als onderaannemer?	Ja, dat is het geval.
279	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	pagina 16, Hoofdstuk 1, artikel 1, lid 1: U stelt: De zorgaanbieder verbindt zich om, met inachtneming van hetgeen tussen partijen is overeengekomen aan afspraken over prestaties en tarieven, zorg te verlenen aan de klant die zich daartoe tot hem wendt en zorg te verlenen op basis van aanspraken vermeld in het indicatiebesluit en conform het Voorschrift zorgtoewijzing. Vraag; betekent dit een acceptatieplicht voor iedereen?	Ja, in principe wel. Zie echter in het Voorschrift zorgtoewijzing de regeling omtrent het weigeren van zorg.
280	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoofdstuk 1, artikel 10, lid 4: u stelt: De hoofdaannemer geeft het zorgkantoor desgevraagd nadere informatie over de onderaannemer en diens verwachte te realiseren productie voor het desbetreffende jaar. In voorkomend geval kunnen partijen nadere afspraken maken met betrekking tot de onderaanneming en deze in een addendum vastleggen. Kunt u definiëren wat 'nadere informatie' inhoudt?	Bij nadere informatie kan bijv. gedacht worden aan informatie die aantoont dat de zorgverlening door de onderaannemer aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf zijn gesteld.

281	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	U schrijft in Deel III: Definitie: let op: iedere ZZP'er geldt dus als onderaannemer! Artikel 1 lid 3: Indien bevindingen van de IGJ leiden tot een oordeel ten aanzien van de levering van zorg, dan zal het zorgkantoor de gevolgen van dit standpunt op deze overeenkomst betrekken. Kunt u aangeven op welke manier de gevolgen van een eventueel oordeel van de IGJ bij deze overeenkomst worden betrokken?	Indien bijvoorbeeld de IGJ tot het oordeel komt dat de kwaliteit van de geleverde zorg onvoldoende is, zal worden bekeken of de zorgaanbieder nog wel aan de voorwaarden van de overeenkomst voldoet/de overeenkomst nog wel nakomt.
282	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Deel 3 artikel 18 lid 4 geeft aan dat er sancties op niet-nakoming gezet kunnen worden, waaronder een korting van 5% op de tarieven. Bent u bereid in geval van niet-nakoming af te zien van de mogelijkheid nieuwe tariefafspraken te maken of een korting op de tarieven toe passen? De tarieven staan reeds onder druk en andere tariefafspraken dan wel een korting van 5% op de tarieven heeft grote financiële gevolgen voor een zorginstelling. Zou u uw antwoord willen motiveren? (los van de vraag dat dit artikel in het vorige contract ook was opgenomen)	Het zorgkantoor zal zijn pakket aan maatregelen dat bij niet nakoming ingezet kan worden, niet inperken, zoals de vragensteller vraagt. Dat de afspraak over volumes, prestaties en tarieven wordt aangepast en/of dat een korting van maximaal 5% op de afgesproken tarieven wordt opgelegd, blijft tot de mogelijkheden behoren. Het blijft immers van belang voor de verzekerden dat gemaakte afspraken worden nagekomen door de zorgaanbieder.
283	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Soms hebben zorgaanbieders geen eigen AGB-code. Worden afspraken over onderaannemerschap ook goedgekeurd als een zorgaanbieder geen AGB-code heeft?	Ja, dat is het geval mits aan eventuele overige voorwaarden wordt voldaan zoals een benodigde kwalificatie.
284	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Blz. 18. Er wordt gesproken over Treeknorm maar zorgkantoor spreekt in Voorschrift Zorgtoewijzing van Streefnorm. Wat wordt nu gehanteerd? En kan dit eenduidig gemaakt worden?	De zorgaanbieder start in beginsel binnen de Treeknormen en als er in het Voorschrift zorgtoewijzing Streefnormen zijn vastgesteld, binnen de Streefnormen, met zorgverlening aan de klant.
285	Hoofdstuk 2 Niet nakoming	Lid 1; aan wat voor soort sancties moeten we denken?	Het is niet duidelijk naar welk artikel u verwijst. Wij kunnen uw vraag niet beantwoorden.
286	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	In artikel 11, Lid 2 f is opgenomen dat de aanbieders het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag/ kwaliteitsbeeld beschikbaar dient te stellen aan de zorgkantoren. In de landelijke visie en het regionale inkoopbeleid van de Zorgkantoren is geen informatie opgenomen over de aan te leveren plannen/ verslagen. Blijft de aard en inhoud van de plannen en verslagen gelijk?	Wat de aard en inhoud van de plannen en verslagen moet zijn staat beschreven in het vigerende kwaliteitskader. Het zorgkantoor volgt het kwaliteitskader en sluit aan op de werkwijze zoals staat omschreven in het kader.
287	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Art 11 lid 1: Het zorgkantoor heeft het recht om van de zorgaanbieder alle informatie op te vragen die het nodig heeft voor het uitoefenen van zijn taken in het kader van de Wlz en de wettelijke voorschriften die betrekking hebben op de levering van de zorg. Het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra	Het gaat om informatie die nodig is voor het uitoefenen van de taken van het zorgkantoor en daarbij om niet onnodige extra administratieve lasten. Het is aan het zorgkantoor zelf om in een specifiek geval de afweging te maken welke informatie wel en niet nodig is en wat wel en niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt.

		administratieve lasten leidt. Op welke voorwaarden toetst u dat het tot geen extra administratieve last leidt?	
288	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, Hoofdstuk 2, art, 11, lid 2 onderdeel a; U stelt: De zorgaanbieder stemt ermee in dat het zorgkantoor deel kan nemen aan de bestuursgesprekken tussen de IGJ en de zorgaanbieder, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Vraag; Ons inziens is het aan de zorgaanbieder om in gesprek te gaan met de IGJ. In deze gesprekken zouden ook niet-Wlz gerelateerde onderdelen besproken kunnen worden. Het verzoek is dan ook om deze eis te laten vervallen.	Wij zullen deze eis niet laten vervallen. Als er niet-Wlz gerelateerde onderdelen besproken zouden worden, waar het zorgkantoor niet bij zou mogen zijn, dan kan daar agenda-technisch rekening mee gehouden worden, zo lijkt ons.
289	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, hoofdstuk 2, art. 11, lid 2 b: u stelt: b. Openbare rapporten van de IGJ worden door de zorgaanbieder goed vindbaar voor de klant op de website van de zorgaanbieder geplaatst zodra deze beschikbaar zijn. Vraag; Dit vraagt om extra administratieve lasten. Inspectierapporten zijn nu ook al openbaar en op te vragen via de website van het IGJ. Verzoek is om deze eis te laten vervallen.	Wij zullen deze eis niet laten vervallen. Wij vinden het belangrijk dat de betreffende rapporten ook op de website van de zorgaanbieder worden geplaatst.
290	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Pagina 23, Hoofdstuk 2, art. 11, lid 2 onderdeel a; U stelt: De zorgaanbieder stemt ermee in dat het Zorgkantoor deel kan nemen aan de bestuursgesprekken tussen de IGJ en de zorgaanbieder, wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Kunt u specificeren in welke specifieke situaties dit gebeurt en op wiens initiatief dit gebeurt?	Wij kunnen niet specificeren in welke specifieke situaties dit gebeurt. De zorgaanbieder dient het zorgkantoor ervan op de hoogte te stellen dat er een bestuursgesprek zal plaatsvinden. Het zorgkantoor bepaalt dan zelf of zij zal deelnemen.
291	Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	In artikel 11 lid f wordt aangegeven dat de GGZ sector kan volstaan met een onderbouwing van hoe invulling wordt gegeven aan de voorlopige kwaliteitsuitgangspunten. Het zorgkantoor kan afspraken maken over de aanlevering hiervan. Wat betekent dit voor eventuele termijnen van aanlevering?	Indien een zorgkantoor hier afspraken met u over wenst te maken, zullen eventuele termijnen van aanlevering op dat moment samen overeengekomen moeten worden. Dit is dus op voorhand niet aan te geven.
292	Hoofdstuk 3: Overige bepalingen	blz. 7 lid 5 wat is tijdig?	Wij kunnen uit uw vraag niet herleiden waar uw vraag over gaat en kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
293	Hoofdstuk 4: Controle	De bepaling in artikel 13 is vrij algemeen geformuleerd voor een bevoegdheid die grote financiële consequenties kan hebben. Niet duidelijk is hoe wordt vastgesteld dat een betaling ten onrechte zou zijn gedaan. Ook in het declaratieprotocol wordt hier niet op ingegaan. We verzoeken om artikel 13 aan te passen naar een meer evenwichtige bepaling waarin de procedure beter wordt uitgewerkt, dan wel wordt verwezen naar een bijlage waarin de procedure wordt uitgewerkt. In die procedure zou dan in ieder geval moeten worden opgenomen dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de	Wanneer bijvoorbeeld in het kader van een materiële controle wordt geconstateerd dat niet op juiste wijze is gedeclareerd, dan kunnen daar terugvorderingen uit voortvloeien. Dat zijn betalingen die door het zorgkantoor ten onrechte zijn gedaan. De wijze waarop een materiële controle moet worden uitgevoerd is aan regels gebonden. Verder wijzen wij u op artikel 7 van Bijlage 5: het Declaratieprotocol Wlz.

		constatering dat ten onrechte is betaald, wordt gehoord en gelegenheid krijgt om tegen verrekening of terugvordering bezwaar te maken.	
294	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	U stelt in Lid 3 van artikel 16: Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt/wijzigen, is de zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan het zorgkantoor. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat het zorgkantoor in staat is de onderzoeken, als bedoeld in lid 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden. Kunt u nader toelichten waarom de melding vooraf gedaan moet worden?	Het zorgkantoor mag op grond van de Sanctiewet en -regelgeving nooit betalingen verrichten aan een zorgaanbieder waarvan de UBO('s) is/zijn vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet en -regelgeving. Als de melding van de nieuwe UBO('s) achteraf gedaan zou mogen worden en een UBO blijkt op een sanctielijst te staan, dan kan het zorgkantoor in de tussentijd al in strijd met wet- en regelgeving een betaling hebben gedaan. Om dat te voorkomen moet de melding vooraf gedaan worden.
295	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	Art 15 lid 4 laatste alinea: zorgaanbieder dient de klant te informeren, dat geldt ook voor het niet gebruik hoeven maken van de Wlz (het stukje daarvoor) als een andere wet kan voorzien in ondersteuning van de cliënt? (m.a.w. er wordt ten onrechte gebruik gemaakt van de Wlz). Gezien de huidige opgave waar we in de Wlz voor staan, kan ik me voorstellen dat dit "breder" bekeken wordt.	Dank voor uw suggestie. In de praktijk zien wij weinig voorbeelden van onterechte Wlz-zorg. Vandaar dat dit ook niet is opgenomen in de overeenkomst.
296	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	U stelt in lid 6 van artikel 18 dat het zorgkantoor zonder ingebrekestelling tot (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst kan overgaan. Hoe verhoudt dit zich tot de redelijkheid en billijkheid. Kunt u dit nader toelichten?	Conform artikel 6:265 BW dient de tekortkoming de ontbinding te rechtvaardigen. De aard, omvang of betekenis van de tekortkoming in de nakoming is van invloed op de mate van ontbinding. Daarmee is de toepassing van de redelijkheid en billijkheid al een gegeven. Het zorgkantoor zal bij zijn afwegingen rekening houden met de ernst en mate van de onjuistheid in dan wel de tekortkoming in de nakoming van hetgeen de zorgaanbieder heeft verklaard. Ook zal bekeken worden of er volledige of gedeeltelijke ontbinding plaats kan vinden.
297	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel 18 lid 5 en artikel 19 lid 4, in samenhang met artikel 23 lid 2. In artikel 23 lid 2 van Deel III van de Overeenkomst (Bijlage 1) is opgenomen dat de aansprakelijkheid van het zorgkantoor is beperkt, in die zin dat het zorgkantoor nooit aansprakelijk is voor gevolgschade. Dat is een redelijke bepaling, uiteraard mits dit omgekeerd ook geldt voor de zorgaanbieder. Hierbij wijzen wij er ook op dat een ongelimiteerde aansprakelijkheid van de opdrachtnemer sowieso als disproportioneel zou zijn aan te merken. Wij verzoeken u daarom om een artikel op te nemen (al dan niet door aanpassing van artikel 18 lid 5 en artikel 19 lid 4 Deel III Overeenkomst; Bijlage 1) waarin is bepaald dat de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder voor gevolgschade is uitgesloten en bovendien is beperkt tot het bedrag dat de aansprakelijkheidsverzekeraar uitkeert.	Wij zullen de overeenkomst op de gevraagde punten niet aanpassen. Wij merken daar nog bij op dat artikel 18 lid 5 niet alleen ziet op de schade van zorgkantoor maar juist ook op die van de klanten.

298	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Bijlage 1, Overeenkomst 2024-2026, Deel III, artikel 18 lid 3 en lid 4. Een aantal onderdelen van artikel 18 lid 3 en 4 van de Overeenkomst, Deel III (Bijlage 1) is disproportioneel en/of niet transparant: 1) het is disproportioneel dat de zorgaanbieder ermee moet instemmen dat u in geval van niet-nakoming van afspraken door de zorgaanbieder een eenzijdig recht heeft om afspraken over volumes, prestaties en tarieven eenzijdig aan te passen. U beschikt bij wet immers over de mogelijkheden tot 'omzetting' van verbintenissen, of '(gedeeltelijke) ontbinding'. Een eenzijdig ongeclausuleerd recht geeft een vrijbrief om afspraken aan te passen, ongeacht of de tekortkoming dat rechtvaardigt. Wilt u de bepaling schrappen, dan wel opnemen dat u deze wijzigingen slechts mag doorvoeren voor zover de tekortkoming dit rechtvaardigt? 2) de mogelijkheid korting van 5% op de tarieven, als sanctie bij iedere vorm van tekortkoming, is volstrekt onredelijk. Het is helemaal niet gezegd dat een eventuele tekortkoming dit rechtvaardigt. Sterker nog: meestal zal dat geenszins het geval zijn. Wij verzoeken u deze clausule te schrappen.	U gaat er in uw vraag vanuit dat het zorgkantoor de betreffende bepalingen zal toepassen ongeacht de vraag of toepassing daarvan de tekortkoming in de nakoming rechtvaardigt. Dat is niet het geval. Aan het begin van Deel III: Algemeen deel is overigens al opgenomen dat bij de toepassing van de overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid. Verder merken wij nog op dat er sprake kan zijn van een korting van maximaal 5% en niet dat in alle gevallen een korting van 5% ongeacht de omstandigheden kan worden toegepast (artikel 18 lid 4). Wij zullen geen bepalingen of clausules schrappen.
299	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 - Wat verstaat het zorgkantoor onder beëindigen in de eerste zin? Is dat opzeggen of ontbinden?	Dat betreft niet ontbinden maar beëindigen/opzeggen. Tussen opzeggen met onmiddellijke ingang en beëindigen met onmiddellijke ingang is ons inziens geen verschil.
300	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 sub h - het enkele niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomen is reeds grond voor beëindiging. Is dat wel reeel? Is het mogelijk dit te koppelen aan de aard van de tekortkoming die van dien aard moet zijn dat deze in redelijkheid beëindiging ook rechtvaardigt?	Voor de goede orde wijzen wij erop dat er staat dat na een deugdelijke ingebrekestelling (voor zover vereist) er niet, niet behoorlijk of niet tijdig nagekomen wordt. Daarnaast zal de aard, omvang of betekenis van de tekortkoming in de nakoming van invloed zijn op de vraag of tot beëindiging zal worden overgegaan en zo ja, of er sprake zal zijn van gehele of gedeeltelijke beëindiging.
301	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 19 lid 3 sub i - het is afhankelijk van de aard van de tekortkoming die door overmacht ontstaat beëindiging reëel is en op welke termijn. Een termijn van 30 dagen in algemene zin voor alle situaties is niet reëel. Is het mogelijk deze termijn op 90 dagen te zetten?	De bepaling zullen wij ongewijzigd handhaven.
302	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	artikel 19 lid 4 - de zorgaanbieder kan in redelijkheid alleen schadeplichtig zijn als de tekortkoming directe beëindiging van de overeenkomst rechtvaardigt. Bij overmacht is dat per definitie niet reëel. Verschillende beëindigingsgronden in lid 3 zijn bovendien wederkerig. Dan zou lid 4 ook wederkerig moeten zijn. Is het zorgkantoor bereid dit aan te passen?	Het zorgkantoor is niet bereid dit aan te passen.

303	Hoofdstuk 7: Duur en einde overeenkomst	Artikel 21 lid 1 - wat verstaat het zorgkantoor onder "derden". Vallen daar ook dochtervennootschappen of andere groepsmaatschappijen onder?	Ja, die vallen daar ook onder.
304	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	Artikel 22, Lid 1: Kunt u deze bepaling nader toelichten?	De betreffende bepaling is op zichzelf duidelijk. Omdat de vraagsteller niet aangeeft wat daaraan niet duidelijk is, kunnen wij deze vraag helaas niet beantwoorden.
305	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	In artikel 22 lid 3 geeft u aan dat partijen zo snel mogelijk in overleg treden om bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Als er geen overeenstemming wordt bereikt kan elk der partijen de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Zorgaanbieder heeft een zorgplicht ten aanzien van de cliënt en kan de zorg aan cliënt niet zomaar stop zetten. Op welke wijze wordt in een dergelijk geval de zorg continuïteit gewaarborgd?	Wij wijzen u op artikel 19 lid 5 waarin de gang van zaken beschreven staat bij beëindiging van de overeenkomst.
306	Hoofdstuk 8: Slotbepalingen	Artikel 24 lid 2 u beschrijft: Het zorgkantoor is in een dergelijke situatie niet gehouden tot enige (schade)vergoeding. De zorgaanbieder heeft hier geen invloed op. Hoe verhoudt deze bepaling zich tot de redelijkheid en billijkheid?	Het zorgkantoor heeft ook geen invloed op dergelijke wijzigingen in wet- en regelgeving. Het zorgkantoor kan niet gehouden worden om een vergoeding te betalen voor zorg die niet meer bij of krachtens de Wlz vergoed wordt/mag worden. Ook anderszins is het zorgkantoor niet gehouden om een schadevergoeding te betalen.

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
307	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Wij maken bezwaar tegen artikel 1.F van bijlage 1, waarin een aantal bijlagen die integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst in de loop van de tijd eenzijdig kunnen worden aangepast. Het is voor ons niet mogelijk akkoord te gaan met een dergelijk artikel. Gaat u dit aanpassen?	Wij gaan dit niet aanpassen.
308	DEEL I: ZORGAANBIEDERGEBONDEN DEEL	De vragen die wij hebben gesteld voor de overeenkomst in Bijlage 1 gelden ons inziens dan ook voor Bijlage 2. Wilt u dit bevestigen? Zo niet, wilt u uw antwoord dan motiveren?	Deze vraag is niet in algemene zin te beantwoorden. Dat is afhankelijk van de bepaling waar het om gaat. Wij kunnen uw aanname dan ook niet bevestigen.
309	DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL	Ik ben een bestaande zorgaanbieder. Heb al diverse documenten ingediend in vorige aanbesteding, die nu wel soms verouderd zijn. Moet ik dan opnieuw alle documenten indienen?	Wij gaan ervan uit dat u een bestaande zorgaanbieder bent in zin van ‘bestaande voor het zorgkantoor’, een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. In Bijlage 1: Aan te leveren documenten, van bijlage 3A Bestuursverklaring is het volgende opgenomen: Bijlage 1: Aan te leveren documenten Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Indien er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. U hoeft als bestaande zorgaanbieder in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ naast de bestuursverklaring niet opnieuw alle aanvullende documenten in te dienen. Hebben er wijzigingen plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 (of van eerdere jaren) dan dient u dit te melden bij het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.
310	DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL	Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024, Bijlage 2) U schrijft dat "Het zorgkantoor merkt de inschakeling van zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) - die beschikken over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen - aan als onderaanneming. Het zorgkantoor gaat er vanuit dat als een zorgaanbieder	Wij beschouwen ZZP’ers als onderaannemer, omdat zij in opdracht werken van de opdrachtgever (hoofdaannemer). Volgens de Wtza en Wkkgz zijn ZZP’ers in de zorg een zorgaanbieder. Wij zullen deze definitie niet aanpassen.

		ZZP'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming." Wat is de reden dat u ZZP-ers als onderaannemers beschouwt? Zorgaanbieders schakelen immers met de inzet van ZZP'ers geen andere zorgaanbieders in, maar zorgverleners die eraan bijdragen dat de zorgaanbieder Wlz de zorg aan de verzekerden van het zorgkantoor kan blijven verlenen. Bent u bereid de definitie van onderaannemers aan te passen door ZZP'ers niet langer onder die definitie te scharen?	
311	DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Art 10 lid 1 (Onderaanneming): Bij de uitleg Begrippen onderdeel 10 Onderaanneming geeft u aan dat u ZZP'ers ook beschouwt als onderaannemers. Vraagt u in art. 10 lid 1 aan ons om alle ZZP'ers die we inzetten voor Wlz-zorg voor inzet bij u voor te leggen? Gezien de arbeidsmarktproblematiek en verzuimproblematiek is een snelle inzet van ZZP'ers van essentieel belang. Een tussenstap zal onnodig extra tijd kosten. Bent u bereid het artikel aan te passen en de inzet van ZZP-ers uit te sluiten van het 'vooraf melden'? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij zijn niet bereid om het artikel aan te passen. Ook zorg in onderaanneming door ZZP'ers moet vooraf gemeld worden. Zie de Bijlage Opgave Onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de bestuursverklaring. Daarin staat hoe ZZP'ers gemeld moeten worden. Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming.
312	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Hoe verhouden de verplichtingen van artikel 2 lid 10 en lid 12 zich tot de deelname aan het experiment vernieuwend verantwoorden?	De verplichtingen van lid 10 en lid 12 van artikel 2 Mondzorg gelden tenzij het valt onder een Experiment vernieuwend verantwoorden én in dat kader over de mondzorg specifiek andere afspraken zijn gemaakt. De NZa beleidsregel Experiment vernieuwend verantwoorden geldt overigens tot en met 31 december 2023.
313	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Pagina 21; Deel III, artikel 3 Lid 2. De zorgaanbieder is verplicht om bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend op financieel en zorginhoudelijk gebied, het zorgkantoor meteen van die omstandigheden met inachtneming van privacyregels in kennis te stellen en dit schriftelijk te bevestigen. Hierbij geeft de zorgaanbieder het zorgkantoor inzicht in alle relevante stukken die betrekking hebben op de problematiek. Het zorgkantoor heeft het recht om, bij gerede twijfel, een extern (accountants)onderzoek in te stellen. De continuïteit van zorg wordt in ieder geval als risicovol beschouwd indien: e. Er sprake is van enige bestuursrechtelijke maatregel van de IGJ of van een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel. Vraag; kunt u bevestigen dat het hier uitsluitend maatregelen betreft vanuit Wlz geleverde zorg?	Nee, dat kunnen wij niet. Ook maatregelen vanuit niet-Wlz-geleverde zorg of anderszins vallen hier onder.

314	Hoofdstuk 5: Declaratie en betaling	Pagina 26: Artikel 15, Lid 4: U stelt: De zorgaanbieder heeft de plicht om de klant te informeren dat indien de klant een Wlz-indicatie heeft en verblijft op een plaats met behandeling en voor die dagen waarop door het Zorgkantoor een zorgzwaartepakket inclusief behandeling voor deze klant wordt vergoed, de zorg, die met de Wlz-indicatie samenhangt dan wel daar onderdeel van uitmaakt – zoals bepaald in artikel 3.1.1. Wlz –, niet bij de zorgverzekeraar in rekening mag worden gebracht. De zorgaanbieder ondersteunt de klant desgewenst bij het opzeggen van de inschrijving bij de huisarts, tandarts, apotheker en de hulpmiddelenleverancier in het geval de klant zorg als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz ontvangt. Verzoek, in kader van eigen regievoering cliënt, om de regievoering omtrent opzeggen, in eerste instantie bij cliënt zelf, diens belangenbehartiger of wettelijk vertegenwoordiger (bewindvoerder, mentor of curator) te beleggen. Indien deze niet aanwezig zijn, kunnen wij als zorgaanbieder uiteraard ondersteunen.	In het artikellid staat dat de zorgaanbieder de klant desgewenst ondersteunt bij het opzeggen van de inschrijving bij de huisarts, tandarts, apotheek en de hulpmiddelenleverancier. Ook in de situatie dat er een belangenbehartiger of een wettelijk vertegenwoordiger is, dient de zorgaanbieder die ondersteuning desgewenst te verlenen.
315	Hoofdstuk 6: Fraude, niet nakoming en geschillen	Volgens de titel hoofdstuk 6 bevat bepalingen over fraude, niet nakoming en geschillen. Klopt het dat hoofdstuk 6 geen bepaling bevat over geschillen, maar dit wordt behandeld in hoofdstuk 8?	Dat is juist. Wij zullen de titel van Hoofdstuk 6 aanpassen. Deze komt dan te luiden: Hoofdstuk 6: Fraude en niet nakoming.

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
316	1. Algemeen	Is het nodig GGZ aan te klikken of is het i.h.k.v. persoonsvolgendheid afdoende wanneer je een enkele GGZ indicatie/client hebt om enkel gehandicaptenzorg aan te vinken. Ofwel: zijn enkele sectorvreemde indicaties reden om als (hoofd)zorgsoort een extra zorgsoort aan te kruisen?	In de Bestuursverklaring kruist u de sector aan waarvoor u wilt inschrijven. In de bestuursverklaring hoeft u maar één sector aan de kruisen. Andere of subsectoren hoeft u niet aan te geven. In het ondernemingsplan – indien van toepassing – beschrijft u welke zorg u exact wilt gaan leveren.
317	1. Algemeen	Klopt het dat een zorgaanbieder die een Stichting is géén UBO registratie hoeft te hebben en kan volstaan met een inschrijving in het register KVK?	Nee, een stichting moet ook haar UBO's inschrijven/registreren.
318	1. Algemeen	Klopt het dat bestaande zorgaanbieders dus geen bewijsmiddelen conform het inkoopbeleid hoeven in te leveren?	In bijlage 1: 'Aan te leveren documenten' van de bestuursverklaring is aangegeven dat voor bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' (zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt) geldt dat er naast de bestuursverklaring geen aanvullende documenten worden opgevraagd. Voor bestaande zorgaanbieders in de zin van 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' ligt dat anders (zie bijlage 1: 'Aan te leveren documenten' van de bestuursverklaring).
319	1. Algemeen	Moeten we de bestuursverklaring voor elke regio apart invullen of mag je regio Twente en Groningen samen invullen? voor (bestaande aanbieders)	In de Bestuursverklaring is het volgende opgenomen: De zorgaanbieder schrijft in voor de volgende regio('s) zoals beschreven in bijlage 4 Zorgkantoorregio('s)…… (let op, indien u inschrijft voor regio's van meerdere zorgkantoren of aangewezen Wlz-uitvoerders, dient u in te schrijven per zorgkantoor of aangewezen Wlz-uitvoerder): U schrijft in per zorgkantoor/aangewezen Wlz-uitvoerder (Menzis, CZ, VGZ etc.) en per inschrijving/zorgkantoor/aangewezen Wlz-uitvoerder geeft u aan voor welke regio's van dat zorgkantoor/die aangewezen Wlz-uitvoerder u wilt inschrijven. Wanneer u zou willen inschrijven voor Twente en Groningen dan schrijft u dus in bij Menzis Zorgkantoor (omdat Twente en Groningen beide regio's zijn die onder Menzis Zorgkantoor vallen) én geeft u in de bestuursverklaring aan dat dit is voor deze 2 regio's.
320	1. Algemeen	Wij hebben verschillende AGB-codes. Is het de bedoeling dat we de Koepelcode aangeven in de bestuursverklaring of de codes die er onder hangen?	In de bestuursverklaring vermeldt u de AGB-code van de juridische entiteit waarmee u inschrijft.

321	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Hoe verhoudt de 2e eis omtrent het UBO-register zich tot de brief van de minister van Financiën d.d. 22-11-22: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/11/22/kamerbrief-over-tijdelijk-geen-informatieverstrekkingen-uit-het-ubo-register-naar-aanleiding-van-uitspraak-eu-hof	De eis houdt in dat de zorgaanbieder zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register heeft ingeschreven, voor zover daartoe verplicht. De brief van de minister van Financiën gaat over het tijdelijk niet meer verstrekken van informatie uit het UBO-register vanwege een uitspraak van een Europese rechter. Echter, de laatste zin van de brief geeft aan dat de uitspraak niet van invloed is op de plicht voor juridische entiteiten om UBO's te registeren. Die plicht blijft van kracht en daarmee kan onze eis in zijn oorspronkelijke vorm – die wij in de Bestuursverklaring 2022 voor het eerst in deze vorm hebben opgenomen – ongewijzigd gehandhaafd blijven.
322	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Bijlage 3 Bestuursverklaring: Op pagina 4 het 1e vakje leeg: Nieuwe zorgaanbieder..... Klopt het dat we als bestaande zorgaanbieder dit vakje leeg kunnen laten?	Wij gaan ervan uit dat u doelt op de eis: 'De nieuwe zorgaanbieder – zoals gedefinieerd in onderhavige inkoopprocedure Wlz – heeft zich in het kader van de meldplicht op grond van de Wtza gemeld bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)…….'. Het is juist dat wanneer u kwalificeert als een bestaande zorgaanbieder u dit hokje leeg kunt laten en dus niet hoeft aan te vinken.
323	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	Wij zijn een bestaande zorgaanbieder en hoeven derhalve alleen de bestuursverklaring aan te leveren. Daarin wordt vermeld dat de zorgaanbieder beschikt over een VOG RP. Onze VOG dateert van 29 juni 2020. Is deze nog geldig of moeten wij een nieuwe VOG RP aanvragen?	Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.
324	2. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de volgende geschiktheidseisen (eisen waaraan voldaan wordt, aanvinken).	In het overzicht aan te leveren documenten wordt gesproken over een VOG RP. Wij zijn een bestaande zorgaanbieder. Er heeft wel een bestuurswisseling plaats gevonden. Is het dan nodig een nieuwe VOG RP aan te leveren?	U geeft aan dat u een bestaande zorgaanbieder bent in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. Hebben er wijzigingen plaatsgevonden ten opzichte van de inschrijvingsdocumenten/contractering 2023 (of van eerdere jaren) dan dient u dit te melden bij het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren. Dat melden kan buiten deze inkoopprocedure om gebeuren. Hoe dit doorgegeven moet worden en binnen welk termijn is aan uw regionale zorgkantoor. Bij inschrijving hoeft u dus geen nieuwe VOG RP aan te leveren als bestaande zorgaanbieder.
325	4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).	Bijlage 3: Bestuursverklaring Als we niet voornemens zijn met onderaannemers te werken, kunnen we de vinkjes op pagina 8 punt 4 dan leeg laten? Of is dit een harde knock out? Bij bijlage 2: onderaannemerschap vullen we "nee" in als antwoord.	U kunt de hokjes bij punt 4 op de Bestuursverklaring niet leeg laten, want dat betekent inderdaad een harde knock-out.

326	4. De zorgaanbieder verklaart hierbij te voldoen aan de eisen van onderaanneming (eisen waaraan wordt voldaan, aanvinken).	Bijlage 3 - Bestuursverklaring 2024, par. 4: U schrijft dat de zorgaanbieder moet verklaren dat de inzet van onderaanneming vooraf wordt gemeld voor het geval daarvan sprake is. Wanneer is sprake van het tijdig melden van het inzetten van een onderaanneming?	Zodra het voor u zelf duidelijk is welke partij u als onderaannemer wilt gaan inzetten, kunt u dat al melden bij het zorgkantoor. In ieder geval moet dit voor zover mogelijk ruim vóór zorglevering zijn. Ook moet er in beginsel een redelijk termijn zijn voor het zorgkantoor om zo nodig een oordeel te vormen over de gemelde onderaanneming.
327	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Het zorgkantoor gaat ervan uit dat als een zorgaanbieder ZZP'ers inschakelt bij de uitvoering van de overeenkomst, er sprake is van onderaanneming. Is deze definitie ook van toepassing als bijvoorbeeld een zelfstandig verzorgende wordt ingehuurd op een intramurale afdelingen en zorg biedt aan meerdere klanten? Volgens ons is er dan geen sprake van onderaanneming, maar van personeel in loondienst. Deelt u onze mening?	Nee, in deze situatie is er sprake van onderaanneming.
328	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Een zorgaanbieder moet aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Kan in het kader van vermindering administratieve last deze opgave geschrapt worden. Zo nee, wat is de reden?	Dit kan niet geschrapt worden. Kwaliteitseisen worden nu juist gesteld om een bepaald niveau van kwaliteit te waarborgen.
329	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Welke onderaannemers moeten wij op de bijlage onderaannemers vermelden? Dit is in ieder geval de categorie ZZP. Daarnaast werken wij met een SOG, met paramedici en met een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Twee van onze bewoners gaan voor een deel van de dagbesteding naar een externe locatie. Daarnaast maken we gebruik van externe zorgaanbieders voor het leveren van gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld wondzorg). Vallen deze categorieën ook alle onder de onderaannemers? Moeten wij deze op de bijlage opgave onderaannemers 2024 vermelden?	U dient alle onderaannemers in het exceldocument op te nemen. Voor ZZP'ers hoeft u alleen het totale % inzet op te nemen. In de overeenkomst is Onderaanneming gedefinieerd (zie Deel III: Algemeen deel nr. 10 Onderaanneming onder ‘Begrippen’. Het eerste deel van die definitie luidt: Er is sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (zelfstandige zonder personeel die beschikt over een overeenkomst met de zorgaanbieder (hoofdaannemer) waaruit blijkt dat deze geen loonheffing moet inhouden en betalen) (de onderaannemer) doorcontracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent. U dient zelf per geval aan de hand van wat wij hierboven hebben aangegeven, te bepalen of er sprake is van onderaanneming.
330	Bijlage 2: Onderaannemerschap	U schrijft met betrekking tot onderaanneming dat het uw richtlijn is dat de gecontracteerde zorgaanbieders 2/3 van de zorg verlenen. Klopt het dat deze richtlijn geen verplichting bevat waar de zorgaanbieder op kan worden afgestraft?	Het is wel degelijk een verplichting waar de zorgaanbieder op afgewezen kan worden. Wat u aangeeft is dus niet juist. Er zijn wel verschillende categorieën die niet meetellen voor de bepaling van het percentage onderaanneming. Zie de definitie ’10. Onderaanneming’ onder ‘Begrippen’ in Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst en Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring.
331	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Moet een ZZP'er die wordt ingeleend via een bemiddelingsbureau ook worden gemeld als onderaannemer?	Ja, dat is het geval. Zie voor de wijze van melden de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de

			Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.
332	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Het komt regelmatig voor dat cliënten op een behandelplaats hun eigen huisarts behouden. Worden huisartsen ook gezien als onderaannemers?	In het kader van verblijf met behandeling door dezelfde Wlz-instelling komt de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg – kortweg gezegd, huisartsenzorg – ten laste van de Wlz (zie artikel 3.1.1 Wlz lid 1 onder d, sub 1°) en is de instelling verantwoordelijk voor de levering daarvan. De instelling kan deze zorg laten leveren door bijv. een verpleeghuisarts, specialist ouderengeneeskunde, die bij hem in dienst is of hij kan die zorg laten leveren door een huisarts in de wijk (zie de website van het Zorginstituut Nederland: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz). In het laatste geval wordt de huisarts ingehuurd door de Wlz-instelling en is de huisarts als onderaannemer te beschouwen en dient deze gemeld te worden bij het zorgkantoor.

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
333	1. Inleiding	U geeft op meerdere plaatsen in het document aan dat er nog mogelijke aanvullingen, aanpassingen of wijzigingen komen. Zoals bij de meerzorgregeling, het behandelbeleid, bij essentiële voorzieningen of paragraaf 7.7 e.d. Krijg je als zorgaanbieder op dat moment weer de mogelijk om voor de aanvullingen, aanpassingen of wijzigingen vragen te stellen of bezwaar te maken? Kunt u er voor zorgen dat zorgaanbieders niet achteraf met terugwerkende kracht geconfronteerd worden met aangepast beleid?	Beleidsaanpassingen doen wij in beginsel alleen als er landelijk in wet- en regelgeving iets wijzigt. Dit gebeurt meestal niet met terugwerkende kracht, dan zal ook het beleid niet met terugwerkende kracht wijzigen. Het is gebruikelijk om bij aanvullend beleid ook de gelegenheid te bieden voor vragen/bezwaren.
334	1. Inleiding	In een volgende versie wordt verwacht meer te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van o.a. de overheveling van behandeling. Wanneer verwacht u hierover te kunnen publiceren? Kunnen wij dan nogmaals vragen stellen? Op welke wijze denkt u te gaan voldoen aan het transparantiebeginsel als na inschrijving de aanvullende inkoopvoorwaarden worden gewijzigd? Of worden de nieuw gepubliceerde voorwaarden middels een addendum toegevoegd aan de lopende overeenkomst?	Het aanvullende beleid publiceren de zorgkantoren (naar verwachting) in de Aanvulling op het inkoopbeleid Wlz 2025. Daarbij hanteren de zorgkantoren een vragen- (NvI) en bezwarenproces.
335	1. Inleiding	In de inleiding is opgenomen dat wordt verwacht in een volgende versie te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van o.a. LVHC. Wordt specifiek beleid t.a.v. de REC/DEC bekostiging van Huntingtonzorg per 1-1-2024 hier in meegenomen?	In zowel de Nota van Inlichtingen als een nieuwe versie van het document aanvullende voorwaarden wordt het beleid t.a.v. de bekostiging van Huntingtonzorg per 1-1-2024 meegenomen. Beide documenten worden op 7 juli 2023 gepubliceerd.
336	1. Inleiding	In de inleiding van de aanvullende inkoopvoorwaarden is vermeld dat een aantal onderwerpen op het moment van publiceren nog niet concreet genoeg is en dat wordt verwacht in een volgende versie te kunnen publiceren over aanvullend beleid op het gebied van domeinoverstijgend samenwerken, LVHC, KIK-V en overheveling behandeling. Wanneer wordt dit aanvullend beleid gepubliceerd, zodat voor ons duidelijk(er) wordt waaraan moet worden voldaan?	De volgende versie is de Aanvulling 2025 (publicatie 1 juni 2024).
337	1. Inleiding	Wanneer verwacht u deze volgende versie van aanvullend beleid op het gebied van: domeinoverstijgend samenwerken, LVHC, KIK-V en overheveling behandeling gereed te hebben?	Het LVHC beleid wordt opgenomen in de NvI en een nieuwe versie van de aanvullende inkoopvoorwaarden. Beide documenten worden op 7 juli 2023 gepubliceerd. De overige onderwerpen zullen in de aanvulling 2025 op 1 juni 2024 worden gepubliceerd.

338	1. Inleiding	Op een aantal punten verwacht ZN op een later moment beleid te kunnen publiceren. Graag ontvangt zorgaanbieder bevestiging dat bij nieuw beleid de gelegenheid gegeven wordt om vragen te stellen, bezwaar te maken enz. Zorgaanbieder kan immers niet zonder meer inschrijven en akkoord gaan met iets wat vooralsnog onbekend is.	Bij deze bevestigen we dat bij aanvullend beleid in principe zorgkantoren een vragen- (NvI) en bezwarenproces hanteren, met uitzondering van het LVHC beleid.
339	1. Inleiding	Bijlage 4 (p.59): "(..) afspraken te kunnen maken in het kader van de zorginkoop 2024-2026" Is dit voor de periode 2024 tot 2026 of tot en MET 2026?	We kunnen uw vraag helaas niet beantwoorden. Bijlage 4 telt 28 pagina's (geen 59) en ook uw zoektermen (zorginkoop 2024-2026) zijn onvoldoende specifiek.
340	1. Inleiding	Als zorgaanbieder hebben we te maken met minstens 4 zorgkantoren voor een relatief klein productievolume. Dat houdt in dat we met al deze partijen afspraken moeten maken, verantwoording af moeten leggen, plannen in moeten dienen, overleg moeten voeren etc. Zien zorgkantoren mogelijkheden hier met alle andere ZK-en afspraken over te maken dat wij gaan vallen onder 1 ZK? zal enorm effect hebben op administratieve lasten en eenduidigheid ten goede komen. Bij verantwoording over de kanslijnen zien we al zo'n lijn ontstaan!	Het is binnen de huidige wet- en regelgeving niet mogelijk dat één zorgkantoor met één zorgaanbieder afspraken maakt voor meerdere zorgkantoorregio's.
341	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Hoeveel transitiemiddelen zijn er beschikbaar voor de periode 2024-2026? Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbare transitiemiddelen 2023?	In paragraaf 6.1. van bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden staat vermeld welke extra middelen beschikbaar zijn.
342	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Zijn de transitiemiddelen de voorheen bekende kwaliteitsgelden van 4%?	Dit zijn extra middelen, dus niet de kwaliteitsgelden van 4%.
343	2. Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren	Wat is het beleid ten aanzien van Laag Volume Hoog Complexe zorg gedurende de periode van dit inkoopbeleid? Voor welke doelgroep precies?	Hierover leest u meer in de Nota van Inlichtingen en het gewijzigde document aanvullende inkoopvoorwaarden dat we op 7 juli publiceren.
344	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Er wordt gesproken over taakherschikking behandelaren. Heeft u onderzocht of er voldoende verpleegkundig specialisten op de arbeidsmarkt zijn om als alternatief in te zetten voor bijvoorbeeld een SO?	De zorgkantoren, branches en beroepsverenigingen onderzoeken momenteel de taakverdeling en publiceren daarover aanvullend beleid voor 2025. Over de invulling en uitvoering van het beleid maken de betrokken partijen en zorgaanbieders afspraken in de regio, waarbij er ruimte is om rekening te houden met regiospecifieke kenmerken (zoals de beschikbare capaciteit).
345	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	In hoeverre is het gebruik van technologie een voorwaarde voor de 24/7 bereikbaarheid van SO/AVG?	Zorgkantoren hanteren dit als aanvullende inkoopvoorwaarden om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op de inzet van technologie als dit een verbetering van de toegankelijkheid van (MGZ) zorg oplevert.
346	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Pagina 4: Waarom dient de zorgaanbieder de 24/7 bereikbaarheid van de SO t.b.v. de huisarts te organiseren?	In de (regionale) organisatie van de MGZ-zorg zijn huisartsen, Artsen VG en SO's afhankelijk van elkaars inzet. Dat geldt voor reguliere diensten,

			maar in het bijzonder voor de ANW (avond, nacht, weekenden). De zorgkantoren zetten in op een betere regionale samenwerking waarbij de inzet van technologie kan helpen om MGZ 24/7 toegankelijk te houden.
347	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Pagina 4: Wat wordt er bedoeld met integraal afgestemde zorgverlening en op welke wijze wordt getoetst of er voldoende verpleegkundige kennis is voor een goede triage?	Met integraal bedoelen wij dat de zorgaanbieder de kennis en expertise organiseert en betrekt die nodig is voor de behandeling van de cliënt. Zorgkantoren toetsen niet proactief op verpleegkundige kennis voor triage, maar kunnen de aanvullende inkoopvoorwaarde wel betrekken als uit signalen blijkt dat de organisatie van de MGZ niet op orde is.
348	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	U stelt dat zorgaanbieders door intensieve samenwerking te zorgen voor een aaneensluitende keten van behandeling. Hoe past dit binnen de wet- en regelgeving van het ACM en wat kan dan wel en wat dan niet. Graag toelichten?	Binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk dat behandelaren en betrokken professionals samenwerken om integrale zorg te leveren. Wat mogelijk is, is afhankelijk van de casus.
349	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Wie betaalt de investeringen in de technologie t.b.v. bereikbaarheid van SO en AVG ter consultatie voor huisarts? Waar dient deze technologie aan te voldoen?	Hoe zorgaanbieders middelen ontvangen voor de inzet van technologie is afhankelijk van de zorg en de technologie. Doorgaans is het zo dat middelen voor technische innovatie zijn verdisconteerd in het integraal tarief. Waar de technologie aan moet voldoen is afhankelijk van bijvoorbeeld de regionale samenwerking in de MGZ en daarbij horende uitwisseling. De aanvullende inkoopvoorwaarde is niet bedoeld om u vooraf een specifieke technologische standaard op te leggen (anders zouden we die wel vermelden), maar kan door zorgkantoren als aanwijzing worden gebruikt bij zorgaanbieders die niet kunnen samenwerken met andere MGZ-partijen doordat de technologie ontbreekt.
350	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Bijlage 4 - Aanvullende inkoopvoorwaarden, par. 2.1) Behandeling: Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling. Bouw een netwerk in de regio van AVG's, SO's, huisartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten. Maak afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid overdag en tijdens avond-, weekend- en nachtdiensten. Waaruit moet deze samenwerking blijken?	Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij de MGZ organiseren. Als blijkt dat de MGZ onvoldoende geborgd is, dan verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders afspraken maken in de regio over aaneensluitende behandelketen met een goede toegankelijkheid van zorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid).
351	2.1 Wlz-behandeling (V&V en GZ)	Zorgaanbieders zorgen door intensieve samenwerking voor een aaneensluitende keten van behandeling, aan welke eisen moet deze intensieve samenwerking voldoen en op welke wijze past dit binnen de wet- en regelgeving van de ACM? Graag uw toelichting.	Binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk dat behandelaren en betrokken professionals samenwerken om integrale zorg te leveren. Wat mogelijk is, is afhankelijk van de casus. De samenwerking in de MGZ is afhankelijk van de regio. De aanvullende inkoopvoorwaarde is ervoor bedoeld om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op de samenwerking als blijkt dat de toegankelijkheid tot MGZ onvoldoende geborgd is
352	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk	Is het ook mogelijk om de gedragswetenschapper onder de prestatiecode H336 in te zetten binnen de zorg voor mensen	Ja, dat kan. De desbetreffende voorwaarden vindt u in de beleidsregel.

	gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	met een verstandelijke beperking? Dit kan bijdragen aan preventie en voorkomen van escalaties.	
353	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	In dit hoofdstuk wordt aangegeven dat de GZ-psycholoog kan declareren onder de code van de specialist ouderengeneeskunde H335. Klopt het dat de GZ-psycholoog ook de eigen prestatiecode H329 kan hanteren na verwijzing door de huisarts/SO?	Ja dat kan, de desbetreffende voorwaarden treft u in de beleidsregel.
354	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	De huisarts kan een SO of AVG consulteren voor een vraagstuk rond een cliënt. Het komt voor dat huisartsen bij geclusterde vpt-woonvoorzieningen niet de eindverantwoordelijkheid van deze groep klanten wil hebben (die wel ingeschreven staan bij de huisarts). In welke mate mag de SO deze inzet dan structureel overnemen?	Bij thuiswonende cliënten blijft de huisarts de regiebehandelaar. Zorgkantoren nemen deze ontwikkeling mee in hun beleidsvorming en publiceren hierover bij de Aanvulling voor 2025.
355	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Tenslotte committeert een gecontracteerde zorgaanbieder zich aan regionale afspraken over en regionale inzetbaarheid van de aan de aanbieder verbonden SO of AVG. Kunt u concreet maken wat u in deze verwacht van SO of AVG?	Dat is afhankelijk van uw zorgkantoorregio. Branches, beroepsverenigingen en zorgkantoren werken momenteel aan nieuw beleid voor de MGZ en publiceren hierover in de Aanvulling voor 2025. In 2024 gaan partijen gezamenlijk met elkaar in de regio in overleg om de regionale organisatie van de MGZ vorm te geven.
356	2.2 Inzet specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicaptenzorg in de thuissituatie (V&V en GZ)	Verder constateren wij dat in de aanvullende inkoopvoorwaarden behoorlijk strikte eisen zijn opgenomen, waarbij wij ons afvragen 1) of deze in de praktijk haalbaar zijn, 2) hoe het voldoen aan deze eisen wordt gemeten en 3) welke consequenties worden verbonden als niet aan de voorwaarden wordt voldaan. Wij doelen hier onder meer (aldus niet-limitatief bedoeld, mede met het oog op het maken van bezwaar) op de voorwaarden met betrekking tot onder andere het realiseren van 24/7 bereikbaarheid van de Specialist Ouderengeneeskunde door gebruik te maken van technologie en de inzet van deze Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie. Kan het zorgkantoor op deze punten duidelijkheid geven?	Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij de MGZ organiseren. Als blijkt dat de MGZ onvoldoende geborgd is, dan verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders afspraken maken in de regio over aaneensluitende behandelketen met een goede toegankelijkheid van zorg (beschikbaarheid en bereikbaarheid) en dat zij daarvoor de technologische mogelijkheden gebruiken die daarvoor beschikbaar/gangbaar zijn.
357	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de daadwerkelijk geleverde mondzorg door de mondzorgprofessional. Verwacht het zorgkantoor dat er een zorgverlener bij de behandeling aanwezig is én dat deze de benodigde kennis heeft om te beoordelen welke de behandeling het meest passend is? En hoe verhoudt zich deze eis met de doelmatigheid van zorg?	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (artikel 2 deel 3 lid 9) staat dat u van tevoren afspraken maakt met uw mondzorgprofessional over uit te voeren werkzaamheden en het zorgplan. Dit is overigens niet nieuw en is die zin geen verzwaring van administratieve lasten.
358	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieder geeft prio aan verbetering van mondzorg. Gaat het zorgkantoor hier niet op de stoel zitten van de zorgaanbieder die zelf een kwaliteitsagenda beheert?	Nee, dat is niet zo. In uw overeenkomst met het zorgkantoor (artikel 2 deel 3) staat dat de zorgaanbieder van tevoren zelf afspraken maakt met de

			mondzorgprofessional. De verantwoordelijkheid voor de organisatie en de kwaliteit ligt dus bij de zorgaanbieder.
359	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Interne audits: hoe verhoudt zich dit met doelmatigheid van zorg, voorkomen van overhead én het zelf verantwoordelijk zijn voor ons kwaliteitsmanagementsysteem? En gaat het zorgkantoor hier niet op de stoel van IGJ zitten?	In uw overeenkomst (deel 3, artikel 2, lid 10) treft u meer informatie over de AOIC. Zorgkantoren werken vanuit vertrouwen. Zorgkantoren controleren daarom niet zelf, maar toetsen of de interne audit is uitgevoerd en geven daarmee een doelmatige invulling aan de uitvoering van deze zorg. Zorgkantoren stellen overigens juist in bijlage 4 dat de kwaliteit en de toetsing moet voldoen aan de pijlers van de IGJ.
360	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional. Kunt u nader toelichten waarom u dit opneemt in het inkoopkader?	Om te voorkomen dat er situaties voordoen waar het niet beide is vastgelegd. Daarmee borgen zorgkantoren tevens dat de relatie tussen zorgaanbieder en mondzorgprofessional is vastgelegd.
361	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor de inhoud van een tandheelkundig zorgplan en voor de behandeling. In het tandheelkundig zorgplan is de benodigde zorg beschreven. De zorgaanbieder ziet erop toe dat het tandheelkundig zorgplan deze beschrijving bevat. Op welke wijze dient de zorgaanbieder hierop toe te zien?	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (deel 3, artikel 2, lid 10) staat dat u hier zelf van tevoren afspraken over maakt met uw mondzorgprofessional.
362	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wat dient de zorgaanbieder vervolgens te doen met de controle op het tandheelkundig zorgplan?	Zorgkantoren verwachten dat de kwaliteit voldoet aan de drie pijlers van de IGJ (persoonsgericht, deskundigheid en kwaliteit en veiligheid).
363	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. Hij ziet erop toe dat de mondzorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast. Op welke wijze dient de zorgaanbieder toe te zien op de meest passende zorg?	Dit is niet anders dan bij reguliere zorgverlening. De uitvoering moet passen bij de wensen, omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt.
364	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wat dient de aanbieder vervolgens te doen met de informatie of de mondzorgprofessional de meest passende zorg heeft toegediend?	We verwachten dat zorgaanbieder van tevoren afspraken maken met hun mondzorgprofessional (overeenkomst deel 3, artikel 2) en dat zij achteraf controleren of de afspraken zijn nagekomen.
365	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe strookt de controle door de zorgaanbieder bij de mondzorgprofessional met het vertrouwen in de professionaliteit van de mondzorg professional en de administratieve lastenverlichting van de zorgaanbieder?	Zorgaanbieders zijn als hoofdaannemers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van onderaannemers. Zorgkantoren geven met dit beleid op een zo doelmatig mogelijke manier uitvoering aan deze verantwoordelijkheid.
366	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg, waarbij de drie	Zorgkantoren vragen van zorgaanbieders om de wijze van controleren vast te leggen in hun AIOC-plan. Hiervoor kunt u zelf een voorstel doen voor de

		pijlers uit het relevante toetsingskader van de IGJ2 – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen. Het zorgkantoor kan toetsen of de audits zijn uitgevoerd. Vraag verwacht het zorgkantoor in deze dat alle teams meegenomen worden in de audits of kan dit op basis van een steekproef?	werkwijze de gewenste controle op de kwaliteit van mondzorg die past bij uw organisatie.
367	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Is het redelijk en billijk dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is dat de mondzorgprofessional daadwerkelijk en rechtmatig levert? Licht uw antwoord toe.	Ja. Een zorgaanbieder is als hoofdaannemer altijd verantwoordelijk voor de kwaliteit en rechtmatigheid van zorg van diens onderaannemers.
368	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In hoeverre is het verminderen van administratieve lasten meegenomen bij het punt dat de mondzorgprofessional zowel in het eigen dossier als in het dossier van zorgaanbieder moet registreren? Licht uw antwoord toe.	Zorgkantoren vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg goed is geborgd tussen hoofdaannemer (zorgaanbieder) en mondzorgprofessional (onderaannemer). Daarom kiezen de zorgkantoren ervoor om dit bij beide vast te leggen.
369	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Pg 7. Mondzorg: “De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg”. 1x per jaar dat is vaak, terwijl er ook elk half jaar een multidisciplinaire zorgleefplanbespreking is. 1x per 3 jaar vinden we reëler en meer in lijn met de frequentie waarop andere kwaliteitsindicatoren worden geaudit. Wij vragen dit aan te wijzigen in “De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per 3 jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg.	Uw verzoek komt niet overeen met de wijze waarop zorgkantoren de gewenste kwaliteit van mondzorg willen borgen tussen zorgaanbieder (hoofdaannemer) en mondzorgprofessional (onderaannemer).
370	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In artikel 2.3. staat " wanneer Cliënten een Wlz-indicatie hebben voor persoonlijke verzorging .... " Kunt u aangeven welke indicatie hiermee bedoeld?	Als persoonlijke verzorging onderdeel uitmaakt van de indicatie, dan moet de zorgaanbieder ook verantwoordelijk voor (organisatie van) de mondverzorging.
371	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional. Naar onze mening past dit niet in de kaders van administratieve lastenverlichting. Wij stellen voor om de verplichting voor de zorgaanbieder te laten vervallen. Graag horen wij of u akkoord bent. Indien niet akkoord, kunt u dan aangeven waarom niet?	Uw verzoek komt niet overeen met de wijze waarop zorgkantoren de gewenste kwaliteit van mondzorg willen borgen tussen zorgaanbieder (hoofdaannemer) en mondzorgprofessional (onderaannemer).
372	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. (p. 7: "Hij ziet erop toe dat de mondzorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd."). Hoe ziet u dit voor zich? Moet de zorgaanbieder de professional gaan controleren? Graag uw toelichting.	In uw overeenkomst met het zorgkantoor (deel 3, artikel 2, lid 10) staat dat u hier zelf van tevoren afspraken over maakt met uw mondzorgprofessional.

373	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de aanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgaanbieder. Wat is hiervan de reden? Is toch dubbelop? Hoe verhoud zich dit in het kader om te komen tot een administratieve lastenverlichting?	Zorgkantoren vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg goed is geborgd tussen hoofdaannemer (zorgaanbieder) en mondzorgprofessional (onderaannemer). Daarom kiezen de zorgkantoren ervoor om dit bij beide vast te leggen.
374	2.3 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	U vraagt van zorgaanbieders die de mondzorg uitbesteden vanaf 2023 onderaannemingsovereenkomsten/ samenwerkingsovereenkomsten op te stellen waarin afspraken worden vastgelegd. Verder vraagt u van de zorgaanbieder jaarlijks een audit uit te voeren naar de kwaliteit van mondzorg. Hoe verhoudt zich tot het streven naar minder regelgeving en het verminderen van de administratieve lasten binnen de zorg. Voor wat betreft het uitvoeren van de audit: hoe kun je als zorgaanbieder binnen de GHZ een audit uitvoeren bij een mondzorgaanbieder?	Zorgaanbieders zijn als hoofdaannemers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg van onderaannemers. Zorgkantoren geven met dit beleid op een zo doelmatig mogelijke manier uitvoering aan deze verantwoordelijkheid. Zorgkantoren vragen van zorgaanbieders om de wijze van controleren vast te leggen in hun AIOC-plan. Hiervoor kunt u zelf een voorstel doen voor de werkwijze de gewenste controle op de kwaliteit van mondzorg die past bij uw organisatie.
375	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. Bij verblijf excl. behandeling is de inzet van deze paramedicus niet meegenomen in de tarieven. Kan deze inzet gedeclareerd worden als MPT-prestatie bovenop de ZZP excl. BH?	Bij klanten die verblijven exclusief behandeling vallen alleen mobiliteitshulpmiddelen onder de bovenbudgettaire regeling. De NZa heeft een vergoeding voor de indicatiestelling en andere activiteiten door de indiceerder opgenomen in de betreffende ZZP tarieven. Voor de vergoeding van indicatiestelling voor overige hulpmiddelen verzoeken wij u contact op te nemen met de zorgverzekeraar die het betreffende hulpmiddel vergoed. Deze zorg valt niet onder (Wlz-specifieke) paramedische behandeling zoals bedoeld in de beleidsregel MPT.
376	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Wat zijn de mogelijkheden voor maatwerkafspraken ten aanzien van hulpmiddelen en roerende goederen en aan welke voorwaarden moet dan worden voldaan?	Het is onduidelijk op welke maatwerkafspraken u doelt. Roerende voorzieningen vallen onder verantwoordelijkheid van de Wlz zorgaanbieders. Voor hulpmiddelen die worden gefinancierd vanuit de bovenbudgettaire regeling kan contact op worden genomen met het verantwoordelijke zorgkantoor.
377	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Eerste punt: zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de volgende hulpmiddelen (tillift, hooglaagbed en douchestoel) voor alle Wlz Cliënten die verblijven in een Wlz zorginstelling: onduidelijk of dit ook geldt voor kleinschalige woonvoorziening, die alleen VPT bieden. Nu in ieder geval niet, voorzieningen worden vanuit Wmo of Zvw vergoed. Kunnen jullie deze explicieter benoemen?	Dit geldt voor alle cliënten met verblijf in een Wlz-instelling. In het geval van VPT wonen cliënten thuis. Het geldt dus niet voor VPT.
378	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Op welke wijze gaat het zorgkantoor om met niet gecontracteerde leveranciers die een innovatief hulpmiddel - die niet bij gecontracteerde leveranciers verkrijgbaar is - op de markt brengen? Graag uw toelichting.	Hulpmiddelenleveranciers die van mening zijn een productinnovatie te leveren binnen de hulpmiddelen die vallen onder de bovenbudgettaire regeling, kunnen hiervoor contact opnemen met het zorgkantoor. Het betreffende zorgkantoor gaat hierover het gesprek met hen aan.

379	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Bij de aanvullende inkoopvoorwaarden (blz. 8) worden hulpmiddelen in de communicatie genoemd. Om welke bovenbudgettaire hulpmiddelen gaat het specifiek bij cliënten met een zintuiglijke/auditieve beperking?	Wij verwijzen hiervoor naar het Wlz-zorgkompas op de website van het Zorginstituut en/of naar het protocol hulpmiddelen Wlz dat de (meeste) zorgkantoren op hun website hebben geplaatst.
380	2.4 Hulpmiddelen en roerende goederen (V&V, GGZ en GZ)	Wat wordt bedoeld met "de volgende hulpmiddelen" bij het eerste streepje? Gaat het hier om roerende voorzieningen?	De roerende voorzieningen en de bovenbudgettaire mobiliteitshulpmiddelen.
381	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Hoe gaat het zorgkantoor ervoor zorgen dat dit zonder stijging van de administratieve lasten kan worden vormgegeven, gezien de eisen die nu al worden gesteld? Komt er weer additionele financiering?	De aanvullende inkoopvoorwaarden gaan over het aanvragen van het budget voor pilots van de wet DOS.
382	2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Pagina 9: Het wetsvoorstel ‘Domeinoverstijgend Samenwerken (DOS)’ is nog niet gereed voor publicatie maar wanneer het voor 1 januari 2025 alsnog in werking treedt dan wordt dit door het Zorgkantoor gepubliceerd als aanvulling op het inkoopbeleid. Gezien het wetsvoorstel nog niet gereed is, is het niet mogelijk om vooraf akkoord te gaan.	Dat klopt. Het komt vaker voor dat tussentijds wijzigingen van wet- en regelgeving plaatsvindt.
383	2.6 Specialistische zorg (V&V en GZ)	Verbetering van infectiepreventie mag niet vrijblijvend zijn, maar moet een vast onderdeel worden van de kwaliteitscyclus. Welke verbetering wil het zorgkantoor hier graag gerealiseerd zien en hoe verhoudt zich deze eis tot de vermindering van administratieve lasten? Graag uw toelichting.	Inhoudelijk verwijzen wij hiervoor naar het Beleidsprogramma pandemische paraatheid van VWS. In verband met de administratieve lasten zijn zorgkantoren niet voornemens hierover aanvullende uitvragen bij zorgaanbieders te doen.
384	2.7 Infectiepreventie	IP wordt steeds belangrijker en kost steeds meer geld. Hoe komt dit terug in de tarieven?	Het ministerie van VWS stelt aanvullende middelen beschikbaar voor de V&V en de GZ.
385	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het is mogelijk om de kosten van leegstand te declareren als een cliënt overlijdt en wordt opgebaard in zijn of haar eigen kamer. Is dat ook toegestaan bij vpt als het appartement wordt gehuurd van de zorgaanbieder? Zo nee, dan is er sprake van rechtsongelijkheid tussen de verstrekking aan zzp en vpt klanten. Vindt u dat vpt klanten ook het recht hebben om in hun gehuurde woning opgebaard te worden en daarvoor mutatiedagen gedeclareerd mogen worden?	In de NZa beleidsregel staat niet vermeld dat de mutatiedagen van toepassing zijn bij een VPT. Wij gaan er dus vanuit dat de kosten van leegstand als gevolg van overlijden en opbaren bij een VPT niet gedeclareerd kunnen worden.
386	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Gedragslijn: Kosten van de “lege” kamer mogen niet in rekening gebracht worden bij de nabestaanden. De zorgaanbieder kan maximaal dertien mutatiedagen declareren op het moment dat de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden. Als de overledene in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. De zorgaanbieder kan deze mutatiedagen declareren bij het zorgkantoor. Mutatiedagen kunnen gedeclareerd worden door	Deze NZa beleidsregel is alleen van toepassing op de sector V&V. Brancheverenigingen kunnen wijzigingen op de NZa beleidsregels bij de NZa agenderen via het proces onderhoud bekostiging. We adviseren u om hierover contact op te nemen met uw brancheorganisatie.

		zorgaanbieders werkzaam in de sector VV. De zorgaanbieders in de GZ hebben met dezelfde situatie (kosten lege kamer) te maken en de wensen van de klant en verwanten/wettelijk vertegenwoordigers zijn hieromtrent gelijkwaardig aan de sector VV. Zorgaanbieders in de GZ hebben eveneens te maken met een hoge vergrijzingsgraad en een bovenmatig versterf. Hoe kunnen wij als instelling in de sector GZ eveneens voor de mutatiedagen in aanmerking komen?	
387	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het declareren van mutatiedagen lijkt nu ook voor Vpt te kunnen. Nu niet het geval in geclusterde woonvormen, klopt het dat dit nu ander is?	Zorgkantoren hanteren het beleid dat het declareren van mutatie dagen niet mogelijk is bij een VPT. Er is namelijk sprake van het scheiden van wonen en zorg in de financiering. De financiering voor de woning kan door blijven lopen, afhankelijk van de huurovereenkomst tussen woningverstrekker en huurder. De woningverstrekker hoeft niet altijd de zorgaanbieder te zijn.
388	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	Het is mogelijk om de kosten van leegstand te declareren als een cliënt overlijdt en wordt opgebaard in zijn of haar eigen kamer. Is dat ook toegestaan bij vpt als het appartement wordt gehuurd van de zorgaanbieder? Zo nee, kan deze NZa beleidsregel aangepast worden op het WOZO beleid, waarbij in de toekomst alleen nog vpt plaatsen erbij mogen komen?	In de NZa beleidsregel staat niet vermeld dat de mutatiedagen van toepassing zijn bij een VPT. Wij gaan er dus vanuit dat de kosten van leegstand als gevolg van overlijden en opbaren bij een VPT niet gedeclareerd kunnen worden.
389	3.1 Opbaren overledenen in zorginstelling	In de voorwaarden staat dat kosten van de “lege” kamer niet in rekening gebracht mogen worden bij de nabestaanden. Deze kunnen door V&V zorgaanbieders worden gedeclareerd als mutatiedagen, conform de voorwaarden genoemd in de beleidsregel. Destijds is landelijk benoemd dat van de 13 dagen, de nabestaanden 7 dagen de tijd hebben om de kamer leeg achter te laten en de organisatie 6 dagen beschikbaar heeft om i.v.m. opknappen kamer). Betekent het beleid dat je tot 13 dagen geen extra kosten in rekening mag brengen aan de nabestaanden? Of ook niet na de 13 dagen?	De kosten van leegstand van de kamer mogen nooit in rekening gebracht worden bij de nabestaanden, ook niet als dit het aantal van 13 dagen overschrijdt.
390	3.2 Overige zorgzwaartepakketten	Wat is hiermee anders/ aanvullend t.o.v. de bepalingen in het voorschrift zorgtoewijzing?	In het Voorschrift Zorgtoewijzing zijn geen aanvullende inkoopvoorwaarden opgenomen over de VG7 doelgroep.
391	4.1 Inkoop beveiligde bedden	U geeft aan dat bij het bieden van zorgprofiel W5 maatwerk nodig is. In het profiel wordt aangegeven dat dit Cliënten betreft die mogelijk een vorm van beveiliging nodig hebben zoals niveau 1 conform de forensische zorg. Om deze vorm van beveiliging te mogen inzetten bij een profiel 5 is een machtiging nodig in het kader van de Wvggz. Hoe ziet u dit in het kader van dit beleid (aanvullende inkoopvoorwaarden) en de uitvoerbaarheid van beveiligde zorg bij deze Cliëntengroep. Kunt u dit toelichten?	Niveau 1 is vergelijkbaar met een gesloten afdeling in de reguliere GGZ. Dat houdt niet automatisch in dat een zorgmachtiging noodzakelijk is. Maatwerk dient gelezen te worden in de context van het bieden van verschillende vormen van beveiliging. Dit kan zowel fysiek in een gebouw als in de afdelingsstructuur en begeleiding (limitsetting) worden vormgegeven

392	5. GZ	Wat verwacht u van de zorgaanbieder t.a.v. de aanvullende inkoopvoorwaarden op het moment van inschrijven?	Niets. Deze aanvullende voorwaarden hebben geen betrekking op de inkoopprocedure. Dit zijn aanvullende voorwaarden op de NZa beleidsregels of andere regelgeving. Hier moet u als zorgaanbieder aan voldoen om een bepaalde prestatie te mogen leveren om daarover vervolgens een productieafspraak met het zorgkantoor te kunnen maken.
393	5.1 Specialistische zorg	De begeleiding van de cliënt binnen de observatieplaats en de taken van het observatieproces worden uitgevoerd door medewerkers van hbo-niveau. Verwacht u hier een HBO opleidingsniveau of een werk- en denkniveau? Kunt u dit nader toelichten?	Wij verwachten in principe een HBO opleidingsniveau. .
394	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	In de aanvullende inkoopvoorwaarden staat bij de ZZP 7VG beschreven "er moet een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn". Kunt u aangeven wat u met de term aanwezig bedoelt?	Met aanwezigheid wordt bedoeld dat de genoemde disciplines op de locatie aanwezig moeten zijn, dan wel direct oproepbaar moeten zijn als dat nodig is.
395	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	U stelt aanvullende voorwaarden voor de zorglevering voor profiel VG7. Als aanbieder willen wij u er op wijzen dat deze voorwaarden enkel haalbaar zijn en blijven indien er kostendekkende tarieven voor VG7 geboden worden. Indien u niet-kostendekkende tarieven biedt is het niet realistisch om van aanbieders te verwachten aan deze aanvullende voorwaarden te voldoen. Bent u het hiermee eens?	Hier zijn wij het niet mee eens, aangezien wij deze aanvullende inkoopvoorwaarden al vele jaren in ons inkoopbeleid hebben opgenomen. Zorgaanbieders moeten hier al aan voldoen als zij zorg leveren aan cliënten met een VG7 indicatie.
396	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn: in het KPMG rapport zijn de functies niet ingevuld. De slechte arbeidsmarkt laat de meest gewenste bezetting niet toe. Indien de geschetste samenstelling niet mogelijk kan zijn, wat betekent dat voor de overeengekomen inkoopvoorwaarden?	We kunnen ons met de huidige arbeidsmarkt voorstellen dat het lastig is om aan alle voorwaarden te kunnen voldoen. Uitgangspunt is dat de zorg op verantwoorde wijze kan worden ingezet met inachtneming van met name de veiligheid van de cliënt zelf, de andere cliënten en de medewerkers. Als u van mening bent dat dit niet meer kan worden gegarandeerd, adviseren wij u hierover contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
397	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Hier staat dat een Arts VG, gedragskundige en begeleiders van Hbo-niveau aanwezig moeten zijn. Ik neem aan dat hier (deels) beschikbaar bedoeld wordt in plaats van aanwezig? Kunt u dit aanpassen?	Wij bedoelen hiermee aanwezig of direct oproepbaar. Dit zullen wij aanpassen.
398	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	U geeft aan dat: Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn. Kunt u toelichten op basis waarvan u een Hbo-niveau vereist? Indien niet, waarom niet?	We kunnen ons met de huidige arbeidsmarkt voorstellen dat niet aan alle voorwaarden kan worden voldaan. Uitgangspunt is dat de zorg op verantwoorde wijze kan worden ingezet met inachtneming van met name de veiligheid van de cliënt zelf, de andere cliënten en de medewerkers. Als u van mening bent dat dit niet meer kan worden gegarandeerd, adviseren wij u hierover contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.

399	5.2 Overige zorgzwaartepakketten	Borging van de WZD kost meer tijd voor de organisaties. Komt dat terug in de tarieven?	De NZa heeft in de tarieven een compensatie opgenomen voor de extra werkzaamheden als gevolg van de WZD.
400	5.3 SGLVG en LVG-zorg	U stelt dat een zorgkantoor geen LVG-indicatie meer om mag zetten naar zorg thuis dan wel een VG-toewijzing. Hoe wenst u om te gaan met cliënten die tijdens hun behandelperiode zwanger worden en niet meer in de behandelsetting kunnen verblijven? Is het in deze uitzonderlijke situaties mogelijk om toch een VG-toewijzing toe te staan zodat (intensieve) begeleiding voortgang kan blijven houden? Indien niet, hoe denkt het zorgkantoor aan haar zorgplicht te kunnen voldoen bij zwangere cliënten met een LVG-indicatie?	Dit is wettelijk niet meer toegestaan. VWS heeft zorgkantoren erop gewezen om de wet hierin te volgen. Andere invulling van de LVG indicatie is niet rechtmatig. Indien een dergelijke casuïstiek zich voordoet, adviseren wij om contact op te nemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor om de casus te beoordelen om vervolgens samen te casus aan VWS voor te leggen met de vraag of een uitzondering mogelijk is.
401	5.3 SGLVG en LVG-zorg	Op het moment dat een SGLVG client uitstroomt uit de WLZ naar de WMO en er nog geen huisvesting of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de indicatie maximaal drie maanden verlengen. Waarom is dit niet voor de LVG-doelgroep? Zij kampen met de zelfde huisvestigingsproblematiek en de indicatie voor deze doelgroep wordt niet verlengd. Is dit juist?	Dit geldt ook voor de LVG doelgroep. Op blz. 18 van het document aanvullende inkoopvoorwaarden staat het volgende: De cliënt krijgt géén Wlz-indicatie. Dan stroomt hij of zij uit naar Wmo-ondersteuning, al dan niet aangevuld met ambulante behandeling. De behandeling is dan een Zvw-aanspraak. Als er nog geen woning of ondersteuning beschikbaar is, kan het CIZ de (SG)LVG-indicatie maximaal drie maanden verlengen. De cliënt kan dan langer in de (SG)LVG-instelling blijven. Zorgkantoren betalen de (SG)LVG-zorgaanbieder gedurende deze periode het tarief dat past bij de betreffende (SG)LVG-indicatie. Na 13 weken mag het zorgkantoor geen declaratie voor deze cliënten meer vergoeden.
402	5.3 SGLVG en LVG-zorg	De behandelaren zijn minimaal opgeleid op wo-niveau. Is het akkoord indien de behandelaar in opleiding is? Indien niet, kunt u aangeven waarom niet?	Wij verwijzen hiervoor naar het vigerende beleid en de professionele standaarden van de beroepsgroep.
403	5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Hoe komt het toekomstgericht opleiden van medewerkers terug in de tarieven?	Hierop kunnen wij geen antwoord geven. De NZa gaat over de vaststelling en de kostenopbouw van de tarieven.
404	5.4 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs: Het personeel wordt extra ingezet bovenop de reguliere formatie. Wat verstaat u onder de reguliere formatie?	Onder reguliere formatie verstaan wij het personeel dat standaard wordt ingezet voor de betreffende zorg.
405	6. Transitiemiddelen	Op welke wijze kunnen wij inzicht krijgen in de lopende en nieuwe projecten met betrekking tot het regionale stimuleringsbudget voor de ouderenzorg en het regiobudget voor scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg, zodat wij kunnen aanhaken bij deze projecten?	Dit kunt u navragen bij uw eigen zorgkantoor.
406	6. Transitiemiddelen	Transitiemiddelen. U benoemt de transitiemiddelen in uw documenten, gezien dit een apart traject kent ten opzichte van de Wlz-contractering. Waarom wordt dit meegenomen in de zorginkoop?	De transitiemiddelen zijn geoormerkte middelen die beschikbaar zijn gesteld om de transitie mogelijk te maken naar een toekomstbestendige zorg. Deze middelen zijn toegevoegd aan de contracteerruimte en worden ook in de tariefafspraken met (kassier)instellingen vastgelegd. Daarmee is dit proces onlosmakelijk verbonden aan de Wlz-contractering.

407	6.1 Welke extra middelen zijn er beschikbaar voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg?	Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van deze middelen. Op welke wijze worden deze afspraken vorm gegeven en gelden de gemaakte afspraken voor alle aanbieders? Graag uw toelichting.	In het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor leest u welke afspraken zorgkantoren willen maken en hoe deze afspraken tot stand komen.
408	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget Wlz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget per instelling beschikbaar is voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen en hoe worden de middelen verdeeld? Als kleine speler kan de zorgaanbieder beperkt invloed uitoefenen op besluitvorming in regionale samenwerkingsverbanden waar regiobudgetten verdeeld worden.	We streven ernaar om zo veel als mogelijk vanuit samenwerking de keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Uiteindelijk beslist het zorgkantoor aan welk project welk bedrag wordt toegekend. Indien een individuele zorgaanbieder ervaart onvoldoende invloed te kunnen uitoefenen op de besluitvorming in regionale samenwerkingsverbanden waar regiobudgetten worden verdeeld, kunt u dit bespreekbaar maken bij uw zorginkoper.
409	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget Wlz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Zorgaanbieders en zorgkantoren trekken gezamenlijk op om regionale problematiek en uitdagingen aan te pakken. Op welke wijze wordt dit concreet vorm gegeven? Hoe verhoudt zich dit tot wet- en regelgeving vanuit de ACM? Graag uw toelichting.	De ACM staat onder bepaalde voorwaarden samenwerken tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgkantoor toe. Een en ander hangt af van concrete omstandigheden van het geval.
410	6.2 Een regionaal stimuleringsbudget Wlz gericht op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	Onder modern werkgeverschap wordt verstaan dat er een goede afstemming is tussen wensen en behoeften van werknemers en de eisen die vanuit de werkgever gesteld worden aan het werk. Wat maakt dat u modern werkgeverschap definieert als wensen en behoeften van medewerkers en eisen van de werkgever? Graag uw toelichting.	Het is belangrijk dat het zorgpersoneel behouden blijft voor het werken in de zorg. Modern werkgeverschap is dan ook belangrijk om te zorgen dat de expertise van de medewerkers op de goede wijze wordt ingezet, er goede samenwerking is met de collega's om met veel plezier te blijven werken in de zorg.
411	6.3 Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg	Dit vergt aanpassingen in onder andere de bedrijfsvoering, infrastructuur, samenwerkingsrelaties en zorgverlening om de 24-uurs zorg in de nabijheid te kunnen blijven waarmaken, wanneer deze zonder verblijf wordt geleverd." Welke aanpassingen heeft u hierbij voor ogen? Graag uw toelichting.	Dit kan bijvoorbeeld gaan om een andere samenstelling van het team, de medewerkers hebben meer reistijd als ze de cliënt thuis gaan helpen in plaats van in een instelling. Het kan ook gaan om het invoeren van de mogelijkheid dat cliënten via beeldbellen contact hebben met het zorgpersoneel om ondersteuning te krijgen.
412	6.3 Een regiobudget scheiden wonen - zorg voor de ouderenzorg	Bij de inzet van het regiobudget gaat het om ondersteuning bij de omvorming van de plannen. Afzonderlijk overleg zal nog worden gevoerd over compensatie van de kosten die samenhangen met bijstelling van de plannen. Aan welke criteria moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor het budget en kunt u toelichten wat u bedoelt met afzonderlijk overleg?	Deze zin gaat over de kosten die gepaard gaan als huidige capaciteits- c.q. bouwplannen worden herzien. Daarbij wordt het regiobudget scheiden wonen en zorg ingezet ter ondersteuning van de dialoog die gevoerd moet worden om tot bijgestelde capaciteits- c.q. bouwplannen te komen. Het afzonderlijk overleg over compensatie van de kosten die samenhangen met de daadwerkelijke aanpassing van gebouwen, zoals kosten die bijvoorbeeld gepaard gaan met het herzien van tekeningen van de architect, bouwkosten die gemaakt moeten worden om de gewenste aanpassingen te realiseren etc. Dus we financieren vanuit transitiemiddelen wel het proces om tot bijgestelde plannen te komen, maar niet de stenen zelf.

413	6.4 De zorgkantoren maken afspraken over de inzet van de middelen	Er zijn tijdelijk extra middelen beschikbaar zijn om de beweging in gang te zetten. De plannen voorzien in een structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering. Op welke wijze wordt deze financiering vormgegeven? Waar ligt het financiële risico? Kan het zorgkantoor achteraf bepalen dat niet het volledige toegekende bedrag wordt uitgekeerd? Hoe bepaalt het zorgkantoor of er aan de eisen voor een volledige uitkering van het bedrag is voldaan? Kan het zorgkantoor achteraf wijzigingen aanbrengen aan de wijze van financieren, bijvoorbeeld door het toekennen van een gedeelte van het bedrag? Heeft het zorgkantoor een bepaalde tijdslimiet waarop de toegekende gelden aan de aanbieder worden uitgekeerd? Graag uw toelichting.	De antwoorden op deze vragen vindt u in het regionale inkoopdocument van uw zorgkantoor.

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
414	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Zo ja, hoe bent u tot deze conclusie gekomen? Als dat niet klopt, waarom meent u dan dat het proportioneel is van deze zorgaanbieders te vragen om onder kostprijs zorg te verlenen?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
415	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Ministerie van VWS stelde prijsindexcijfers 2,97 procent te hoog. Tarieven gaan dus omlaag. Zij gaan deze tarieven en beleidsregelwaarden voor 2024 op basis van het nieuwe, juiste percentage corrigeren en naar beneden bijstellen. Wat betekent dit concreet voor ons als zorgaanbieders t.b.v. het huidig gepubliceerde inkoopbeleid 2024?	Dit heeft geen gevolgen voor het inkoopbeleid van zorgkantoren.
416	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze is bij de berekening van het richttariefpercentage 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 zoals personeelskosten, energiekosten en voedingskosten?	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.
417	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van het richttariefpercentage rekening houden met hogere CAO kosten dan NZa tariefstijging. Ben u het hiermee eens? Zo ja, hoe heeft u dat gedaan? Zo niet, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
418	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wordt bij de berekening alleen uitgegaan van het Wlz resultaat?	Op pagina's 8 t/m 10 wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen.

419	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kunnen wij zelf uitrekenen in welke categorie wij vallen m.b.t. theoretische resultaat met het richttarief?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.
420	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de Wlz is. Waar komt deze aanname vandaan?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
421	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kunt u stellen dat 75% van de zorgaanbieders een positief of neutraal resultaat behaalt met het richttariefpercentage als de NZa maximumtarieven voor 2024 nog niet bekend zijn? Omdat deze nog niet bekend zijn maken wij bezwaar tegen deze systematiek.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.
422	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen of wij volgens u vallen binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden? Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.

		resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat? Of bij de organisaties die als 'outlier' buiten beschouwing zijn gelaten.	
423	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2021 enkel de Wlz-kosten en opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen (en dus niet de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/Zvw EN ook niet de vastgoedexploitatie)? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
424	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In de Kamerbrief van 17 april jl. verzoekt de Minister de NZa twee besparingen in de NZa maximumtarieven door te voeren als gevolg van twee maatregelen uit het coalitieakkoord. Over de doorvertaling van de maatregelen in de contractering stelt de Minister: ‘’Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing door vertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz-uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd.’’ - Vindt u, in tegenstelling tot wat de minister aangeeft, dat het kortingspercentage vanuit het oogpunt van de zorgaanbieders en de (financiële) ontwikkelingen zou moeten worden verlaagd? Zo ja, welke actie gaat u ondernemen richting VWS? Zo ja, wilt u samen met ons actie ondernemen richting VWS? Zo nee, waarom niet? - Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
425	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttarief is voor 3 jaar geldig. In hoeverre is dit realistisch gezien de stijgende kosten? En staat u er voor open als blijkt dat het richttarief niet meer passend is deze voor 2025 en 2026?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506

426	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe legt u het ons uit dat bij een kostenstijging en tariefdaling uw onderbouwing steekhoudend is om als zorgaanbieder kostendekkend te blijven?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
427	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het landelijk richttariefpercentages geeft ruimte voor maatwerk binnen de regio. Hoe verhoudt het richttariefpercentage van de regio Midden-Holland zich tot de andere zorgkantoorregio's?	Het richttariefpercentage is voor alle zorgkantoren gelijk.
428	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In Bijlage 7 op pagina 11 wordt verwezen naar een bijlage met dezelfde naam 'Onderbouwing richttarief-percentages Wlz van juni 2023'. Wilt u deze bijlage eveneens openbaar maken?	Deze bijlage is reeds gepubliceerd bij het inkoopbeleid over 2024.
429	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U stuurt op de ontwikkeling van geschikte woonvormen en verpleeghuizen in de regio (lees: opschalen = investeren), maar geeft aan de andere kant aan dat u wil sturen op de verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt. Als dit op macro niveau al met elkaar te rijmen valt, lopen wij er als zorgaanbieder in elk geval tegenaan dat met de verlaging van de tarieven de lopende kosten niet eens gedekt kunnen worden of in elk geval ieder rendement wegvalt. Daarmee resteert geen enkele ruimte om nog te kunnen investeren. Hoe ziet u dat?	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 passende 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

430	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U heeft als zorgkantoor eerder tegenover de voorzieningenrechter de onderbouwing van het richttariefpercentage ter zitting toegelicht, maar daarbij het uitgevoerde onderzoek niet overgelegd. In het kader van transparante In het kader van transparante uitleg en onderbouwing binnen dit inkoopproces maken wij bezwaar tegen het niet openbaar stellen van het onderzoek. Bent u bereid tijdig binnen de normtijden van dit inkoopproces, het rapport waarin de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 is weergegeven publiceren, zodat wij daar van kennis van kunnen nemen en eventuele concrete vragen hierover kunnen stellen?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
431	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttariefpercentage voor de V&V is 95,5%. De NZa berekent o.b.v. kostenonderzoeken een maximum percentage vast van 100%. In het kader van proportionaliteit, waarom ontvangen zorgaanbieders deze niet? In beleid staat dat zorgkantoren een passend en voldoende tarief moeten aanbieden.	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief.
432	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u uitleggen hoe we dienen te beoordelen of de tarieven kostendekkend zijn als de NZa maximumtarieven nog niet bekend zijn maar er al wel een richttarief percentage is vastgesteld?	Om de eigen positie t.o.v. het richttariefpercentage te bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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 wordt bepaald dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttariefpercentage uit dan valt de aanbieder in de 25% groep. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.
433	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij de bepaling van het richttariefpercentage is uitgegaan van de 75%-regel. Daarbij wordt er van uitgegaan dat het NZA-tarief dekkend is voor de kostenstijgingen. Wordt het NZA tarief dekkend voor de kostenstijgingen? Compenseert het zorgkantoor de tarieven indien het NZA tarief niet dekkend is	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd,

		voor de kostenstijgingen en daarmee niet voldaan wordt aan de uitgangspunten van het richttariefpercentage?	wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
434	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De raad van Ouderen stelt dat aan ouderenzorg is sinds 2017 minder geld besteed dan voorzien. Het CPB constateert tevens dat de verpleeg-en verzorgingshuizen inmiddels zó zijn uitgeknepen dat verdere efficiëntie nauwelijks meer mogelijk is. Daarom wil de Raad van Ouderen dat er structureel meer wordt geïnvesteerd in de langdurige zorg door hogere tarieven en minder administratieve verantwoording. Hoe kijken jullie daar tegen aan?	Het is belangrijk op te merken dat deze kwestie complex is en verschillende belangen en perspectieven omvat. Het vinden van een evenwicht tussen de financiering van de zorg, de kwaliteit van de zorg en de beheersing van de kosten is een uitdaging. Het vereist zorgvuldige afweging van verschillende factoren, waaronder de beschikbare financiële middelen, de zorgbehoeften van de bevolking en de wens om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De discussie over investeringen in de langdurige zorg en de mogelijke maatregelen om de zorg te verbeteren, is voortdurend gaande. Het vraagt om voortdurende evaluatie en beleidsaanpassingen om de zorgbehoeften van de samenleving effectief aan te pakken.
435	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij maken bezwaar tegen een basisrichttariefpercentage! kunt u van het basisrichttariefpercentage afzien? Zo nee, kunt u dit toelichten?	Om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen hebben zorgkantoren een landelijk tariefmodel ontwikkeld. Dit landelijke tariefmodel dient als uitgangspunt voor de zorgkantoren in hun tariefafspraak richting zorgaanbieders. Door te kiezen voor een landelijk tariefmodel dragen zorgkantoren bij aan duidelijkheid en transparantie over de gemaakte modelkeuzes. Tegelijkertijd behouden we hierbij ruimte voor maatwerk binnen de regio. Het landelijke tariefmodel biedt een onderbouwd richttariefpercentage op basis waarvan zorgkantoren binnen de regio afspraken kunnen maken met zorgaanbieders.
436	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden.	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
437	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	We maken bezwaar tegen onvoldoende onderbouwing van de berekening van het richttariefpercentage. Op welke wijze kan bepaald worden dat het resultaat met het richttariefpercentage voor 75% van de aanbieders kostendekkend is, terwijl de NZa maximumtarieven en de kostenstijgingen nog niet bekend zijn?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
438	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het richttarief van 95,7% geldt voor de looptijd van het inkoopbeleid 2024-2026. Naar verwachting zal de NZa per 2025 nieuwe maximum prestatietarieven vaststellen. Dit gebaseerd op de werkelijke kosten 2022. 1. Kunt u aangeven	De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens. Doordat het percentage dat hieruit volgt wordt toegepast op de maximumtarieven die door de NZa jaarlijks worden aangepast op basis van kostenontwikkelingen (indexatie) en periodieke herijking, nemen we de aanpassingen in de maximumtarieven mee in ons beleid.

		hoe u deze nieuwe maximale tarieven gaat meenemen in het inkoopbeleid? 2. En zo niet. Kunt u motiveren waarom niet?	
439	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het uitgangspunt voor het richttarief is inziens onjuist. In hoeverre kan een onjuiste uitgangspositie gaan gelden voor een overeenkomst van 3 jaar die nog eens 2x met 1 jaar kan worden verlengd? Waar in deze kwetsbare tijden niet een contract voor 1 jaar?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
440	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u toelichten hoe u reële specifieke tariefpercentages heeft kunnen vaststellen als de tarieven van de NZa nog niet bekend zijn?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
441	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De NZa maximumtarieven Wlz zijn op het moment van inschrijven nog helemaal niet bekend (en worden door de herrekening met de juiste cijfers hoogstwaarschijnlijk nog later bekend), terwijl u ons een richttarief met eventuele opslagen aanbiedt dat hierop is gebaseerd. Hoe kunt u van ons verwachten hier nu al op in te (moeten/kunnen) schrijven? Wat kunnen wij als zorgaanbieder doen wanneer deze nu nog onbekende (maar zeker nog verder te verlagen) maximale NZa tarieven door ons te laag bevonden worden? Wij houden ons dan ook het recht voor om wanneer deze NZa maximumtarieven Wlz definitief bekend zijn gemaakt alsnog ook hierover een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
442	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bent u bereid om het richttariefpercentage jaarlijks bij te stellen volgens het NZa prijsindexcijfer voor personele en materiële kosten, inclusief risico-opslag? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk

			benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
443	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bent u bereid om het richttariefpercentage jaarlijks te herzien op basis van de daadwerkelijke kostenstijgingen? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten.
444	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er wordt een richttariefpercentage afgegeven van 95,5% echter zijn landelijk de maximale NZa tarieven nog niet gepubliceerd. We praten nu over de theorie, gebaseerd op aannames, maar hoe het daadwerkelijk gaat uitpakken weten we nog niet. Daarbovenop komt nog de foutieve berekening van NZa (zie bericht 07-06-2023) over het te hoog vaststellen van de materiële prijsindexatie. Hoe verhoudt de herijking van het landelijke tariefpercentage in deze zorginkoop zich ten opzichte van het maximale NZa tarief 2024 dat nog niet bekend is?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt, dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa-tarieven volgen wij dit.
445	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe is die 75% kostendekkende aanbieders bepaald? Is daarbij wel of geen rekening gehouden met alle kortingen die vanuit VWS in 2024 worden doorgevoerd, zoals de NHC korting, de generieke Wlz tariefsverlaging en de korting vanwege de doorontwikkeling op de kwaliteitsmiddelen?	Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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. 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.
446	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Tarieven NZa zijn nog niet gepubliceerd, om die reden kunnen we niet akkoord gaan met de genoemde tarieven. Wij maken om die reden bezwaar tegen het richttarief van 95,5%. Het voorstel is om een goed basistarief te bieden zonder extra administratieve lasten. Het NZa bepaalt jaarlijks de richttarieven. Voorstel is om deze tarieven voor 100% aan te houden als richttarief, zodat de zorgaanbieder goede zorg kan leveren.	Wij nemen dit voorstel niet over. De NZa stelt geen richttarieven, maar gewogen gemiddeld kostendekkende maximumtarieven vast. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
447	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij de vaststelling van de richttariefpercentages, op de wijze als omschreven in Bijlage 7, is uitgegaan van de NZa-maximumtarieven van 2021. De berekende 'ZiN gerelateerde Wlz-kosten' zijn daartegen afgezet en vervolgens uitgedrukt als een percentage van de NZa-maximumtarieven van 2021. De NZa-maximumtarieven van 2021 zijn echter niet representatief. Het is bekend dat de NZa-maximumtarieven per 2024 beduidend lager zullen zijn en per jaar ook verder zullen dalen. Blijkens de beschikking van de NZa van 5 juli 2022 en de Kamerbrief van de Minister van 17 april 2023, worden forse kortingen op de NZa-maximumtarieven doorgevoerd (8% verlaging NHC/NIC-component; 1,2% tariefkorting overig, oplopend tot 3%). Daarmee is bij de vaststelling van de richttariefpercentages ten onrechte geen rekening gehouden. Kunt u gemotiveerd aangeven waarom hiermee geen rekening is gehouden? Wij verzoeken u de tarieven te herzien, ofwel de NZa-maximumtarieven 2024 af te wachten en vervolgens percentages hiervan als tarieven te bepalen, ofwel door tarieven te bepalen die niet zijn uitgedrukt als percentage van de NZa-maximumtarieven (dan hoeft u niet te wachten op de nieuwe NZa-maximumtarieven), maar in ieder geval zodanig dat tarieven worden gesteld die voor iedere	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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 passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.

		"redelijk efficiënt functionerend aanbieder" kostendekkend zijn.	
448	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij horen als zorgaanbieder niet bij de 75% kostendekkend. Moeten/Mogen wij dan beroep doen op hardheidsclausule? Want de zorgkosten zijn hoger dan gemiddeld en kunnen niet nog meer geprikkeld worden door complexe doelgroep.	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
449	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Hoe kan u van een zorginstelling vragen een inschrijving in te dienen op een moment dat de NZa maximumtarieven niet bekend zijn, maar enkel het tariefpercentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.
450	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Kunt u toelichten op welke wijze u: acht slaat op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties; - rekening houdt met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen; - de prijs niet zodanig laag vaststelt dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg.	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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 organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.

451	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Welke aantallen en percentages horen hierbij?	Wij kunnen uw vraag helaas niet beantwoorden omdat niet duidelijk is aan welke aantallen of percentages u refereert bij de door u genoemde paragraaf.
452	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Vanuit de wijkverpleging worden de ontwikkelingen gestimuleerd vanuit de SOW middelen en vanuit het IZA fonds. De ontwikkelingen die vanuit deze middelen zijn ingezet zijn voor alle thuiswonende cliënten. Dus ook WLZ cliënten. Hiervoor is geen afzonderlijke financiering vanuit de WLZ beschikbaar gesteld. Bent u bereid dat alsnog te doen en dit te verwerken in de richttarieven? Zo niet, wat is uw argumentatie? En hoe werkt het zorgkantoor samen met de verzekeraars om deze ontwikkelingen voor alle thuiswonende cliënten (Wlz en Zvw) te ondersteunen?	De SOW middelen en IZA afspraken voor de wijkverpleging gelden sec voor de wijkverpleging. Deze middelen zijn niet voor de Wlz beschikbaar gesteld. Zorgkantoren kunnen dit dus ook niet meenemen in hun tariefstelling. Waar relevant zoeken zorgkantoren en de in de regio preferente verzekeraars elkaar op om de gewenste beweging volgend uit WOZO te ondersteunen.
453	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bijlage 7:Afgelopen jaren is er binnen de wijkverpleging ingezet op herkenbare en aanspreekbare wijkteams en op regionale coördinatie van de nachtzorg. Dit wordt gedaan voor alle thuiswonende cliënten (zowel Wlz als Zvw). De financiering hiervan vindt binnen de Zvw plaats via de systeemfuncties. Binnen de Wlz zijn er geen systeemfuncties en zijn de NZa tarieven hiervoor niet aangepast. Hoe zijn deze ontwikkelingen meegenomen in de richttarieven? Met welke argumentatie zijn de richttarieven hierop niet aangepast? Bent u bereid deze aanpassing alsnog te doen?	Dit is niet een punt dat meegenomen is in de berekening van het landelijke richttariefpercentage. Voor zover hier aanvullende afspraken over gemaakt moeten worden, is dit iets om met uw zorginkoper van het betreffende zorgkantoor te bespreken.
454	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Bij het vaststellen van het richttariefpercentage is gebruik gemaakt van de meest recente jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz. Is dit een representatief jaar gezien het feit dat er in dat jaar bij vele zorginstellingen Corona compensatie is toegekend?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.
455	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De NZa tarieven worden niet als realistisch beschouwd in de huidige markt. Zijn zorgkantoren bereid om met ons op te trekken richting VWS?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
456	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttariefpercentage is geen rekening gehouden met de herijking van NHC en NIC per 2024. In hoeverre kan het vastgestelde richttariefpercentage derhalve als reëel worden verondersteld?	Het richttariefpercentage is niet van toepassing op de NHC en NIC. De herijking van de maximum NHC/NIC vergoeding staat daarmee los van het richttariefpercentage.

457	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is er gekozen voor het jaar 2021 om de gegevens op te baseren? In 2021 was er coronasteun en in 2022 niet, waardoor dit een vertekend beeld kan geven. Hoe wordt hiervoor gecompenseerd?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, zal dit ook niet verdisconteerd worden in de Zin gerelateerde Wlz kosten.
458	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In 2022 en 2023 zijn de kosten (energiekosten, personeelskosten, etc.) van zorgaanbieders gestegen, hierdoor is er ten onrechte uitgegaan van de jaarverslagen van 2021. Waarom is de keuze gemaakt voor de jaarverslagen van 2021?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
459	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is de onderbouwing van het richttariefpercentage niet controleerbaar?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
460	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de bronnen geeft u aan dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders om de administratieve lasten te beperken. Wat zijn de beoogde gevolgen hiervan?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
461	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Houdt deze norm rekening met verschillen tussen organisaties en keuzes in specialisatie? Zo niet, zou dat in uw optiek niet noodzakelijk zijn? Zo nee, waarom niet?	In de methodiek van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met verschillen tussen organisaties en keuzes in specialisaties. Voor zover hiervoor al niet via de prestatie- en tariefregulering van de NZa voor wordt gecorrigeerd, bevat de tariefsystematiek hier via het zorgkantoorspecifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wel de nodige ruimte toe. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
462	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze heeft u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader)? Zijn deze onderdeel van de omzet en declaraties? Zijn de totale kosten gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Wij zijn van mening dat met het voorgaande wel rekening moet worden gehouden. En als u het voorgaande niet geheel of gedeeltelijk heeft meegenomen in de berekeningen, bent u dan	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

		bereid om dit alsnog te doen. Zo nee, dan maken wij bezwaar.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
463	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
464	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2024 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
465	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader (gemiddeld 1,2% van het Wlz-kader) als gevolg van het effectueren van twee beleidsmaatregelen? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, zorgkantoren hebben een wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen. VWS heeft de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast. Wanneer zorgkantoren de kortingen niet door vertalen in de inkoop wordt de beschikbare contracteerruimte overschreden.
466	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat outliers zijn uitgesloten. Kunt u aangeven hoeveel dit er zijn en wat hun impact zou zijn geweest indien wel meegenomen?	Voor de GGZ zijn 9 outliers uitgesloten, voor de GHZ 17 outliers en de V&V 37 outliers. Indien deze outliers waren meegenomen in de bepaling van het sectorpercentage/richttarief was voor de GGZ het richttarief gedaald met 0,07% procentpunt, voor de GHZ gedaald met 0,15% procentpunt en voor de V&V gestegen met 0,02% procentpunt.
467	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat u het jaar 2021 heeft gebruikt als basis om te bepalen bij welk richtpercentage 75% van de organisaties een neutraal of positief resultaat heeft. Waarom hanteert u dit jaar, een jaar waarin Corona een grote rol speelt en dus veel incidentele uitgaven en opbrengsten.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
468	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In 2024 wordt de NHC met 8% gekort. Veel organisaties hebben een positief resultaat, nodig voor toekomstige investeringen. In hoeverre houdt u hiermee rekening bij het bepalen van richttarief?	Hier is bij de bepaling van het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. Het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
469	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft het zorgkantoor rekening gehouden met de vermogenspositie van de aanbieders? Is het zorgkantoor het met ons eens dat iedere organisatie een gezonde financiële	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.

		positie moet kunnen opbouwen. Organisaties die onvoldoende weerstand hebben opgebouwd moeten gelegenheid krijgen op dit alsnog op een verantwoord niveau te brengen. Bent u bereid om daar gericht naar te kijken en een organisatie, mits voldoende doelmatig werkend, hierin een hoger percentage te bieden?	
470	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het tarief mag niet ten koste gaan van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Is het zorgkantoor ook met ons van mening als maar 54% voldoende rendement haalt (2% of meer) dit bovengenoemde uitgangspunt in gevaar brengt en daarmee ook de zorgplicht die het zorgkantoor heeft?	Nee, dit zien wij anders. 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 passende 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
471	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U bent voornemens het richttariefpercentage vast te stellen voor drie jaar (of mogelijk vijf jaar). Bent u van mening dat u hiermee voldoende recht doet aan de actuele situatie in de komende jaren? Bent u bereid dit percentage waar noodzakelijk eerder te herzien op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
472	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is er gekozen voor het referentiejaar 2021 als we kijken naar de financiën van de VVT sector? Wij zijn van mening dat 2022 meer actueel en representatief is, ook omdat 2021 de resultaten waarschijnlijk oneigenlijk goed waren vanwege de covidcompensatie.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
473	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Ons is niet duidelijk geworden waarom het niet steeds het uitgangspunt is om het (maximale) NZa tarief te hanteren als vergoeding van de door ons te leveren zorg, bent u bereid dat te heroverwegen zodanig, dat steeds ten minste het maximale NZa tarief wordt gehanteerd? Zou u uw antwoord willen motiveren?	Met het NZa kostprijsonderzoek zijn de historische kostprijzen per prestatie in kaart gebracht. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde een tarief per prestatie vastgesteld. Het onderzoek laat echter ook zien dat er een grote spreiding is in kostprijs per prestatie tussen aanbieders. Daarnaast heeft de NZa bij de tariefstelling niet gecorrigeerd voor ondoelmatigheid in de historische kostprijzen. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak om bij de zorginkoop wel te sturen op doelmatigheid. Dit doen zij onder andere door passende tariefafspraken te maken. Daarbij is door de voorzieningenrechter in de uitspraak van 1 oktober 2020 aangegeven dat het vaststaat dat zorgkantoren een lager tarief mogen hanteren dan het NZa maximumtarief. Daarnaast kunnen zorgkantoren nooit meer dan 100% van het NZa maximumtarief vergoeden.

474	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De tariefpercentages zijn o.a. gebaseerd op jaarverslagen uit 2021. De jaren 2022 en 2023 brengen grote financiële uitdagingen met zich mee welke de komende jaren zullen aanhouden. 2021 is volgens ons daarmee geen representatief jaar om reële tarieven op te baseren. Kunt u aangegeven waarom er voor jaarverslagen uit 2021 is gekozen?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021).
475	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre acht u het reëel om een richttariefpercentage vast te stellen als de NZa maximumtarieven nog niet gepubliceerd zijn?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule.
476	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De onderbouwing door Zorgkantoor van de generieke afslagen houdt geen rekening met regionale verschillen. Naar onze mening voldoet uw onderbouwing van het richttariefpercentage dan ook niet aan de motiveringseisen, zoals die zijn gesteld in het Vonnis en het Arrest van het Gerechtshof in Den Haag. Hieruit volgt namelijk dat een dergelijke afslag of korting op het maximum NZa-tarief niet anders tot stand kan komen dan op basis van deugdelijk onderzoek (Vonnis d.d. 1 oktober 2020, r.o. 5.22). Met andere woorden: de zorgkantoren moeten in dit geval aantonen dat er sprake is van reële tarieven in de ggz. In het Arrest d.d. 30 maart 2021 is deze motiveringsplicht bevestigd. Dat geldt ook voor de noodzaak om rekening te houden met de kostenstijgingen in de ggz. Een onderbouwing als: “Als zorgkantoor hebben we te maken met de contracteerruimte ”, past daar geenszins in. Op basis waarvan heeft u vastgesteld dat het niet differentiëren tussen regio's niet leidt tot te lage tarieven voor één of meer van de regio's?	Het richttariefpercentage het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale tariefaanpassingen verder vormgeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. Het landelijk richttariefpercentage moet beoordeeld worden mede in de context van de regionale aanpassingsmogelijkheden. Een bezwaar tegen het landelijk percentage gebaseerd op regionale verschillen, kan niet slagen omdat een voor de beoordeling relevant aspect buiten beschouwing is gebleven.
477	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe staat de stellingname van de minister volgens u in relatie tot jurisprudentie waaruit blijkt dat zorgkantoren gehouden zijn aan het bieden van een reëel, kostendekkend tarief?	Wij denken dat vraagsteller hier refereert aan de opdracht van de Minister om de voorgestelde aanpassingen in de NZa tarieven door te vertalen in de inkoopafspraken met zorgaanbieders. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.

			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 macrokader en de maximumtarieven.
478	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het jaar 2021 was een Corona jaar en er was destijds een andere vraag en inflatie dan vandaag de dag. Wordt bij de berekening van de tarieven voor 2024 rekening gehouden met de recente ontwikkelingen en op welke manier gebeurd dit?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van data 2021 (inclusief maximumtarieven). De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.
479	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kan inzicht worden gegeven in de uitkomsten van de outlier analyse per zorgaanbieder?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de uitkomsten van de outlier analyse niet delen.
480	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe is het aandeel in tariefafspraken per zorgkantoor gebruikt bij bovenregionale analyses?	Als wij uw vraag goed begrijpen wilt u weten hoe het aandeel van een aanbieder in het zorgaanbod mee is genomen in de analyses. In het eerste deel van het model is voor iedere aanbieder apart het 'kostenpercentage/kostenratio' berekend, in het tweede gedeelte telt iedere aanbieder in principe even zwaar mee. Een aanbieder met veel omzet heeft dus geen zwaardere 'stem' in de hoogte van het richttariefpercentage dan een kleine zorgaanbieder.
481	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe verhoudt het uitsluiten van outliers zich tot de uitspraak dat zorgkantoren rekening moeten houden met gelegitimeerde kostenverschillen als deze niet bij de aanbieder zijn uitgevraagd en derhalve geen onderbouwing heeft kunnen aanleveren?	De outlieranalyse ten behoeve van het richttariefmodel is bedoeld om tot een zo robuust mogelijk richttariefpercentage te komen. Om deze reden zijn zorgaanbieders met sterk afwijkende kostenpercentages naar boven en beneden niet meegenomen in de berekening. Het richttariefpercentage is een landelijk uitgangspunt. Om rekening te kunnen houden met eventuele gelegitimeerde kostenverschillen bestaat de tariefsystematiek van zorgkantoren daarnaast uit zorgkantoor specifiek beleid voor regionale aanpassingen en een hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
482	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft dat de kosten m.b.t. de Wlz worden berekend aan de hand van de ratio Wlz omzet/Totale Omzet. De totale omzet bestaat uit meerdere bronnen dan alleen de Wlz. Aan de kostenkant is het aandeel van de Wlz echter groter dan zal blijken uit de verhouding Wlz/Totale omzet. Ter illustratie:	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de

		Binnen de Wmo hebben wij bijvoorbeeld huurinkomsten, waar wij relatief weinig personeelskosten voor maken. De verhouding Wlz kosten/totale kosten zal anders zijn dan de verhouding Wlz/Totale omzet. Hoe is hiervoor gecorrigeerd in de gehanteerde methodiek?	verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
483	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De zorgkantoren hebben een landelijk tariefmodel ontwikkeld waarvoor verschillende bronnen zijn gebruikt. Wij vragen u het tariefmodel en alle gebruikte bronnen voor het vaststellen van het richttariefpercentage openbaar te maken als onderdeel van de gepubliceerde inkoopdocumenten.	In de bijlage staan in figuur 1 de bronnen van de gebruikte gegevens vermeld. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
484	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is het tariefmodel getoetst door een onafhankelijke deskundige?	Ja, het model is extern gevalideerd.
485	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttariefpercentage is gebaseerd op de resultaten van 2021. In uw inkoopbeleid is echter een duidelijke verzwaring van eisen te onderkennen zoals b.v. beschikbaarheid strategisch vastgoed plan, eisen met betrekking tot duurzaamheid, inzet op innovatie en meer. Op welke wijze heeft u bij de bepaling van het richttariefpercentage rekening gehouden met de verzwaring van de eisen waaraan zorgaanbieders moeten gaan voldoen?	In het model van het richttariefpercentage is geen standaard opslag verwerkt in verband met nieuwe eisen. 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 passende 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
486	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij maken bezwaar tegen de gekozen uitgangspunten: 1. de cijfers van 2021 zijn niet representatief voor de kostenontwikkelingen in 2022 en 2023 en daarom niet valide als uitgangspunt voor de start in 2024 2. Er is gebruik gemaakt van organisatiebrede cijfers voor omzet en kosten en niet specifiek Wlz-deel van de organisatie. Gezien de verschillen in omzet/kosten verhouding in de verschillende zorgsoorten is dit uitgangspunt niet valide voor bepalen van richtpercentage voor de Wlz vanaf 2024 3. als referentie is 0% resultaat genomen. Voor gezonde bedrijfsvoering is minimaal 2% resultaat nodig om te kunnen investeren. Hiermee zou het richtingspercentage voor 54% van de organisaties toereikend zijn en dus voor 46% niet toereikend 4. De bepaling van richtingspercentage zegt niets over de kostendekkendheid. Het is de combinatie van NZa-tarief en richtingspercentage die	U stelt de representativiteit van het richttariefpercentage om verschillende redenen ter discussie. In reactie hierop geven we graag het volgende mee: Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021.Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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.

		dit bepaalt. Aangezien de verwachting is dat het NZA tarief niet de volledige kostenstijgingen dekt, zal de 75% norm niet leiden tot kostendekkendheid voor 75% van de zorgaanbieders	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. 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 organisatie-specifieke, 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.
487	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u de berekening van het richttariefpercentage publiceren?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
488	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Indien u niet de berekening van het richttariefpercentage kunt publiceren, kunt u aangeven hoe dit in lijn is met de beginselen van transparantie die voor deze inkoopprocedure geldt?	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. Het is feitelijk onmogelijk de berekening op geaggregeerd niveau aan te leveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
489	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft bij de vaststelling van het richttariefpercentage een rol gespeeld in welke verhouding zorgorganisaties hiermee kostendekkend kunnen werken? In een andere zorgkantoorregio wordt gesteld dat 75% van de zorgaanbieders uitkomen met het richttariefpercentage en dus 25% niet. Heeft dit een rol gespeeld? Zo ja, waarom is gekozen voor deze verhouding? En hoe verhoudt die 25% zich tot de hardheidsclausule?	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
490	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het met ons eens dat we geen personeel zouden moeten ontslaan ten gevolge van het beleid van het	Wij delen het belang van het behoud van zorgpersoneel bij de zorgaanbieders.

		Zorgkantoor? Zo ja, hoe borgt u dat in uw tariefstelling nu het zeer reëel is dat de CAO fors hoger gaat uitvallen dan de OVA indexatie? Zo nee, welke oplossing ziet u voor de financiële mismatch die gaat ontstaan in onze begroting voor 2024?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
491	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de onderbouwing van het richttarief wordt aangegeven dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Kunt u, vanwege gemis aan transparantie, aangeven welke kwaliteitscriteria en rekenkundige uitgangspunten hierbij zijn gehanteerd?	Met bijlage 7 van het inkoopkader in combinatie met de beantwoording van alle vragen over het model in deze Nota van Inlichtingen zijn de gehanteerde uitgangspunten naar onze mening op voldoende wijze toegelicht zodat sprake is van een verifieerbare onderbouwing.
492	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er voldoende budget voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals voor de inzet van ICT en technologie? Op welke wijze is hiermee rekening gehouden?	In het model van het richttariefpercentage is hier niet apart rekening mee gehouden. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.
493	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft bij stap 5 aan dat u doelmatigheid wilt stimuleren. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders. Bent u bereid gegevens hierover met ons te delen?	U kunt altijd het gesprek aangaan met uw zorginkoper over de wijze waarop u werkt om zo samen te kijken welke mogelijkheden er zijn om uw doelmatigheid te vergroten.
494	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met het feit dat de CAO-VVT op 31 december 2023 afloopt en dat er op dit moment in de markt rekening wordt gehouden met een verwachte minimale stijging van de loonkosten-2024 met 10%? Zo nee, waarom niet? Hoe meent u dan aan uw verplichting te voldoen tot het betalen van een reëel tarief?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen (waaronder de impact van nieuw Cao's) en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
495	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij zijn van mening dat bij het berekenen van het richttariefpercentage alleen de Wlz-zorgexploitatie moet worden	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten

		meegenomen. Heeft u in het berekenen van het richttarief-percentage en dus het analyseren van de jaarrekeningen van zorgaanbieders enkel de Wlz-zorgexploitatie in de berekening meegenomen (en dus niet bijvoorbeeld de vastgoed-exploitatie of zorgexploitatie Wmo) ? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
496	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is rekening gehouden met de veelheid aan financieringsvormen die grotere zorgaanbieders hebben. Is hiervoor voldoende geschoond? Omzetresultaat hoeft immers niet altijd uit zorggerelateerde producten te komen. Hoe is hier mee omgegaan?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
497	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	was een bijzonder jaar. De jaarrekening is behoorlijk beïnvloed door de Corona (hoog ziekteverzuim) en de bijbehorende compensatie, door toenemende inflatie, door sterke stijging in gas- en energie. Is 2021 wel geschikt om te dienen als uitgangssituatie voor de berekening RTP 2024?	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – tot dusvermeest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten en daarmee in de berekening van het richttariefpercentage. Kostenontwikkelingen worden meegenomen doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken. Het richttarief volgt daarmee dus automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
498	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de onderbouwing van het richttariefpercentage worden de resultaten (waaronder de jaarrekeningen 2021) als	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en

		uitgangspunt genomen. De resultaten binnen de GZ-sector in 2022 laten een veel minder rooskleurig beeld zien (o.a. door krapte arbeidsmarkt, hoge inflatie, hoge energiekosten). Ik maak bezwaar tegen het feit dat 2021 als basisjaar wordt genomen en verzoek u 2022 als uitgangspunt te nemen. 2021 leidt immers tot een te laag richttariefpercentage.	declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). 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
499	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Heeft u voor de berekening van het richttariefpercentage samengewerkt met consultancybureau en/of adviesbureaus? Zo ja, kunt u eventuele adviezen of rapporten van deze organisatie(s) met ons delen?	Zorgkantoren hebben het tariefmodel zelf ontwikkeld en de berekeningen zelf uitgevoerd. Wel is het model en de berekening extern gevalideerd.
500	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u het aandeel aan indexatie van de reële prijs voor het leveren van Wlz-zorg in het richttariefpercentage toelichten?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven 2024. Het richttariefpercentage is berekend op basis van data 2021 (inclusief maximumtarieven). De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.
501	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2) Kunt u toelichten op welke manier u bij de berekening van het richttariefpercentage rekening hebt gehouden met verschillen in de uitvoeringswerkelijkheid tussen zorgaanbieders? Denk aan het verschil tussen grote en kleine zorgaanbieders?	In het eerste deel van het model is voor iedere aanbieder apart het 'kostenpercentage/kostenratio' berekend, in het tweede gedeelte telt iedere aanbieder in principe even zwaar mee. Voor verdere verschillen in uitvoeringswerkelijkheid en beleidskeuzes hierover verwijzen wij naar het regionale beleid. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij de gehanteerde tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft nadelig dan is er de mogelijkheid om beroep te doen op de hardheidsclausule.
502	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U stelt op pagina 3 van Bijlage 7 dat er geen aanvullende uitvraag is gedaan bij zorgaanbieders, met als reden dat u de administratieve lasten voor zorgaanbieders wilt beperken. Wij waarderen het dat u aandacht heeft voor administratieve lasten maar achten het wenselijk dat de bronnen voor de onderbouwing van een richttariefpercentage actueel en zo volledig mogelijk en betrouwbaar zijn zodat deze met zekerheid kunnen worden betrokken in de onderbouwing van het richttariefpercentage. Ondersteunt u dit en bent u daarom bereid om de deugdelijkheid van de onderbouwing van het richttariefpercentage alsnog nader te onderzoeken op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie, bijvoorbeeld door middel van een uitvraag op basis van een steekproef? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data.

503	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft in de onderbouwing van het richttariefpercentage enkel aan op welke gronden u aanneemt dat het percentage afdoende zou moeten zijn. Onduidelijk is welke elementen uit de tariefstelling van de NZa niet of lager zijn opgenomen in dit richttariefpercentage. Aanbieder verzoekt u om een gedetailleerde onderbouwing te geven van het verschil tussen de NZa tarieven en het richtpercentage.	De bepaling van de NZa tarieven en de bepaling van de richttarieven zijn twee verschillende methodes met ook twee verschillende soorten uitkomsten. De NZa heeft, op basis van gedetailleerde uitgevraagde gegevens van destijds 386 aanbieders, gekeken hoe ze kosten in verschillende kostensoorten kunnen indelen en toekennen aan specifieke prestaties om zo per prestatie tot een kostprijs te komen (Kostenonderzoek langdurige zorg, 2018, KMPG) waarna er nog een slag wordt gemaakt om tot de uiteindelijke tarieven te komen (Prestaties en tarieven langdurige zorg fase 2: van kosten naar tarieven, 2018, NZa). De zorgkantoren hebben, op basis van de beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van in totaal zo'n 900 aanbieders (optelling van alle sectoren excl. outliers), gekeken naar de kosten op aanbiederniveau en deze afgezet tegen de NZa tarieven, om vervolgens de sectoren te beschouwen en zo tot een percentage van het NZa tarief te komen. Twee verschillende methoden, met verschillende doelen en dus ook verschillende elementen.
504	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er rekening gehouden met de verduurzamingsopgave? En zo ja, wilt u nadere concretiseren hoe hier rekening mee gehouden is?	Nee, hier is in het richttariefpercentage geen rekening mee gehouden. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.
505	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij maken bezwaar tegen de herijking van 8 procent voor het NHC tarief omdat dit geen recht doet aan de daadwerkelijke kostenstijgingen.	Voor bezwaren over de herijking van het NHC tarief verwijzen wij naar de NZa.
506	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe heeft u gewaarborgd dat het richttariefpercentage per sector dat is gebaseerd op de jaarrekening uit 2021, ertoe leidt dat er een reëel tarief voor de in te kopen zorg wordt betaald voor 2024 in het bijzonder en de gehele periode 2024 - 2026? Dit mede gelet op het feit dat de indexering van de NZa niet de daadwerkelijke kostenstijgingen (volledig) dekt en de NZa-tarieven niet recent herijkt zijn (de NZa-tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2016) waardoor ze actualiteit missen. Zo wordt er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de stijging van de PNIL-kosten, hogere personeelskosten, hoger ziekteverzuim, de gestegen energiekosten, toenemende IT-kosten, de verzwaring/complexiteit van de zorgvraag etc.? Daarnaast bevat de jaarverslagen incidentele bijdragen zoals compensatie voor de Covid-19 pandemie. Kunt u dit toelichten?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

507	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de berekening van het tariefpercentage wordt alleen naar historie gekeken, niet naar de huidige situatie of de toekomst. Dit betekent dat een behaald resultaat uit het verleden geen garantie geeft voor de toekomst. Het richttariefpercentage staat voor 3 jaar vast. Hoe wordt rekening gehouden met toekomstige ontwikkelingen? Wordt tussentijds getoetst of het richttariefpercentage niet te laag is? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe doet u dit?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van nieuw beschikbare data worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de gehanteerde principes. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen, kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
508	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Gezien de onzekerheid dat ontwikkelingen in de sector niet worden vertaald in de NZa tarieven, wat zijn dan onze mogelijkheden met betrekking tot het tariefpercentage. Indien wij gedurende de looptijd van de overeenkomst (2024-2026) van mening zijn dat het tariefpercentage te laag is, omdat wij bijvoorbeeld negatieve resultaten behalen op de zorgexploitatie, wat zijn dan de mogelijkheden om tot een tariefpercentage te komen welke overeenkomt met een reëel tarief?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
509	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er bij de berekening van de percentages rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz kader (van 1,2% in 2024 naar 3% in 2026)? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?	Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast.
510	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Wij ontvangen in 2024 als reguliere zorgaanbieder het richttariefpercentage van 95,5%. Dit is 0,3% lager dan in 2023. Daarnaast is er sprake van een generieke korting op de NZa tarieven V&V van circa 1,20% in 2024. dat heeft gevolgen voor de zorg in 2024. In welke mate beoordeeld u of er in 2024 sprake is van tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?	Het is een reguliere taak van zorgkantoren om te monitoren in hoeverre er in de regio sprake is van tijdige beschikbaarheid van voldoende en kwalitatief goede zorg. De zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

		Indien in 2024 blijkt dat het tarief niet (meer) reëel is, wordt deze dan alsnog verhoogd?	
511	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij de bepaling van het richttariefpercentage zijn outliers eruit gehaald. Met het richttariefpercentage heeft 75% van de zorgaanbieders theoretisch over 2021 een neutraal of positief resultaat. Dit is wel excl. outliers. Hoeveel zorgaanbieders betreft dit en welk aandeel hebben zij in de V&V sector? Is daarmee de 75% wel representatief voor de sector V&V?	Voor de V&V zijn 6,7% van de aanbieders (op geconsolideerd niveau) aangemerkt als outlier, zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0,48% van de ZiN Wlz omzet van de totale groep (de meegenomen aanbieders en outliers). Wij zijn hiermee van mening dat de resultaten, met uitsluiting van outliers, representatief zijn.
512	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgkantoren maken gebruik van de jaarrekening 2021 voor de onderbouwing van het richttariefpercentage van 95,5%. Hoe verhoudt dit zich tot de toegepaste kortingen door het Zorgkantoor in 2022 en 2023?	Ervan uitgaande dat met 'de kortingen uit 2022 en 2023' de introductie van het originele richttarief van 95,8% wordt bedoeld zien wij dit als volgt: Dit richttarief was net als de richttarieven van dit jaar een uitgangspunt voor zorgkantoren om eigen tarieven vast te stellen. De uiteindelijke tarieven zijn bepalend voor de ZiN omzet die een aanbieder heeft gedraaid en die wordt meegenomen in het model. De berekening is momenteel over het jaar 2021 gedaan. Daarin zijn geen gegevens verwerkt over de jaren 2022 en 2023. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie ook 506.
513	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Er wordt gesproken over de verhouding 75e/25e percentiel (minimaal kostendekkend - positief resultaat / nihil). Als een instelling in het 75e percentiel valt, wordt gesuggereerd dat het merendeel van de zorgaanbieders goede zorg kan verlenen. In dit 75e percentiel is geen rekening gehouden met de kortingen die het Zorgkantoor heeft toegepast in 2022 en 2023. Hoe verhouden deze ontwikkelingen zich dit tot het toegepaste tarief?	Ervan uitgaande dat met 'de kortingen uit 2022 en 2023' de introductie van het originele richttarief van 95,8% wordt bedoeld zien wij dit als volgt: Dit richttarief was net als de richttarieven van dit jaar een uitgangspunt voor zorgkantoren voor regionale aanpassingsmogelijkheden. De uiteindelijke tarieven zijn bepalend voor de ZiN omzet die een aanbieder heeft gedraaid en die wordt meegenomen in het model. De berekening is momenteel over het jaar 2021 gedaan. Daarin zijn geen gegevens verwerkt over de jaren 2022 en 2023. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie ook 506.
514	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de incidentele opbrengsten in de jaarrekening 2021? Zijn die eruit gehaald bijvoorbeeld Coronaopbrengsten of andere incidentele opbrengsten van voorgaande jaren?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz. Voor dit soort bijzondere

			inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.
515	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze zijn de opbrengsten NHC/NIC en de kosten NHC/NIC meegenomen in het richttariefpercentage voor 2024? Zijn deze opbrengsten en kosten geëlimineerd in de jaarrekening 2021 om tot richttariefpercentage te komen?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
516	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Uiteindelijk zijn de aanbieders over de percentielen verdeeld (75 of 25) volgens de berekening die in deze paragraaf beschreven is. Een aanpassing in de berekening op basis van bovenstaande vragen (kortingen Zorgkantoor 2022 en 2023, korting 1,2% Minister Helder, incidentele opbrengsten, NHC/NIC niet goed verwerkt, CAO uitkomst, Coronaopbrengsten/kosten) kan leiden tot een hele andere verdeling waarbij de percentielen (75 /25) geheel anders kunnen liggen. Hoe verhoudt zich dit tot het toegepaste tarief? Aanvullend: kan dat leiden tot een aanpassing van het richttariefpercentage van 95,5% in 2024?	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 hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
517	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Er is t.b.v. van de vaststelling van het richttarief een outlieranalyse gedaan. Bij die outlieranalyse zijn uitschieters naar boven en beneden weggenomen. Het is niet transparant hoe dit gebeurd is omdat er daarna geen uitvraag meer gedaan is bij zorgaanbieders. Zorgaanbieder maakt bezwaar tegen deze outlieranalyse. Zo gaat zorgkantoor er nu vanuit dat het tarief kostendekkend is voor 75% ex. outliers, maar de outliers verlenen ook gewoon zorg. Voor hoeveel procent is het tarief incl. outliers dekkend?	Vanuit de aanname dat outliers niet representatief zijn voor de sector in zijn geheel en hiermee het richttarief onterecht kunnen beïnvloeden is ervoor gekozen outliers uit te sluiten in de berekening. Dit proces is, net als de andere onderdelen van het model, door een externe partij gevalideerd. In bijlage 7 staan drie taartdiagrammen die de marge laten zien voor het gehele zorgveld bij gebruik van het richttarief. Deze diagrammen zijn inclusief de outliers.
518	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is bij de berekening van het richttariefpercentage en het 75e percentiel rekening gehouden met de aangekondigde kortingen (NHC + zorgdeel tarief)?	Voor de aangekondigde kortingen op het zorgdeel geldt dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven volgt. Het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
519	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt aan mij medegedeeld tot welke percentiel ik behoor als uitkomst van de berekening van het richttariefpercentage?	Nee. Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.
520	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de ActiZ rekentool impact Wlz bekostiging is aangegeven dat de NZa de NHC per 2024 gaat verlagen met gemiddeld 8 procent. Om deze verlaging deels te compenseren krijgen zorgorganisaties 4 procent 'terug' doordat VWS verduurzamingsmiddelen per 2024 naar voren haalt. Zover nu bekend betekent dit een netto verlaging van de NHC voor 2024 van gemiddeld 4 procent. Echter op dit moment is niet helder wat de voorwaarden en mogelijke aanspraak op de 4% zijn. Kunt u hier duidelijkheid over geven?	Nee, het hier geschetste beleid heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid. Zie het inkoopbeleid voor voorwaarden met betrekking tot verduurzaming.
521	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waar staat (wettelijk) vast gelegd dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn?	Het uitgangspunt is dat de tarieven voldoende moeten zijn om goede zorg te kunnen leveren, maar er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke aanbieder kostendekkend zijn, omdat dan de duurste aanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze zienswijze is in de jurisprudentie bekrachtigd.
522	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op basis waarvan is de veronderstelling dat evenredige verdeling/gebruik van een Wlz ZiN ratio (op basis van opbrengsten) leidt tot een juiste en volledige toerekening van de kosten aan Wlz? Voor zorgaanbieders met o.a. wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling bijvoorbeeld is toerekening van een evenredig deel van de energiekosten aan die opbrengstenstromen niet terecht. Merendeel van dergelijke kosten wordt gemaakt door Wlz/Grz en niet aan wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling. Dit geldt voor meer kostensoorten.	Het hanteren van een veronderstelling in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. 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.
523	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met een rendementopslag?	Nee, zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.
524	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is in onderbouwing en berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid? Zoals de stijgende loonkosten/ energiekosten en per 2024 te verwachten korting op de NZA tarieven en de NHC/NIC tarieven?	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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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.
525	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke manier is in de onderbouwing en berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de regionale verschillen? (in mate van vergrijzing/ beschikbaarheid personeel etc.)	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 organisatie-specifieke, 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.
526	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het verleden werd het richttariefpercentage alleen gebruikt voor de personele en materiele component. En niet voor de NHC/NIC. Is bij dit richttariefpercentage al rekening gehouden met de NHC/NIC herijking?	Ook in het heden wordt het richttariefpercentage in principe alleen gebruikt voor de personele en materiele componenten van het NZa tarief.
527	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In dit hoofdstuk staat een aantal uitgangspunten beschreven bij de onderbouwing van het richttariefpercentage. Hoe waarborgt het zorgkantoor dat het richttariefpercentage van 95,5% gebaseerd op jaarrekening uitkomsten van 2021 ook toereikend is voor het jaar 2024 en met alle kostenontwikkelingen tussen 2021 en 2024 niet ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg? Gaat deze methodiek niet voorbij aan de bijzondere kostenontwikkelingen zoals bijvoorbeeld, maar niet uitputtend, de stijging van energiekosten, hoge inflatie van andere kosten en personeelskosten zoals CAO loonsverhogingen? Met de huidige tariefstelling verwachten we dat dit ten koste gaat van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg en overwegen we hiertegen bezwaar te maken.	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.
528	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een driejarige overeenkomst met nog twee maal de mogelijkheid voor het zorgkantoor om dit eenzijdig te verlengen. Hoe gaat het zorgkantoor daarbij om met het richttariefpercentage? Blijft deze gelijk voor de hele looptijd en verbindt een zorgaanbieder zich dus voor 3 tot 5 jaar aan dit richttariefpercentage of wordt deze bijgesteld? Heeft de zorgaanbieder in die	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

		periode dan nog de mogelijkheid om alsnog bezwaar te maken wanneer het richttariefpercentage door externe omstandigheden niet passend is?	
529	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij het onderbouwen van de richttarieven per sector wordt gebruik gemaakt van historische data van 2021. De contractering is echter vooruitkijkend. Hoe garandeert u dat het richttariefpercentage voldoende is voor de toekomst en een reëel tarief biedt voor de in te kopen zorg? Voor 2024 zijn er verschillende factoren die de betaalbaarheid van de zorg beïnvloeden zoals korting macrokader, inflatie, forse CAO-verhoging, hoog oplopende PNIL-kosten, gestegen verzuimkosten, etc. In hoeverre is bij bepaling van het 75e percentiel en daarmee de hoogte van het basistarief rekening gehouden met deze factoren? Als hiervoor niet is gecorrigeerd dan vinden we dat bezwaarlijk omdat hierdoor geen reëel tarief wordt geboden. Het uitgangspunt is immers: "Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg" Bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden en het basistarief daarop aan te passen? Zo nee, waarom niet? Als met deze punten geen rekening gehouden is en u niet bereid bent dit alsnog te doen, dan maken we bezwaar tegen de onderbouwing van het richttariefpercentage.	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
530	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op basis van de onderbouwing en toegelichte principes (o.a. 75% grenswaarde) in bijlage 7 is ons inziens de logische consequentie dat de landelijke kortingen macrokader Wlz, macrokader VVT en kortingen op NHC en NIC gecompenseerd worden. De argumentatie is als volgt samen te vatten: door korting op landelijke kortingen te stapelen wordt het principe dat 75% van de aanbieders in 2024 break-even of een maatschappelijk verantwoorde winst realiseert ondergraven. Onze vraag is welke aanpassing van het richttarief nodig is zodat het zorgkantoor aan de eigen principes kan vasthouden? (en wordt voorkomen dat veelvuldig een beroep moet worden gedaan op de zogenaamde hardheidsclausule). Onze aanname is dat wij een reëel en kostendekkend tarief 2024 kunnen afspreken. In een kostendekkend tarief is ook ruimte voor een risico opslag (zie ook vraag 14).	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. 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. 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.
531	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het verlengde van vraag 1 is onze vraag of bij landelijke kortingen in 2025 en 2026 een aanpassing van het richttarief (2024: 95,5%) mogelijk is? Concreet zou dit kunnen betekenen dat de tarieven 2024 in euro's met indexatie 2025 en	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien

		2026 worden doorgerekend. Of een opt out bij nieuwe majeure bezuinigingen door de rijksoverheid wanneer een % van de landelijke tarieven voor 2025 en 2026 wordt afgesproken.	hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
532	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat met het berekend richttarief 75% van de aanbieders en neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen. Op welke wijze is hierbij rekening gehouden met de NHC/NIC en het "resultaat op kapitaallasten"?	Zowel de kosten voor zorg als vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden.
533	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat het gehanteerd tarief niet zodanig laag mag zijn dat dit ten kosten gaat van tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe denken jullie dat te realiseren als jullie het tarief uitsluitend baseren op de jaarrekeningen 2021? De in 2022 ingezette stijging van de kosten (personeel, energie, voeding), de door VWS in de kamerbrief aangekondigde kortingen op het WLZ kader (in 2024 gemiddeld 1,2%), de korting op de NHC van 8% en de CAO onderhandelingen lijken daarmee geen onderdeel van het richttarief. Klopt het dat deze elementen niet zijn meegenomen?	Zorgkantoren hebben ervoor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. 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.
534	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als de ontwikkelingen vanaf 2022 niet zijn meegenomen in de bepaling van het richttarief zijn jullie dan bereid het richttarief aan te passen zodat het tarief blijft voldoen aan de eisen die jullie zelf stellen aan een passend richttarief?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
535	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Jullie geven aan dat met het berekend richttarief 75% van de aanbieders en neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen. Naar onze mening past een neutraal resultaat niet bij een reëel tarief aangezien voor een gezonde bedrijfsvoering altijd sprake moet zijn van een positief resultaat op de exploitatie (dus exclusief het resultaat op vastgoed aangezien dit naar onze mening geen resultaat is maar het sparen voor noodzakelijke toekomstige investeringen). Dit resultaat is nodig om te voldoen aan de eisen van externe financiers (banken en WFZ) en om eventuele risico's op te vangen. Zij jullie	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 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 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. 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.

		bereid het richtpercentage hiervoor aan te passen ? Zo nee, waarom niet en op welke wijze moeten aanbieders dan blijven voldoen aan de eisen van financiers en in staat zijn risico's op te vangen?	
536	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Op welke wijze is rekening gehouden met de financieringsvormen die grotere zorgaanbieders hebben. Is hiervoor voldoende geschoond? Omzetresultaat hoeft immers niet altijd uit zorggerelateerde producten te komen. Hoe is hier mee omgegaan?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
537	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe kan het zorgkantoor uitleggen dat een historische berekening passend is voor de financiering van de zorg van de komende drie jaar mede in het licht van de komende CAO ontwikkelingen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.
538	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom gaat het zorgkantoor uit van het richttariefpercentage en niet van het 100% NZa-tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Zorgkantoren daarentegen hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. En los hiervan, het voor de Wlz beschikbare macrokader zou niet toereikend zijn om alle zorg tegen 100% NZa-tarief te betalen.
539	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunnen we inzicht krijgen in hoe het richttariefpercentage tot stand is gekomen? Hoe is bepaald of Wlz-zorgaanbieders een neutrale of positieve marge hebben?	Om het theoretische resultaat met het richttarief te berekenen is de volgende berekening gehanteerd: bereken de 'theoretisch richttarief ZiN omzet' door '100% NZa maximum tarief scenario' te vermenigvuldigen met het richttarief percentage. De 'theoretisch richttarief ZiN omzet' is de omzet die een aanbieder zou krijgen als het richttarief als uiteindelijk tarief gehanteerd zou zijn. Trek van de theoretische omzet de 'ZiN gerelateerde Wlz kosten' af om het 'theoretisch richttarief ZiN resultaat' te krijgen. Dit kan dan

			als percentage uitdrukt worden door het 'theoretische richttarief resultaat' te delen door de 'theoretisch richttarief ZiN omzet'.
540	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom heeft het zorgkantoor in deel 1 niet al gekozen voor een sectorpercentage?	De berekeningen in deel 1 (bepalen kostenpercentage) zijn noodzakelijk om de berekening van deel 2 (bepalen sectorpercentage/richttarief) uit te voeren. Deze twee delen samen vormen de bepaling van de richttarieven.
541	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de uitleg gaat het zorgkantoor uit van het 75e percentiel, maar daarvan heeft slechts 54% van de V&V organisaties een positief resultaat hoger dan 2%. Hoe ziet het zorgkantoor de 21% die tussen 0 en 2% zit als uitgangspunt voor een gezonde bedrijfsvoering?	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Hierbij heeft ruim 50% van de aanbieders een positief resultaat van minimaal 2%. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de 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 macrokader en de maximumtarieven.
542	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttarief van 95,7% is gebaseerd op boekjaar 2021. De jaren 2022 en 2023 worden gekenmerkt door hoge inflatie en daardoor hogere kosten. Wij achten het richttarief daarmee fundamenteel te laag. In hoeverre is het zorgkantoor bereid het richttarief te baseren op het boekjaar 2022	De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De in het inkoopkader 2024-2026 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopkader. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
543	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De definitie van de totale kosten is "som der bedrijfslasten" uit de jaarrekening. De rentekosten en soortgelijke kosten zijn hiermee niet meegenomen. Dit betekent dat in de berekening niet de totale kosten worden meegenomen. U wordt verzocht de rentekosten en soortgelijke kosten in de berekening mee te nemen. Als dit niet wordt aangepast, wat is de reden?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.

544	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	De NHC-compensatie gaat met 8% omlaag, onze vraag is of de jaarlijkse indexatie van 2,5% daar al in verwerkt is. Ofwel is de NHC ten opzichte van vorig jaar -8% of (-8% + 2,5%) = -5,5%?	Dit is een vraag voor de NZa.
545	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	Van welke zorgorganisaties zijn de jaarverslagen gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Van de 549 V&V aanbieders (op geconsolideerd niveau) waarvan ten tijde van de berekening de jaarverslagen over 2021 beschikbaar waren, zijn na uitsluiting van outliers 512 meegenomen in de bepaling van het sectorpercentage/richttarief. Outliers zijn bepaald middels een outlieranalyse. Tijdens de analyse worden op basis van de standaard deviatie grenswaarden bepaald. Aanbieders die buiten deze grenzen vallen worden eerst nader bekeken, tijdens deze controle wordt er gekeken naar de correctheid van gegevens (denk hierbij bijvoorbeeld aan de juistheid van het KvK nummer) en of er sprake is geweest van bijzondere inkomsten en/of uitgaven (denk hierbij bijvoorbeeld aan aan- of verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, etc.). Dit proces wordt 2 maal herhaald, daarna bij de 3e ronde van het bepalen van outliers worden er geen correcties meer gedaan, maar worden de aanbieders die dan buiten de grenswaarden vallen uitgesloten. Om de administratieve last van een aanbieder niet te vergroten is besloten geen aparte uitvragen te doen, bovenstaand proces gebeurt a.d.h.v. de beschikbare jaarverslagen. Dit proces is, net als de andere onderdelen van het model, door een externe partij gevalideerd. De individuele gegevens, waaronder de namen, van de 512 aanbieders die meegenomen zijn in de bepaling van het richttarief worden niet gedeeld. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
546	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	U hebt bronnen gebruikt die betrekking hebben op het jaar 2021. In dat jaar was Corona van toepassing. In hoeverre is dit representatief naar uw mening?	Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten
547	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	Heeft u bij de vaststelling dat 25% van de zorgaanbieders met het richttariefpercentage een negatief resultaat behaalt, enkel gekeken naar de solvabiliteit en/of rentabiliteit? Zo nee, hoe heeft u dit vastgesteld? Welke financiële kengetallen heeft u gebruikt en waarom? Hoe is vastgesteld dat de 75% ook echt financieel gezonde organisaties zijn?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een

			gezonde exploitatie. 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.
548	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De ontwikkelingen die vanuit de SOW middelen 2022 zijn ingezet hebben een plek gekregen in de tariefafspraken 2023. Verzekeraars hebben daar hun medewerking aan gegeven en zijn hier ook op aangesproken vanuit het IZA akkoord. Hoe hebben deze ontwikkelingen een plek gekregen in de richttarieven 2024? Hoe kan het richttariefpercentage niet zijn aangepast als deze ontwikkelingen in 2021 nog niet waren ingezet?	Waarschijnlijk doelt u hier op de middelen die beschikbaar zijn gesteld uit de Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleging (SOW). Wijkverpleging is Zvw-gefinancierde zorg en maakt geen onderdeel uit van de Wlz-zorginkoop door de zorgkantoren. Het richttariefpercentage heeft dan ook alleen maar betrekking op de Wlz-gefinancierde zorg.
549	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat het tarief niet zodanig laag mag zijn dat het ten kosten van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe rijmt u dit met de kostenstijgingen waaronder de salarisontwikkeling die fors afwijkt van de huidige marktontwikkeling en een toenemende concurrentie op de arbeidsmarkt die niet gedekt worden door de personele- en materiele indexen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa.
550	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zijn de totale kosten (genoemd op pagina 4 onder stap1) gecorrigeerd voor kapitaalslasten?	Nee, zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
551	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunnen individuele aanbieders opvragen c.q. erachter komen of zij zijn ingedeeld in de groep van 25%? Als een aanbieder dan kan aantonen dat hij wel doelmatig is, kan hij dan een beroep doen op een hoger tariefpercentage? Zo nee waarom niet?	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. 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
552	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Een van de uitgangspunten is: "Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg". Hoe heeft u dit uitgangspunt verwerkt in het tariefsvoorstel rekening houdend met een salarisontwikkeling die fors afwijkt van de huidige marktontwikkeling en een toenemende concurrentie op de arbeidsmarkt?	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 organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.
553	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij het onderbouwen van de richttarieven per sector wordt gebruik gemaakt van historische data van 2021. Voor 2024 zijn er verschillende factoren die de betaalbaarheid van de zorg beïnvloeden zoals korting macrokader, inflatie, CAO verhoging etc. In hoeverre is bij bepaling van het 75e percentiel en daarmee de hoogte van het basistarief rekening gehouden met deze factoren? Als hiervoor niet is gecorrigeerd dan vinden wij dat bezwaarlijk omdat hierdoor geen reëel tarief wordt geboden. Bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden en het basistarief daarop aan te passen? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
554	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven of u bij de vaststelling dat 25% van de zorgaanbieders met het richttariefpercentage een negatief resultaat behaalt, enkel gekeken heeft naar de solvabiliteit? Zo nee, hoe heeft u dit vastgesteld? Welke financiële kengetallen heeft u gebruikt en waarom?	Om het theoretische resultaat met het richttarief te berekenen is de volgende berekening gehanteerd: bereken de 'theoretisch richttarief ZiN omzet' door '100% NZa maximum tarief scenario' te vermenigvuldigen met het richttarief percentage. De 'theoretisch richttarief ZiN omzet' is de omzet die een aanbieder zou krijgen als het richttarief als uiteindelijk tarief gehanteerd zou zijn. Trek van de theoretische omzet de 'ZiN gerelateerde Wlz kosten' af om het 'theoretisch richttarief ZiN resultaat' te krijgen. Dit kan dan als percentage uitdrukt worden door het 'theoretische richttarief resultaat' te delen door de 'theoretisch richttarief ZiN omzet'.

555	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft in deze paragraaf aan dat het richttariefpercentage niet een gemiddelde, minimum, basis of maximum is en dat het slechts dient als uitgangspunt van gesprek. In de afgelopen jaren bleek het richttarief% niet onderhandelbaar en kon opslag alleen met projecten/ plannen van aanpak voor specifieke elementen verkregen worden. Wij concluderen uit deze passage dat we los van de mogelijkheden tot opslag ook op maat kunnen overleggen over het richttarief% en dat hierover onderhandelingen per aanbieder mogelijk zijn. Is dat juist? Kunt u daarbij tevens bevestigen dat gesprekken over maatwerkafspraken niet alleen verwijzen naar de hardheidsclausule wanneer aanbieder aangeeft het gesprek te willen voeren over het tariefpercentage?	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. Dit richttariefpercentage is voor alle zorgkantoren gelijk. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. Wij verwijzen u derhalve naar het inkoopkader van uw zorgkantoor.
556	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U stelt dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor iedereen kostendekkend zijn. Daarin heeft u volledig gelijk. Het tarief moet echter wel zodanig zijn dat voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg kan worden gegarandeerd. Uit cijfers van het CBS van oktober 2022 blijkt dat het gemiddelde resultaat uit gewone bedrijfsvoering van de VVT instellingen over 2021 2,4% bedroeg. Zorgaanbieder zat daarmee net onder dit gemiddelde en behoort tot de financiele middenmoot. In 2022 zien wij het resultaat dalen tot (in absolute zin) net boven 0. Uit doorrekeningen die wij hebben doorgevoerd op basis van de thans bekende vergoedingen en richtpercentages komen we tot een resultaatdaling in 2024 van ongeveer 7%. Voor het jaar 2023 voorzien we een daling van 3%. Al met al komen we in 2024 dus tot een geprognosticeerd resultaat van negatief 10%. Het merendeel van de kosten die we naast personeel maken zijn voor ons niet of nauwelijks te beïnvloeden en wezenlijk voor de zorg (huur pand / voeding / overige bedrijfskosten). De enige "knop" waaraan vervolgens nog te draaien valt is het personeelsbestand. Bij een gelijkblijvend cliëntenbestand (in omvang en zorgzwaarte) zou dit betekenen dat het personeelsbestand met ongeveer 15% teruggebracht zou moeten worden. Bent u het met ons eens dat het in een tijd van excessief stijgende kosten en een grotere maatschappelijke opgave met een sterk gekrompen personeelsbestand onmogelijk is om kwalitatief toereikende zorg te garanderen?	In de nota van inlichtingen gaan we niet in op specifieke casuïstiek. 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 de tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
557	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zo nee, hoe rijmt u dat alom bekende stijgingen van kosten (personeel, energie, huisvesting, voeding) een verlaging van tarieven rechtvaardigen?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor

			kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
558	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De zorgaanbieders binnen de VVT doen openbaar verantwoording (binnen DigiMV) van hun resultaten en de daaraan ten grondslag liggende cijfers. Zonder al te veel administratieve lasten zou u deze cijfers kunnen raadplegen. Bent u bereid om alsnog de cijfers 2022 te betrekken in uw onderbouwing van de richtpercentages?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021.Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data. Wel zullen zorgkantoren jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
559	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgaanbieder heeft de afgelopen jaren zich enorm ingespannen een heel klein positief resultaat te behalen. Met de aangekondigde kortingen, al zijn de tarieven nog niet bekend kunnen wij voorspellen dat wij geen positief, noch neutraal resultaat kunnen bereiken. Voor een gezonde bedrijfsvoering is een beperkt resultaat een must. Bent u bereid het richttariefpercentage aan te passen zodanig dat 75% van de aanbieders een gezonde bedrijfsvoering (lees min. 2% resultaat) kan hebben?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een 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.
560	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als u bij de toepassing van de hardheidsclausule de solvabiliteit van de onderneming meeneemt als voorwaarde voor een hogere vergoeding, dan zou u ook een vergoeding moeten betalen voor het eigen vermogen dat de onderneming momenteel inzet voor de bedrijfsvoering. Banken vragen momenteel een vergoeding van minimaal 4% voor geldverstrekkingen, dan is een minimale vergoeding tot dat percentage voor risicodragend kapitaal op zijn plaats. Bent u bereid om - als u vasthoudt aan het hanteren van de financiële positie bij het toepassen van de hardheidsclausule - ook een redelijke vergoeding voor dat eigen vermogen te betalen?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Bij het beoordelen van de hardheidsclausule wordt het eigen vermogen meegewogen. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
561	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Volgens ons dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij zien dit anders. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.

562	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In de tariefonderbouwing wordt geen rekening gehouden met investeringen voor zorgaanbieders. Doordat het tarief laag is blijft er geen ruimte over voor investeringen, hierdoor zijn de tarieven niet reëel. Kunt u toelichten waarom geen rekening wordt gehouden met investeringen?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een 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.
563	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De belangrijkste vraag bij het richttariefpercentage is o.i. van welk bedrag dit percentage is afgeleid. Kunt u de 100% tarieven per ZZP aangeven en zo nee, wanneer verwacht u deze te kunnen publiceren?	De maximumtarieven (100% tarieven) worden gepubliceerd door de NZa, voor vragen omtrent de publicatie van de nieuwste maximumtarieven verwijzen wij dan ook naar de NZa. Indien u doelt op de maximumtarieven van 2021, die gebruikt zijn in het model, verwijzen wij de naar de beleidsregels van de NZa waarin deze genoemd staan.
564	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het ermee eens dat de berekening van het richttariefpercentage gebaseerd moet zijn op de zorgexploitatie, en niet de vastgoedexploitatie, dat dit kostendekkend moet zijn omdat het anders impact heeft op de vastgoedcomponent? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
565	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Aanvullend heeft de organisatie naar verwachting nog steeds in 2024 te maken met een hoger langdurig verzuim waaronder een aantal ernstige long-Covid situaties onder medewerkers, in hoeverre is in het richttariefpercentage van 95,5% rekening gehouden met betreffende lasten en indien dit onvoldoende het geval is, staat het zorgkantoor open om hiervoor een opslag te verstrekken?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
566	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In het voorschrift zorgtoewijzing staat beschreven dat no-show niet gedeclareerd mag worden aangezien dit in het tarief is verdisconteerd. Zorgaanbieders worden geconfronteerd met een hoog percentage no-show, dit geld met name voor de Kinderdienstencentra (KDC). Nu het richttariefpercentage lager uitvalt legt dit nog meer financiële druk op de exploitatie. Wat gaat het zorgkantoor hier aan doen?	Deze regels rondom no show zijn vastgelegd in NZa-regelgeving. Indien u van oordeel bent dat deze kostenontwikkeling onvoldoende is meegenomen in de NZa-tarieven is het is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
567	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wij lezen dat bij de onderbouwing van het richttariefpercentage de zorgkantoren uitgaan van bronnen uit 2021. Op dit moment zijn de gegevens van onze organisatie over 2022	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Zorgkantoren zullen jaarlijks op

		bekend en kunnen deze worden toegepast. Ook is er inmiddels zicht op de gestegen kosten in 2022 en de eerste periode 2023. Wij willen dan ook vragen om deze informatie mee te nemen in de berekening van het richttariefpercentage. Hoe kijkt het zorgkantoor hier naar?	basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
568	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u de onderliggende berekening van het richttariefpercentage delen aan de hand van een voorbeeld? Welke berekeningscomponenten zijn toegepast? Indien u deze berekening niet publiceert, waarom niet?	Bijlage 7 zal worden aangevuld met een rekenvoorbeeld op basis van een fictieve aanbieder. De onderdelen/componenten van de berekening staan in de bijlage, specifiek bij deel 1 (bepalen zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).
569	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voospeller voor het jaar 2024?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. 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. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
570	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom wordt het grotere deel beschikbaar voor de maatwerkafspraken niet toegevoegd aan het sectorpercentage? Ook in het kader van administratieve lasten vermindering. Waarom heeft u deze keuze gemaakt?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven.
571	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is de ZVW en WMO omzet weggenomen uit de Wlz tariefberekening? Indien zorgaanbieders grotendeels Wlz gefinancierd zijn, werkt de statistische verdeling dan tegen ons?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
572	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Voorheen ontvingen we kwaliteitsgelden om te investeren in personeel en kwaliteit. Inmiddels is het aantal personeel afgenomen en staat de kwaliteit onder druk. Zorgaanbieders staan voor grote opgaven, waarbij de tarieven enkel afslagen kennen. Vertelt u eens, waar zijn de zorgkantoren nu mee bezig? Hoe ziet u dit voor zich in de toekomst? Want wij als zorgaanbieder begrijpen deze richting niet meer, we zijn het oprecht kwijt.	Onze doelen zijn geformuleerd in onze visie op duurzame toegang tot langdurige zorg. In het inkoopbeleid leest u hoe zorgkantoren hier in de regio invulling aan geven.

573	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom kiest u niet voor transparantie, door een X bedrag voor de regio om te besteden. Hoezo kan het niet op die manier?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. 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. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
574	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U maakt gebruik van de jaarverslagen 2021. Vindt u 2021 financieel representatief en een goede voospeller voor het jaar 2024? Welke waarborgen heeft u in de berekening gebouwd om alle verschillen juist mee te nemen?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. 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. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
575	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft de onderbouwing is transparant en uitlegbaar. Wij maken hier bezwaar tegen. Waar staat deze transparantie? Kunt u een transparant document met de onderbouwing hiervoor aanleveren?	In bijlage 7 hebben we toegelicht op basis van welke bronnen en met welke modelkeuzes wij tot de richttariefpercentages per sector zijn gekomen. Wij zijn van mening dat wij hiermee voldoen aan onze transparantieverplichtingen.
576	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft zorgkantoren moeten rekening houden met bepaalde organisatie specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing , wat verstaat u onder significante impact? Welke bepaalde organisatie specifieke aspecten zijn dit?	Bij organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw moet o.a. gedacht worden aan de rol die de aanbieder speelt in de regio en eventueel specifiek zorgaanbod. Of iets significant is, is afhankelijk van de omstandigheden. Dit wordt beoordeeld bij de hardheidsclausule.
577	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Geschreven wordt dat de jaarverslagen 2021 zijn gehanteerd bij de onderbouwing van het richttariefpercentage VVT. Kunt u daar inzicht in geven? Zijn de richttarieven gecorrigeerd voor incidentele opbrengsten (bijvoorbeeld COVID-19 compensaties) en andere neveneffecten als uitstel projecten en activiteiten? Graag ontvangen wij de berekeningsmethodiek welke ten grondslag aan het nu voorgestelde richttarief.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz.. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties

			uitgevoerd. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
578	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Krijgt de zorgorganisatie te horen van het zorgkantoor of deze ja/nee outlier is?	Er wordt niet gedeeld of uw organisatie een outlier was in de berekening. Om de eigen positie t.o.v. het richttariefpercentage te bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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 wordt bepaald dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttariefpercentage uit dan valt de aanbieder in de 25% groep.
579	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Artikel I. G Wat wordt er jaarlijks aangepast bij een 3-jarige overeenkomst? Wordt tariefpercentage jaarlijks aangepast o.b.v. actuele kosten ontwikkelingen? Indien dit niet het geval is, dan maken we hier tegen bezwaar.	Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. 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.
580	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT-sector?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Dit zijn ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
581	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het is volstrekt onduidelijk en ontransparant welke jaarverslagen van welke organisaties precies zijn gebruikt voor het richttariefpercentage, alleen dat ze uit 2021 komen. Het is in ieder geval zeker dat 2024-2026 qua financiële situatie een heel andere tijd wordt dan 2021. In hoeverre is er rekening gehouden met de gestegen kosten de afgelopen jaren en de verwachting van de komende stijging van kosten de komende jaren? Graag uw toelichting.	Voor alle Wlz-sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn. Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

582	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De indexeringen van de NZa dekken niet de daadwerkelijke kostenstijgingen in onze sector en de NZa-tarieven zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2016. Hoe heeft het zorgkantoor ervoor gezorgd dat het richttariefpercentage, welke is gebaseerd op databronnen uit 2021, leidt tot een reëel tarief voor de gehele periode 2024 - 2026?	Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor de komende jaren. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
583	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kan het zorgkantoor aangeven welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector en hoe de selectie heeft plaatsgevonden?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
584	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven op welke wijze u in uw tariefsystematiek de onderstaande voorwaarden onderbouwt: Er is rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid (loonstijgingen, arbeidsmarkt krapte, gestegen energieprijzen, vergrijzingetc.); De kostprijs van de te leveren zorg door een redelijk efficiënt functionerende aanbieder moet tot uitgangspunt worden genomen; Er hoeven geen tarieven te worden vergoed die voor elke aanbieder kostendekkend zijn, omdat dan de duurste aanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen; Er is acht geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties; Er is rekening gehouden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kosten verschillen; De prijs niet zodanig laag vaststellen dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juist en kwalitatief toereikende zorg.	Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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.
585	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt in de VVT sector, allemaal of een gedeelte? Indien een gedeelte; hoe heeft de selectie plaatsgevonden?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

586	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In welke mate is er in het inkoopbeleid rekening gehouden met organisatie specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw van een zorgaanbieder? Kunt u dit toelichten?	Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met eventuele kostenverschillen volgend uit organisatie-specifieke aspecten.
587	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector? Zijn deze representatief voor de gehele VVT-sector in Nederland? Zo niet, dan maken wij hiertegen bezwaar. Wij verzoeken u spoedig te reageren op de vraag c.q. te antwoorden gelet op de vervaltermijnen om een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
588	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat maakt dat het richttarief gebaseerd is op 2021? Waarom is deze overweging gemaakt niet op jaar 2022 en het eerste half jaar van 2023 ? Het jaar 2021 kende in veel mindere mate een hoge inflatie zoals jaar 2022. De hoge inflatie zet ook in 2023 door. Dit baart zorgen over het richttarief 2021 en acht ik dan ook niet reëel. Tevens spelen er CAO ontwikkelingen (in 2022 is er al een loonsverhoging geweest) en naar verwachting komen die ook in 2024 en verder...	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa.
589	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven waarom u bij de bepaling van het richttarief gebruikt maakt van een verouderd kostprijsonderzoek uit 2021?	Er is geen gebruik gemaakt van een 'kostprijsonderzoek uit 2021'. Wel zijn de jaarverslagen van 2021 een gegevensbron geweest voor de bepaling van de richttarieven. Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
590	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In deze paragraaf staat vermeld dat deze extern is gevalideerd. Kunt u aangeven welke partij deze externe validatie heeft uitgevoerd? Graag ontvangen wij de naam of achtergrond van deze partij.	Zorgkantoren hebben PwC gevraagd voor deze externe validatie. Toelichting PwC: “PwC heeft de ‘conceptual Soundness’ van het ‘Model Tariefonderbouwing Wlz 2024’ beoordeeld. Dat betekent dat PwC een wiskundige validatie heeft uitgevoerd op het model dat een landelijk sectorspecifiek tariefpercentage berekent. PwC doet geen uitspraak over de implementatie en over impact van het model in de praktijk door zorgkantoren, zoals regionale of aanbieder specifieke factoren. Ook kan PwC geen uitspraak doen over het model in verhouding tot de andere modellen van bijvoorbeeld zorgaanbieders (relatieve kwaliteit), maar wel ten opzichte van het model 2021. PwC geeft geen overall kwalificatie van de opzet van het model.”

591	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het richttariefpercentage is gebaseerd op de jaarcijfers 2021. Inmiddels is de wereld en de zorgsector in 2023 drastisch veranderd. Veel VVT zorgaanbieder laten in 2022 al een verlies zien. De eerste doorrekening van 2024 met dit richttariefpercentage, de landelijke korting en mogelijke verschil tussen de cao en de indexeringen van de NZa laten per zorgaanbieder ernstige tekorten zien. Is in dat licht dit richttariefpercentage een goed uitgangspunt?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. 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 macrokader en de maximumtarieven.
592	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U schrijft dat u voor de bepaling van het tarief bronnen (jaarverslagen, declaratiegegevens en NZa maximumtarieven) uit 2021 heeft gebruikt. Gezien de effecten van de Covid-pandemie in 2021 en de diverse compensatieregelingen over 2021 is dat jaar toch niet representatief? Of vindt u dat wel? Zo ja, kunt u uitleggen waarom?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
593	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U beschrijft hoe u de richttarief percentages heeft berekend. De minister van VWS heeft op 17 april de tweede kamer geinformeerd (kamerbrief met kenmerk 3562662-1045844-LZ) dat zij de WLZ-tarieven met circa 1,2% door de NZA laat verlagen. Heeft u hiermee rekening gehouden bij totstandkoming van het richttariefpercentage? Zo nee, waarom niet? Dit komt niet terug in de tekst van de onderbouwing.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
594	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorginkoopdocument 2024 sector GZ, par. 5.1) Het tarief moet op grond van het proportionaliteitsbeginsel in redelijke verhouding staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een	Voor het berekenen van de richttariefpercentages zijn de kostengegevens (uit de jaarrekening) in beschouwing genomen en niet de vermogenspositie van de zorgaanbieder.

		prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet?	
595	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	Kunt u bevestigen dat doelmatigheid (igv de bepaling van het richtpercentage) vooral betrekking heeft op de kostensfeer en niet zozeer op de wijze waarop zorg inhoudelijk verleend wordt? Als dit bevestigend wordt beantwoord, vinden wij het bezwaarlijk dat zorgaanbieders niet nader geconsulteerd zijn bij de interpretatie van de berekening van het tariefpercen-tage. Ook als zorgaanbieder moeten we kunnen oordelen of er voldoende argumenten zijn om dit (landelijk, eenzijdig door ZN) vastgestelde percentage te kunnen beoordelen. Een reëel tarief moet immers voor alle partijen acceptabel zijn.	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uit-gangspunt 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 standgehou-den. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefper-centages, 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 tarief-bepaling. 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 be-ginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
596	2. De onderbouwing van de richt-tariefpercentages per sector	De jaarrekening cijfers zeggen onvoldoende over exploitatie resultaten op zorgprestaties. Het bronjaar 2021 is niet repre-sentatief, omdat er sprake was van coronacompensatie en uitgestelde kosten door de beperkende maatregelen. Daar-naast zorgt deze methode voor een race naar de bodem. Waar ligt de minimum grens van tariefstelling voor het zorg-kantoor? Waarom hanteert het zorgkantoor een uithollende berekeningsmethode? Waar stelt het zorgkantoor een niet representatief bronjaar? Betekent het gestelde beleid dat bij een negatief totaal jaar de kortingen lager worden?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richt-tariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorg-kantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumper-centage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. Uw vraag naar een minimumgrens voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet be-antwoorden. Met betrekking tot uw vraag over de uithollende methode wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttarief-percentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor ex-tra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de Zin

			gerelateerde Wlz kosten. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
597	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Als bron wordt gebruikt: 'De meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz (V&V, GZ en GGZ)'. Dit is terugkijkend en zorgaanbieder acht dit bezwaarlijk. De contractering is namelijk vooruitkijkend. Wat garandeert dat het richttariefpercentage voldoende is voor de toekomst en een reëel tarief biedt conform de uitspraak van de rechter?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
598	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Door elk jaar een ander kortingspercentage te hanteren heeft consequenties voor langdurige afspraken. Het lijkt of de risico's alleen bij de zorgaanbieder worden gelegd. welke continuïteit kan het zorgkantoor garanderen?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
599	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat is zodanig laag bij de geformuleerde uitgangspunten, hoe stel je dat vast? kunt u dit nader toelichten?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage

			is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
600	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wat zijn de gelegitimeerde regionale of onderbouwde kostenverschillen zoals geformuleerd bij de uitgangspunten? kunt u hier voorbeelden van geven?	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 macrokader en de maximumtarieven.
601	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De NHC zal 8% gaan dalen. Blijft dit daarna stabiel voor de jaren 2025 en 2026?	De NZa stelt de maximum tarieven vast voor de Wlz. Deze vraag dient u daarom voor te leggen aan de NZa.
602	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is er al bekend wat de NZa tarieven voor 2024 zullen gaan worden, c.q. met welke indexatie kan als richting gebruikt worden?	Voor deze vraag verwijzen we u naar de NZa.
603	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Hoe wordt de afweging gemaakt door het zorgkantoor als het richttariefpercentage bijgesteld wordt? Welk kader wordt er toegepast hiervoor?	Zorgkantoren beoordelen jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten. Deze uitgangspunten vormen derhalve het kader voor deze beoordeling.
604	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bent u het met ons eens dat bij de vaststelling van een reëel tarief ook rekening gehouden moet worden met een reële risico-opslag. Het is immers vaste jurisprudentie dat er bij het vaststellen van een reëel tarief ook rekening wordt gehouden met een risico-opslag. Is hiermee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk

			benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
605	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u ons garanderen dat 'het landelijk richttariefpercentage voor zorg in de V&V' van 95,5%een reëel kostendekkend tarief oplevert?	Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
606	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Het verwachte positieve resultaat is volgens de onderbouwing van het richttarief tenminste € 0. Een organisatie die een resultaat < 1% van de opbrengsten haalt, is volgens de meeste banken niet financieel gezond. Daarnaast heeft ZN in 2021 gemeld dat zij	Dit is geen vraag.
607	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre is het richttariefpercentage onderhandelbaar? Waarom wel/niet?	Het richttariefpercentage is niet onderhandelbaar. Het richttariefpercentage is het (objectieve) resultaat van een berekening op basis van data uit de jaarverslagen van 2021 (ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarverslagen). Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.
608	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In hoeverre staat het richttariefpercentage vast in de jaren 2024-2026? Stel dat het percentage volgend jaar zakt naar 95% of stijgt naar 96%. Welk beleid volgt het zorgkantoor hier dan in? Beweegt dit mee of blijft dit vast staan?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
609	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is het realistisch gezien de macro-economische ontwikkelingen dat nog steeds 75% van neutraal of positief resultaat heeft? Kunt een berekening laten zien op basis van de cijfers van 2023?	Een berekening op basis van cijfers van 2023 is op dit moment uiteraard nog niet mogelijk, het is immers pas medio 2023. 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
610	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom is ervoor gekozen het richttariefpercentage te baseren op 2021? In hoeverre is er rekening gehouden met o.a. de enorme inflatie en toenemende personeelskosten?	Er is gekozen voor data over boekjaar 2021 omdat dit tot op heden de voor zorgkantoren meest recent beschikbare gegevens zijn. 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.

611	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 van de visie staat o.a. dat zorgkantoren gezamenlijk in overleg gaan met de overheid om een realistisch meerjarig financieel kader onder de aandacht te brengen dat doorloopt (ook na de huidige kabinetsperiode) en die ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen. Dit vraagt ook een inhoudelijke onderbouwing van de kortingen in het macrokader uit het coalitieakkoord. Kan het zorgkantoor aangeven wat er wordt verstaan onder doelmatige tarieven (wanneer is het doel bereikt en komt er rust in de financiering?). Heeft het zorgkantoor de zorgen van zorgaanbieders voor 2024 ook onder de aandacht gebracht in relatie tot de stijgende kosten?	Doelmatige tarieven zijn tarieven waarvoor een gemiddeld redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder zorg kan verlenen die voldoet aan de geldende kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden. De zorgen van zorgaanbieders voor 2024 hebben wij ook besproken met het ministerie van VWS en de NZa.
612	3. Het richttariefpercentage per sector	We maken bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
613	3. Het richttariefpercentage per sector	Komen er aanvullende middelen beschikbaar indien een zorgaanbieder relatief veel kleine groepsgrootte (groepsgrootte 6 en 7) in haar vastgoed heeft waardoor het niet reeel is om te verwachten dat er een zelfde doelmatigheid wordt behaald als zorgaanbieders met grotere groepsgroottes? Zo nee, waarom niet?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
614	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe worden zorgaanbieders ondersteund bij de verduurzaming van de sector conform de doelen van de Green Deal 3.0, terwijl het voornemen is van de NZa om de NHC component per 1-1-2024 fors (-8%) te verlagen? Kunt u concreet aangeven hoe deze doelen van de Green Deal 3.0 concreet worden bereikt terwijl de financiële middelen beperkt worden en de kosten stijgen? Hoe ziet het Zorgkantoor dit voor zich? Zou u uw antwoord willen motiveren?	We sluiten aan bij de doelen uit de Green Deal 3.0 welke mede door de branches zijn ondertekend. Het kabinet heeft in de voorjaarsnota van 2023 aangegeven dat zij geld vrijmaakt om de zorg te verduurzamen en ter ondersteuning van de green deal 3.0. Voor de periode van 2023 tot en met 2026 wordt eenmalig 42 miljoen euro ter beschikking gesteld. De NZa heeft de investeringsbedragen van de NHC vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van het verduurzamen van vastgoed. Voor de langdurige zorg bedraagt de verhoging jaarlijks 0,18% met ingang van 2019 over het investeringsbedrag exclusief grond gedurende 30 jaar. Voor volgende jaren gelden andere ophogingspercentages. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.
615	3. Het richttariefpercentage per sector	U geeft aan dat ingezet wordt op passende zorg en kwaliteit. Door de aangekondigde bezuinigingen op de tarieven en de reeds en nog te verwachten kostenstijgingen (cao, energie	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren

		etc.) is het zeer waarschijnlijk dat de zorgexploitatie structureel in de rode cijfers zal belanden, tenzij de aanspraak van de cliënt en de kwaliteit van zorg (lees: personele inzet) wordt verlaagd. Bent u bereid om met andere partijen (VWS, NZa, ZIN, IGJ) dit aan de orde te stellen?	hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
616	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttarief percentage was in het inkoopbeleid van 2023 95,8% (dus 0,3%) hoger dan het richttariefpercentage van het inkoopbeleid 2024 (95,5%)? Hoe kan het dat het richttarief lager is in 2024, terwijl we te maken hebben door hoge inflatie oplopende kosten, hoge energieprijzen en vanwege personele krapte en CAO stijgingen hogere personele kosten? Op voorhand is al bekend dat door de gestapelde kortingen (NHC en korting op het zorgdeel van het tarief) het maximumtarief NZa lager zal zijn waarop het richttariefpercentage wordt toegepast. Er is dan dus sprake van een dubbele korting: richttariefpercentage is lager en het NZa-maximumtarief is door de gestapelde korting ook lager. Daarmee wordt ik als VVT-aanbieder voor een flinke bezuinigsopdracht gesteld in een tijd van stijgende kosten en een toenemende vraag, die niet zomaar door efficiënter werken met gelijkblijvende kwaliteit kan worden gerealiseerd. Ik maak dus op voorhand bezwaar tegen deze systematiek van het richttarief percentage.	In antwoord op uw vraag: het model om te komen tot een richttariefpercentage is op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt van gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021). De doorontwikkeling van het model betekende onder andere dat er meer zorgaanbieders konden worden geïncludeerd in de analyses en dat er per sector een richttariefpercentage kon worden bepaald in plaats van een gemiddelde over alle sectoren. Dus zowel het gebruik van de meest recente jaarrekeningen als de doorontwikkeling van het model leiden tot de huidige uitkomsten.
617	3. Het richttariefpercentage per sector	We delen met het zorgkantoor de opgaven die er liggen in de langdurige zorg: de toegankelijkheid, bemensbaarheid en betaalbaarheid staan onder druk. Het zorgkantoor stelt dat er voor het richttariefpercentage 75% kostendekkend kan werken: 1. Kostendekkend in definitie van het zorgkantoor is een resultaat van 0, terwijl onze financiers (banken, WFZ) etc., uitgaan van een rendement van 2%. Het is niet werkbaar als verschillende stakeholders andere normen hanteren? Kan worden toegelicht waarom wordt afgeweken van de algemeen geldende normen van financiers? Enige risico opslag lijkt ons wenselijk? Hoe is dat verwerkt?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risicoopslag. 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.
618	3. Het richttariefpercentage per sector	De zorgkantoren stellen dat er voor het richttariefpercentage 75% kostendekkend kan werken: Als door deze stelling een kwart van de VVT-sector failliet kan gaan, dan wordt de druk op de andere aanbieders groter. Een toenemende vraag met minder aanbieders oplossen, staat haaks op de opgaven die er liggen. We hebben toch iedereen nodig die kan bijdragen? Waarom is 75% als kostendekkend gekozen en niet 85%, 90% 0f 95%? Zijn de jaarverslagen van 2021 geschoond	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van

		geweest voor de incidentele bedragen voor COVID, productieverlies en uitgestelde projecten? Zo ja, hoe is dat verwerkt en zo nee, waarom niet? Is 2021 dan wel een goed uitgangspunt voor kostendekkendheid?	kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen." Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Voor productieverlies en uitgestelde projecten is niet gecorrigeerd. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
619	3. Het richttariefpercentage per sector	De jaarrekeningen 2022 zijn per 1 juni 2022 gedeponeerd. Kan het zorgkantoor aantonen dat met de jaarrekeningen 2022 nog steeds met 95,5 % als richttarief een neutraal of positief resultaat mogelijk is voor 75% van de VVT-aanbieders? Als uit die toets, blijkt dat niet meer 75% neutraal of een positief resultaat behaalt bij 95,5%, is het zorgkantoor dan bereid het richttarief percentage te verhogen, omdat het uitgangspunt dan niet meer geldt?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
620	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttarief percentage is geen gemiddelde, geen minimum, basis of maximumtarief. Wat is het dan wel? Het zorgkantoor noemt dit een uitgangspunt voor het vormgegeven inkoopbeleid. In de uitwerking is het toch een basistarief (minimum tarief kan niet omdat historische lage tarieven blijven bestaan, gemiddeld is ook niet omdat het is bepaald op basis van 75% percentiel op basis van jaarrekening 2022? Waarom niet zo noemen dan? Deze semantische toelichting leidt niet tot extra duidelijkheid voor de tariefbepaling.	Zorgkantoren hebben in lijn met de afgelopen jaren gekozen voor de term richttariefpercentage. Zoals toegelicht in het beleid dient het richttariefpercentage als een landelijk uitgangspunt voor de tariefstelling door zorgkantoren.

621	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe verantwoord het zorgkantoor het feit dat door het "bewust" accepteren dat 25% van de VVT instellingen met het richttarief een verlies lijdt en er dus door 25% van de instellingen geen investeringen kunnen worden gedaan in de zo nodige transitie van de ouderen zorg.	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
622	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe verhoudt het korten van de tarieven zich met de beweging naar onder meer digitaal als het kan? Dit vergt investeringen die niet gedekt worden door het resterende tarief en eventueel aanvullende subsidies. Vindt het zorgkantoor niet dat zij hierdoor juist de beweging beknot in plaats van in gang zet?	De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van gewogen gemiddelde kostendekkende maximumtarieven. Deze moeten ook voldoende ruimte bieden voor het verlenen van digitale zorg. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en dient als uitgangspunt voor de tariefbepaling door zorgkantoren. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen waarmee ook de beweging naar digitaal als het kan gemaakt kan worden.
623	3. Het richttariefpercentage per sector	Zorgkantoren moeten een reëel en kostendekkend tarief aan zorgaanbieders bieden. Dit blijkt uit jurisprudentie. Hoe kijkt het Zorgkantoor naar de stelling van de minister dat de NZa de tarieven moet verlagen en daarmee vele zorgaanbieders in de problemen zullen komen omdat zij niet meer kostendekkend kunnen werken?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
624	3. Het richttariefpercentage per sector	Een aantal jaren geleden is er in het macrokader van VWS ongeveer 2 miljard euro vrijgespeeld om de kwaliteit van de VVT zorg op peil te brengen. De combinatie van het huidige VWS beleid (landelijke kortingen) en ZN beleid (extra kortingen) heeft ons inziens als risico dat de doelstellingen van deze extra middelen en bereikte resultaten onder druk komen te staan. Onze belangrijkste vraag is om ook de doelstellingen van de kwaliteitsmiddelen te borgen in de te maken afspraken voor 2024. Hierna is een aantal meer technische vragen geformuleerd.	Deze kwaliteitsgelden voor de verpleeghuizen zijn sinds 2022 geland in de NZa-tarieven. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven.

625	3. Het richttariefpercentage per sector	Wij maken bezwaar tegen het voor 3 jaar vaststellen van het richttariefpercentage. Gegeven de systematiek zou een jaarlijkse vaststelling voor de hand liggen, immers de financiële resultaten van instellingen zijn elk jaar anders en er wordt in de huidige systematiek geen rekening gehouden met het toekomstig budgettair kader, tariefaanpassingen en autonome kostenstijgingen. Bent u bereid het percentage jaarlijks vast te stellen. Zo nee, waarom niet?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
626	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 staat dat bij de overheid onder de aandacht wordt gebracht dat er sprake moet zijn van een realistisch meerjarig financieel kader met ruimte voor doelmatige reële tarieven. Hoe verhoudt dit zich met het verlagen van het richttariefpercentage in relatie tot de stijgende kosten voor personeel (Cao) en inflatie?	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. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
627	3. Het richttariefpercentage per sector	Innovatie in de vorm van zorgtechnologie en andere inzet van ICT vraagt om enorme investeringen. Hoe gaat u faciliteren dat deze transformatie inderdaad gemaakt kan worden en er voldoende budget voor beschikbaar wordt gesteld?	Financiering van innovaties vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. Mogelijk hanteert uw zorgkantoor een opslagpercentage voor het stimuleren van innovatie. Daarover leest u dan meer in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
628	3. Het richttariefpercentage per sector	Het richttariefpercentage is vastgesteld op 95,5%. Bent u bereid om het richttariefpercentage afdoende te verhogen als	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde

		de stijging van de kosten (cao, energie, PNIL etc.) hoger is dan de indexering van de tarieven?	indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
629	3. Het richttariefpercentage per sector	U geeft aan wanneer en op welke manier bezwaar gemaakt kan worden. We kunnen tot 20 juli alleen bezwaar maken als we over datzelfde item al een vraag hebben gesteld in de NVI. We hebben vernomen dat VWS de NZA een aanwijzing wil geven om de NZA (100%) tarieven te verlagen. De NZA tarieven zijn niet zomaar tot stand gekomen maar gebaseerd op een kostprijsonderzoek. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze (mogelijke) korting op de tarieven? Kunt u aangeven hoe u de houdbaarheid van de WLZ zorg en de toereikende salariëring van WLZ professionals inschat als deze aanwijzing realiteit wordt?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
630	3. Het richttariefpercentage per sector	In de afgelopen jaren is onze instelling steeds in staat geweest om een kostendekkend exploitatie te voeren. We hebben een interne doorrekening gemaakt aan de hand van de voorgestelde contractvoorwaarden en komen tot de conclusie dat we niet tot een kostendekkende exploitatie kunnen komen. Dat is een situatie die niet is vol te houden de komende jaren. Wij zullen door de tariefverlaging uit het coalitieakkoord niet meer kostendekkend kunnen werken. In hoeverre mogen we terugvallen op de jurisprudentie hierover, die stelt dat het zorgkantoor een reëel en kostendekkend tarief moet bieden?	Het model om te komen tot een richttariefpercentage is - in lijn met jurisprudentie - op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021). 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.
631	3. Het richttariefpercentage per sector	In navolging op bovenstaande vraag; In hoeverre bent u bereid om samen met de zorgaanbieders stelling te nemen richting VWS om zo te komen tot een reëel kostendekkend tarief?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
632	3. Het richttariefpercentage per sector	welk percentage heeft u gebruikt voor "redelijke" overheadkosten?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.

633	3. Het richttariefpercentage per sector	u heeft een richttariefpercentage vastgesteld waarmee 75% van de aanbieders een tarief betaald krijgen waarmee een positief of neutraal rendement mogelijk zou zijn. is 2021 representatief voor 2024? en waar baseert u dit op?	Zorgkantoren gaan ervanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
634	3. Het richttariefpercentage per sector	wat zou een passend of wenselijk rendement in procenten zijn volgens u voor een zorgaanbieder? en waar baseert u dit op?	Zoals uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.
635	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe wordt de afwijking in richttariefpercentage voor de drie sectoren onderbouwd?	De drie sectoren bestaan uit verschillende aanbieders. Voor de V&V is gekeken naar V&V aanbieders, voor de GHZ naar GHZ aanbieders en voor de GGZ naar GGZ aanbieders. Aangezien de groep aanbieders tussen iedere sector verschilt zullen ook de uitkomsten bij bepaling van het 75ste percentiel van iedere groep/sector niet exact overeenkomen.
636	3. Het richttariefpercentage per sector	In hoeverre is er in het tariefpercentage rekening gehouden met de veranderende samenleving waarin zorg geleverd wordt: loonstijgingen, arbeidsmarktkrapte, gestegen energieprijzen, vergrijzing?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. 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.
637	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 14 zegt u in ZN verband het volgende: 'Een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reele tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen'. Waaruit blijkt dat zorgkantoren zijn gehouden aan het bieden van reëel, kostendekkend tarief?	Wij gaan ervanuit dat de vraagsteller bedoelt te vragen hoe uit het beleid van zorgkantoren blijkt dat zij gehouden zijn aan het bieden van reële en kostendekkende tarieven. Ons antwoord hierop luidt als volgt. Zorgkantoren hebben uitvoerig onderzoek gedaan om te komen tot het model van de richttariefpercentages. Tevens zijn alle hierbij gemaakte modelkeuzes extern gevalideerd. Het richttariefpercentage maakt daarnaast onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek, met naast het richttariefpercentage zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
638	3. Het richttariefpercentage per sector	Tijdens de consultatiebijeenkomst van 6 juni jl. gaf u aan dat het richttariefpercentage niet onderhandelbaar is. ActiZ heeft	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule.

		aangegeven dat wel onderhandelbaar is. Kunt u nader motiveren waarom dit niet onderhandelbaar is?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. Dit is een vast percentage en daarmee niet onderhandelbaar. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
639	3. Het richttariefpercentage per sector	Pg 14, 3de bullit: ZN blijft aandacht vragen voor “Een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reele tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen. Dit vraagt ook een inhoudelijke onderbouwing van de kortingen in het macrokader uit het coalitieakkoord.” We hebben er mee te maken dat VWS een daling van het tarief heeft aangekondigd, omliggende sectoren realiseren verhogingen in de cao waarbij de cao VVT niet achter kan blijven, hogere energietarieven, inflatie. Ons regionaal zorgkantoor biedt een lager tarief dan voorgaande jaren. Wij vinden dat de tarieven binnen deze context niet reëel zijn. Blijkbaar vindt ZN en de zorgkantoren de tarieven wel reëel, gezien het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Waar ligt voor ZN de grens wat betreft de zorgtarieven? Vanaf welke grens vraagt ZN niet alleen aan de zorgorganisaties om samen de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg te waarborgen – maar stelt ze een grens aan het ministerie, dat voor dat tarief geen goede langdurige zorg meer kan worden geleverd.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
640	3. Het richttariefpercentage per sector	Is er in het tarief bekostiging voor e-Health? (systemen etc.) of budget voor opschalen van innovaties binnen WLZ?	Financiering van innovaties vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. Mogelijk hanteert uw zorgkantoor een opslagpercentage voor het stimuleren van innovatie. Daarover leest u dan meer in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
641	3. Het richttariefpercentage per sector	Wat is de maximale risicobandbreedte bij wijzigingen? Bijvoorbeeld maximaal een impact van 0.2 %	Het is uit uw vraag niet duidelijk op welke risicobandbreedte of impact u hier precies doelt. Wij kunnen deze vraag daarom helaas niet beantwoorden.
642	3. Het richttariefpercentage per sector	Heeft u rekening gehouden met de vermogenspositie van zorgaanbieders bij de bepaling van het resultaat? Zo ja, hoe verhoudt zich dit met de eis dat een tarief uit moet gaan van de kosten van een redelijk efficiënt functionerende	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen. Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In

		zorgaanbieder? Gaag ontvangen wij het rapport waarin de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 is weergegeven en deze te publiceren.	verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
643	3. Het richttariefpercentage per sector	Klopt het dat de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
644	3. Het richttariefpercentage per sector	Indien de tariefpercentages uit bijlage 8 alleen gelden voor 2024, op welke wijze bent u voornemens de tariefpercentages voor 2025 en 2026 te berekenen	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
645	3. Het richttariefpercentage per sector	Indien de tariefpercentages uit bijlage 7 alleen gelden voor 2024, waarom meent u dat reeds nu van inschrijvers kan worden verlangd dat zij bij inschrijving onvoorwaardelijk akkoord gaan met tariefpercentages waarmee zij nog niet bekend zijn?	Zorgkantoren willen zorgaanbieders meerjarige zekerheid geven door middel van meerjarige contracten. In dit kader hebben zorgkantoren de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
646	3. Het richttariefpercentage per sector	Inkoopbeleid 2.1 Als het tarief o.b.v. 95,5% van het NZa tarief aantoonbaar niet dekkend blijkt te zijn bij gemiddelde doelmatigheid, bent u dan bereid het tariefpercentage aan te passen naar een reëel kostendekkend tarief? Zo nee, waarom niet?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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 richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in

			het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
647	3. Het richttariefpercentage per sector	Met 95,5% is het richttarief voor de sector V&V 0,3% lager dan over 2023. Wij zien dat de zorgkantoren dit lagere richttarief hanteren in hun inkoopbeleid 2024 en dit ook leidt tot een daling van het totale tarief na opslagen. In haar brief (kamerbrief met kenmerk 3562662-1045844-LZ) aan de tweede kamer inzake de voorgenomen tariefsverlaging van de WLZ-tarieven voor 2024, schrijft de minister van VWS echter het volgende: "Volledigheidshalve wijs ik erop dat het voor de daadwerkelijke realisatie van de beoogde opbrengsten niet alleen van belang is dat de NZa op grond van de voorgenomen aanwijzing haar maximum- en bandbreedtetarieven aanpast, maar ook dat de Wlz-uitvoerders deze aanpassing doorvertalen in hun prijsafspraken met zorgaanbieders. Dat betekent dat vanuit het oogpunt van de overheidsfinanciën van belang is dat de gemiddelde kortingspercentages die Wlz uitvoerders afspreken in hun contracten met zorgaanbieders niet worden verlaagd. Wlz-uitvoerders mogen zich daarbij gesteund voelen door de opdracht vanuit deze brief waaruit blijkt dat de maatregelen ertoe kunnen leiden dat de zorg met behoud van kwaliteit doelmatiger kan worden georganiseerd." Hoe verhoudt de verlaging van het richttarief percentage zich met deze uitspraak van de minister van VWS? De minister vraagt u toch juist om het percentage niet te verlagen?	Het model om te komen tot een richttariefpercentage is op verschillende onderdelen doorontwikkeld én er is gebruik gemaakt van gegevens uit de meest recente gepubliceerde jaarrekeningen (2021). De doorontwikkeling van het model betekende onder andere dat er meer zorgaanbieders konden worden geïncludeerd in de analyses en dat er per sector een richttariefpercentage kon worden bepaald in plaats van een gemiddelde over alle sectoren. Dus zowel het gebruik van de meest recente jaarrekeningen als de doorontwikkeling van het model leiden tot de huidige uitkomsten.
648	3. Het richttariefpercentage per sector	Op pagina 9 geeft u aan dat u inzicht wil in hoe de bedrijfsvoering is opgebouwd. Had u dit niet moeten doen voordat u het richttarief heeft vastgesteld?	Noch op pagina 9 van de door u geselecteerde bijlage, noch in de door u geselecteerde paragraaf 3 van deze bijlage hebben wij een opmerking over bedrijfsvoering kunnen terugvinden. Wij kunnen uw vraag derhalve niet plaatsen en (dus) niet van een adequaat antwoord voorzien.
649	3. Het richttariefpercentage per sector	Hoe ziet het Zorgkantoor het als passend dat er tariefkorting volgt als een zorgaanbieder kosteneffectief / lagere kostenniveau heeft? Met name ook in het licht voor de bedrijfsinvesteringen, digitalisering en opdracht vanuit het IZA.	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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.

650	3. Het richttariefpercentage per sector	Kunnen tarieven sneller bijgesteld dan de gebruikelijke OVA-systematiek? De vertraging leidt tot derving van inkomsten.	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
651	3. Het richttariefpercentage per sector	In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht. Dat is voor een individuele aanbieder hoog over. Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat? Of bij de organisaties die als 'outlier' buiten beschouwing zijn gelaten.	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.
652	3. Het richttariefpercentage per sector	Geldt het richttariefpercentage ook voor meerzorg? Indien nee, wat is het tariefpercentage voor meerzorg? Indien ja, waarom wordt er geen onderscheid gemaakt voor meerzorg? Meerzorg tarieven zijn niet kostendekkend, o.a. door overheadsopslag die niet vergoed wordt en PNIL die noodgedwongen moet worden ingezet.	Het richttariefpercentage is het vertrekpunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) komen er reële tariefafspraken tot stand. Het op die wijze met u afgesproken tariefpercentage geldt ook voor de meerzorg.
653	3. Het richttariefpercentage per sector	De NZA-tarieven worden vastgesteld na de deadline voor stellen van vragen en indienen van bezwaren. De NZA tarieven i.c.m. het richttariefpercentage bepalen de kostendekkendheid. Welke mogelijkheden voor indienen van bezwaren of stellen van vragen zijn er na vaststelling van de NZA-tarieven?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. De mogelijkheid tot het stellen van vragen en het maken van bezwaar nadat de NZa-tarieven gepubliceerd zijn, is echter niet nodig omdat bezwaar gemaakt kan worden tegen het richttariefpercentage met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gegeven. Wij geven geen nadere gelegenheid tot het stellen van vragen over de tarieven van de NZa omdat de zorgkantoren die niet vaststellen en zij ook aan de NZa-maximumtarieven gebonden zijn. Indien zorgaanbieders zich niet kunnen verenigen met de door de NZa vast te stellen tarieven is het voor zorgaanbieders raadzaam zich te wenden tot de NZa.
654	4. Resultaten per sector	Heeft de vorige week geconstateerde foutieve berekening door VWS van de prijsindexpercentage nog effect op het richttariefpercentage? Zo ja welk effect?	Nee, dit heeft geen effect op de hoogte van het richttariefpercentage.
655	4. Resultaten per sector	Is er bij de bepaling van het richttariefpercentage en dus het positieve, neutrale of negatieve resultaat van zorgaanbieders rekening gehouden met de benodigde investering(en) om de doelen uit het inkoopbeleid te behalen zoals bijvoorbeeld het implementeren van 3 bewezen effectieve innovaties? Zo nee, zou het richttariefpercentage dan niet hoger moeten zijn	In het model van het richttariefpercentage is geen standaard opslag verwerkt voor investeringen. 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

		om nog steeds 75% van de zorgaanbieders tot een positief resultaat te kunnen komen?	tot passende 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 de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
656	4. Resultaten per sector	In hoeverre is nagegaan wat de invloed is van de uitsluiting van outliers is geweest op de berekende marge? Zijn aanbieders onder de 75% gevallen nadat outliers zijn verwijderd?	Er zijn berekeningen uitgevoerd inclusief en exclusief outliers. In het geval van de GHZ en GGZ is het een beperkt aantal keer voorgekomen (samen nog op één hand te tellen) dat er aanbieders, na verwijdering van outliers, van de categorie niet-kostendekkend (25%) naar kostendekkend (75%) zijn overgegaan.
657	4. Resultaten per sector	De resultaat verdeling voor alle sectoren laat een gelijke verdeling zien (54%/21%/15%/10%). Hoe kan deze verdeling gelijk zijn gezien de verschillende profielen van de verschillende sectoren?	De verklaring voor deze verdeling bestaat uit twee elementen. Aan de ene kant is deze verdeling gedeeltelijk inherent aan het gebruik van het 75% percentiel, hieruit zal volgen dat ongeveer 25% van de aanbieders een negatief resultaat zullen hebben en 75% een positief of neutraal resultaat. Ten tweede zien we dat er meer aanbieders zijn die een 'hoog' positief resultaat (>2%) hebben dan een 'laag' negatief resultaat (<-2%), dit wekt de suggestie dat er sprake is van een licht scheve normaal verdeelde aanbieders groep, iets wat terug te zien is bij alle drie de sectoren. De scheefheid richting het positieve theoretische resultaat is naar verwachting een gevolg van het gegeven dat er in een markteconomie de prikkel bestaat tot winstmaximalisatie.
658	4. Resultaten per sector	Als het richtingspercentage voor onze organisatie niet tot kostendekkend tarief leidt, biedt het zorgkantoor dan een aanvulling om alsnog kostendekkend te kunnen werken en hoe voldoet het zorgkantoor aan de verplichting tot het bieden van een reëel tarief?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
659	4. Resultaten per sector	Waar komt de norm vandaan dat het richttarief percentage voldoende is als 75% van Wlz aanbieders hiermee een neutrale of positieve marge behaalt?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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.
660	4. Resultaten per sector	Wat zijn de uitgangspunten voor het berekenen van de kostenratio en wordt deze berekend?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document hetzelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. Wij passen bijlage 7 op dit punt aan.
661	4. Resultaten per sector	Op pagina 9 van de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u dat met een richttariefpercentage van 95,7%, 54% van de zorgaanbieders een theoretisch resultaat heeft van meer dan 2%. Op deze pagina wordt niet expliciet gemaakt dat het gaat om Wlz-resultaat. Kunt u bevestigen dat u met theoretisch resultaat ‘theoretisch Wlz-resultaat’ bedoelt en niet totaal resultaat van de zorgaanbieder? Zo nee, dan hebben wij hierbij bezwaren omdat deze onderbouwing bedoeld is voor het bepalen van het richttariefpercentage in de Wlz.	Hier wordt inderdaad een theoretisch Wlz-resultaat bedoeld. Berekend op basis van gedeclareerde aantallen Wlz-prestaties vermenigvuldigd met de tarieven op basis van het richttariefpercentage. Eventuele regionale opslagen zijn niet meegenomen. Naar aanleiding van deze vraag is dit verhelderd in bijlage 7.
662	4. Resultaten per sector	Een jaar geleden was volgens een zelfde soort onderzoek het richtpercentage nog aangepast naar 95,8%. Wat is er de afgelopen 2 jaar veranderd dat het richttarief percentage naar beneden kan?	Wat een mogelijke (gedeeltelijke) verklaring is, is dat het richttariefpercentage dat van toepassing is in 2022 en 2023 geldt voor alle sectoren. Met het doorontwikkelde model berekenen we een percentage per sector en we zien dat dit tot verschillende uitkomsten leidt.
663	4. Resultaten per sector	Is er in deze berekeningen rekening gehouden met het feit dat er een aantal kortingen in 2024 - 2026 op het tarief worden gerealiseerd, waardoor de marges kleiner of zelfs negatief worden?	Nee, de NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heeft VWS de NZa opdracht gegeven de korting te verwerken in de maximum tarieven, waarbij de zorgkantoren dit doorvertalen in de inkoopafspraken. De voor zorgkantoren beschikbare (regionale) contracteerruimte wordt hierop eveneens aangepast.
664	4. Resultaten per sector	Voor een gezonde bedrijfsvoering is een resultaat kleiner dan 2% eigenlijk niet voldoende. Waarom wordt er gekeken	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen, waarvan het

		naar groter dan 0% en niet groter dan 2%, financieel toekomst bestendige zorgaanbieders zijn toch ook in het belang van het zorgkantoor?	merendeel een resultaat van +2% of meer. 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 stand gehouden.
665	4. Resultaten per sector	Waarom wordt niet gewoon 100% van het NZA tarief uitgekeerd aan de zorgaanbieders? Voor dat tarief zijn toch al uitgebreide inschattingen en analyses gemaakt?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is.
666	4. Resultaten per sector	Als straks blijkt dat niet 75% van de aanbieders 0% of beter draait maar slechts 50%. Wordt het tarief dan nog naar boven bijgesteld, ook al geldt dit inkoopbeleid voor 3 jaar?	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
667	4. Resultaten per sector	Bij een richttariefpercentage van 95,7% heeft 75% van Wlz aanbieders een neutrale of positieve marge". De meeste aanbieders hebben nu een fors negatief zorgresultaat, wat gecompenseerd wordt door vastgoedresultaat. Daarnaast zijn investeringen uitgesteld en wordt er gespaard voor toekomstige investeringen (conform methodiek NHC) en wordt de NHC fors gekort. Is het daarmee niet onmogelijk en onjuist om op deze manier te bepalen of een zorgorganisatie een positieve marge heeft (op zorg)?	De situatie die u beschrijft is per zorgaanbieder verschillend. Het gebruik van NHC/NIC voor het compenseren van zorgresultaten verschilt sterk per organisatie. Omdat de correctie hiervan maatwerk vereist, is in dit model gekozen om het geheel van toepassing te laten zijn op alle kosten. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder.
668	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Geeft u hiermee aan dat 0% marge als resultaat gezien kan worden als uitkomst van gezonde bedrijfsvoering?	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 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.
669	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Hiermee stelt u 0% marge als norm. Houdt u hiermee rekening dat financierders van vastgoed andere normen (2% marge op de zorgexploitatie) hanteren?	Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. 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.
670	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Heeft u in beeld welk resultaat er behaald wordt op de	Nee, vanuit dit model hebben wij geen inzicht in het resultaat wat specifiek met de zorgexploitatie is gerealiseerd. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de

		zorgexploitatie? Zo ja, waarom maakt u dat niet inzichtelijk? Zo nee, vindt u dat niet relevant in de te maken afspraken met zorgaanbieders?	complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
671	4. Resultaten per sector	Het richttariefpercentage is voor 3 jaren vastgesteld, en gebaseerd op bronnen uit 2021. Er is geen rekening gehouden met de kosten die sindsdien fors zijn gestegen en tarieven die zijn gedaald. Daarmee houdt de NZa indexering al geen rekening met de werkelijke kosten. 1. Kunt u toelichten hoe het mogelijk is dat er bronnen uit 2021 worden gebruikt die aantoonbaar achterhaald zijn? 2. Hoe is het te verklaren dat het richttariefpercentage voor 3 jaar wordt vastgesteld, ondanks alle onzekerheid voor de toekomst. Aanbieder maakt hier bezwaar tegen en verzoekt om de mogelijkheid voor jaarlijkse aanpassing. En om actuele en betrouwbare informatie als basis te gebruiken voor het vaststellen van het jaarlijkse richttariefpercentage.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratie gegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar wordt bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
672	4. Resultaten per sector	Hier wordt gesteld: bij een richttariefpercentage van 95,5% heeft 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge. Hierbij wordt getoetst op basis van één peiljaar. In het resultaat van zorgaanbieders moet onderscheid gemaakt worden tussen de vastgoedexploitatie en de zorgexploitatie. In het voorliggende model wordt dit samengenomen. Door hierbij naar één peiljaar te kijken wordt geen recht gedaan aan de vastgoedopgaves die er voor zorgaanbieders liggen op de langere termijn. Het zou meer recht doen door te kijken naar de langere termijnontwikkeling van het resultaat met onderscheid naar zorg en vastgoedresultaat. Hoe kijkt het zorgkantoor naar deze meerjaren dynamiek met de langjarige vastgoedopgave en verwacht het zorgkantoor dat met dit richttariefpercentage ook meerjarig 75% van de Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge kunnen realiseren?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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 stand gehouden. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
673	4. Resultaten per sector	In hoeverre wordt er in het richttarief voldoende rekening gehouden met een toename van gestegen bouwkosten en rente als gevolg van noodzakelijke sloop/nieuwbouw/renovatie-opgaven gecombineerd met de aangekondigde NHC tariefskorting van 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.

674	4. Resultaten per sector	Op pagina 8 stelt u dat met dit richttariefpercentage 75% van Wlz-aanbieders een neutrale of positieve marge heeft. Houdt u hiermee rekening dat de resultaten vanuit NHC/NIC door verouderde vastgoed, het verlieslatende deel in de zorgexploitatie compenseren en dat met een neutrale marge er voor de toekomst dus ook weinig investeringsruimte beschikbaar is voor die verouderde vastgoed?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten.
675	4. Resultaten per sector	Wat is de reden dat met de korting op het macrobudget het richttariefpercentage niet met bijvoorbeeld 1% verhoogd is?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
676	4. Resultaten per sector	Is er gecorrigeerd voor de Corona kosten en bijbehorende regelingen / omzet van 2021? Deze verschillen erg per financieringsvorm en zorgen ervoor dat de kostenverdeling tussen het totaal en de WLZ niet vergelijkbaar is met 2024.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, zal dit ook niet verdisconteerd worden in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
677	4. Resultaten per sector	Door de nieuwe CAO stijging in de GGZ zal de indexatie van de tarieven in 2024 met circa 1,5% minder stijgen dan de personeelskosten. Hierdoor is het richttariefpercentage van 95,9% niet meer representatief. Wordt de impact van de nieuwe CAO doorgerekend om te bekijken of nog 75% van de WLZ aanbieders een neutrale of positieve marge overhoudt aan richttariefpercentage?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
678	4. Resultaten per sector	is er rekening gehouden met een rendementsopslag bij de berekening?	Nee, het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten in 2021 een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tariefpercentage 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.

679	4. Resultaten per sector	In navolging op bovenstaande vraag; onze instelling heeft huurverplichtingen die jaarlijks worden geïndexeerd, waarin bij daling van de NHC het tekort wordt vergroot. Bent u bereid te kijken naar de daadwerkelijke ontwikkelingen van de NHC door bijv. aan te sluiten bij de indexering van de huurprijs en andere indices gekoppeld aan prijsstijgingen (CPI / materiaalkosten)?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
680	4. Resultaten per sector	De data zijn gecontroleerd op basis van een outlier analyse waarbij zorgkantoren afwijkende waardes hebben bekeken en, indien nodig, uitgesloten. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, welke uitgangspunten zijn bij de outlier analyse gebruikt?	Tijdens de outlieranalyse wordt gekeken naar aanbieders met afwijkende waardes, dit is bepaald door grenzen in te stellen van tweemaal de standaard deviatie ten opzichte van de mediaan. Alle aanbieders die buiten deze grenzen vallen worden aangemerkt als 'outlier', dit is in totaal drie keer gedaan. Na de eerste twee keer bepalen van outliers zijn de aanbieders die als outlier naar voren kwamen nader gecontroleerd, hierbij is bijvoorbeeld gekeken naar bijzondere inkomsten en uitgaven waarvoor gecorrigeerd dient te worden (denk hierbij bijvoorbeeld aan de ver-/aankoop van vastgoed of kwijtschelding van schulden). Na de eerste twee rondes met correcties is nog een derde maal gekeken welke aanbieders nog als outlier naar voren kwamen, deze aanbieders zijn uitgesloten. Bij de ontwikkeling en uitvoering van het model is naar een zorgvuldige balans gezocht tussen de uitvoerbaarheid en de volledigheid van de controles. In dit kader is voor de eerste outlieranalyse iteratie naast de standaarddeviatie ook een strengere handmatige grens gehanteerd om het model uitgebreid te toetsen.
681	4. Resultaten per sector	Wat is de uitkomst van de berekening van de kostenratio 2021	Dat verschilt per aanbieder. Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. Ter verheldering is bijlage 7 hierop aangepast.
682	4. Resultaten per sector	Is er inzicht waar welke zorgaanbieder zit in het margespectrum? En zo welke aanbieders geconfronteerd worden met verplichte doelmatigheid?	Als een zorgaanbieder wil bepalen hoe het zich verhoudt tot het richttariefpercentage kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage" 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 dan zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een

			richttariefpercentage dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
683	4. Resultaten per sector	Bij een richttariefpercentage van 95,5% heeft 75% van Wlz aanbieders een neutrale of positieve marge. 54% heeft een marge van meer dan 2% en 10% heeft een negatief resultaat van meer dan 2%. Met de huidige stijging van kosten (materieel en salarissen), is de kans aanwezig dat met 95,5% niet meer de norm van 75% wordt gehaald. Hoe gaat het zorgkantoor hiermee om? Wordt dit percentage jaarlijks gemonitord en eventueel het richttariefpercentage bijgesteld zodat die 75% van toepassing blijft? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen en vragen u het inkoopbeleid aan te passen op dit punt	De in 2023 gepubliceerde richttariefpercentages gelden in principe gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
684	4. Resultaten per sector	In bijlage 7 van het inkoopbeleid staat op pagina 8 dat bij de berekening van het richttariefpercentage als norm is gehanteerd dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen met het tarief. Wij vinden de 75% grens niet reëel en maken daartoe dan ook bezwaar. De 75% grens is gekozen als doelmatigheidsprikkel. Betekent dit dat volgens u ten minste 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt? Kan de keuze voor deze grens worden toegelicht? Indien u niet van mening bent dat deze 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt, kan dan worden toegelicht waarom van hen kan worden gevraagd om onder de kostprijs zorg te leveren?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
685	4. Resultaten per sector	Heeft u bij de specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 – van 95,2% tot en met 100% – telkens rekening gehouden met de kosten van de beroepskracht? Zo ja, kunt u het aandeel van kosten van de beroepskracht per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	De kosten van de beroepskracht zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij

			dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
686	4. Resultaten per sector	Heeft u bij de specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 – van 95,2% tot en met 100% – telkens rekening gehouden met redelijke overheadkosten? Zo ja, kunt u het aandeel van redelijke overheadkosten per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Onduidelijk wat hier in deze vraag precies bedoeld wordt met "95,2% tot en met 100%" en "per specifieke tariefpercentage". In het algemeen, dus voor de berekening van het kostenpercentage ongeacht of dit uiteindelijk tussen 95,2% en 100% uitkomt, geld: De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
687	4. Resultaten per sector	Indien voor ons als zorgaanbieder het richttariefpercentage niet kostendekkend blijkt, kunnen wij dan wel aanspraak maken op een hoger tarief wanneer wij kunnen laten zien dat wij een doelmatige zorgaanbieder zijn? Zo nee, op welke wijze wordt er dan een reëel tarief geboden? Indien er geen kostendekkend richttariefpercentage geboden wordt terwijl we wel een doelmatige zorgaanbieder zijn én er geen mogelijkheid is om aanspraak te maken op een hoger tarief, maken we bezwaar.	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
688	4. Resultaten per sector	Uit welke heterogene groep zorgaanbieders is de 25% opgebouwd die verlies draaien bij het gunningspercentage van 95,5%?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij hier geen overzicht van delen.
689	4. Resultaten per sector	Welke_75% van de aanbieders vallen binnen dit kostendekkende tarief van 95,5%? Hoe komt onze regio hier uit? En onze organisatie?	In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij dit niet delen. Iedere aanbieder kan de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.
690	4. Resultaten per sector	Is het zorgkantoor het met ons eens dat het richttariefpercentage voor de VVT niet is gebaseerd op de sectorale uitvoeringswerkelijkheid van de huidige tijd? M.a.w. is het zorgkantoor het met ons eens dat het richttariefpercentage niet is gebaseerd op een doorkijk voor de jaren waarop het inkoopbeleid 2024-2026 van toepassing is? Ter toelichting: In de huidige uitvoeringswerkelijkheid hebben we in vergelijking met 2021 te maken met hoge inflatie, toenemend verzuim en	Nee, dat zijn wij niet met u eens. 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

		daardoor kosten PNIL, hoge verduurzamingseisen en -investeringen, toename van administratieve lasten a.g.v. regelgeving en het wegvallen van corona compensaties (die er in 2021 wel waren). Aanvullend voor 2024 wordt er een daling van de NHC doorgevoerd en worden nieuwe CAO stijgingen verwacht die niet volledig zullen worden gecompenseerd in de OVA. Is het zorgkantoor het eens dat de huidige als ook de verwachte financiële situatie voor veel zorgaanbieders in 2024 rekening houdend met deze ontwikkeling negatief afwijkt van de situatie in 2021, op basis waarvan het richttariefpercentage voor de VVT is vastgesteld?	tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
691	4. Resultaten per sector	Het richttarief van 95,5% is gebaseerd op het NZa tarief uit 2021 (index = 100). De NZa tarieven 2024 zullen in ieder geval voor 1,2% negatief worden bijgesteld als gevolg van kortingen in het macrokader (index = 98,8). Met het richttarief van 95,5% ontvangen zorgaanbieders in dit geval 94,4% van het NZa tarief. Dit is naar onze mening niet kostendekkend. Op welke wijze verantwoord u dat een geïndexeerd tarief van 94,4% kostendekkend is?	Uw redenering is niet juist. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
692	4. Resultaten per sector	Uit de tariefonderbouwing wordt ons onvoldoende duidelijk wat de term ‘kostenratio’ betekent en welke uitgangspunten voor het berekenen hiervan zijn genomen. Kunt u dit toelichten?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage. De bijlage wordt hier op aangepast.
693	4. Resultaten per sector	Als het richttariefpercentage voor mijn organisatie niet kostendekkend is, en ik wel een doelmatige zorgaanbieder ben, kan ik dan alsnog aanspraak maken op een wel kostendekkend tarief? Zo nee, hoe ziet u dit in het licht van uw verplichting om een reëel tarief te betalen?	Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
694	Bijlage 7, paragraaf 1	U geeft aan bij relevante externe ontwikkelingen u het recht voor te behouden om binnen het meerjarige contract de afgesproken tariefpercentages en de inkoopsystematiek waar deze op worden gebaseerd te herzien. De door u daarbij	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld met het oog op financiële zekerheid aan zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks worden geïndexeerd voor

		gegeven voorbeelden zijn niet limitatief. - Wat is een relevante externe ontwikkeling? - Hoe verhoudt deze disclaimer zich t.o.v. het door u gepropageerde bieden van meerjarige financiële zekerheid aan zorgaanbieders? - Hoe gaat u om met het verwerken in de tarieven van relevante externe ontwikkelingen die de kosten voor zorgaanbieders verhogen (bijv. inflatie, CAO, energiekosten, Green Deal 3.0., etc.)	kostenontwikkeling in het veld, volgt het richttariefpercentage automatisch deze kostenontwikkelingen. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
695	Bijlage 7, paragraaf 1	Op dit moment is nog onduidelijk wat de tarieven voor 2024 zijn. - Op grond waarvan bent u van mening dat het redelijk en billijk is dat een zorgorganisatie nu al gevraagd kan worden akkoord te gaan met een richttarief en eventueel te realiseren opslagen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
696	Bijlage 7, paragraaf 1	Wij maken we bezwaar tegen het feit dat het basisrichttarief voor meerdere jaren gaat gelden. Het lijkt ons meer dan redelijk om op basis van actuele, volledige en juist betrouwbare gegevens jaarlijks het opnieuw vast te stellen waar bij het zorgkantoor compleet transparant is in de berekening. Ziet u dit ook zo? Zo nee kunt u dit toelichten?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Zie tevens antwoord op vraag 506.
697	Bijlage 7, paragraaf 2, deel 1	Is bij het berekenen van het richttariefpercentage ook onderscheid gemaakt in zorg en huisvesting (NHC, NIC)? Als zorgaanbieders een positief resultaat behaalden op de huisvesting, door het gebruik van oude gebouwen, dan wordt zij daar nu op afgerekend en gekort in haar zorgopbrengsten.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
698	Bijlage 7, paragraaf 2, deel 2	Het richttariefpercentage is landelijk bepaald op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend (inclusief resultaat) voor de Wlz is.” Op welke wijze is die 75% bepaald? Is daarbij rekening gehouden met alle kortingen die vanuit het ministerie van VWS worden doorgevoerd met ingang van 2024? Zoals de NHC korting, de generieke Wlz-tariefsverlaging en de korting	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van

		vanwege de doorontwikkeling op de kwaliteitsmiddelen? Graag uw toelichting.	kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen." 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.
699	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In hoeverre is er bij de bepaling van het richttariefpercentage een uitsplitsing gehanteerd in zorgresultaat en huisvestingsresultaat? Het richttariefpercentage heeft alleen betrekking op het zorggedeelte (loon/ materieel). Voor de bepaling of 75% van de zorginstelling nog een positief rendement behaald met de zorgtarieven, zal ook alleen moeten worden gekeken naar de uitkomst van het zorgresultaat. Immers stelt u in paragraaf 5.3 van het inkoopbeleid dat het niet wenselijk is de NHC-inkomsten in te zetten om tekorten in de zorg te compenseren. Deelt het zorgkantoor deze mening en is zij bereidt het richttariefpercentage opnieuw te laten vaststellen?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen. Het richttariefpercentage wordt hierom niet opnieuw vastgesteld.
700	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U geeft aan de NZa-methode te hanteren bij het toerekenen van kosten aan omzet. Op welke manier heeft u incidentele opbrengsten/kosten zoals COVID Meerkosten meegenomen of geneutraliseerd?	Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Op deze manier zijn de COVID kosten geneutraliseerd in het model.
701	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Om de richttarieven te bepalen (model bepaling zorgaanbieder percentage) wordt (visueel tenminste) een aanname gedaan van de opbrengsten en kosten van Wlz aanbieders (pagina 4 en 5) als onderbouwing voor het tariefpercentage. Nu wordt voor de totale kosten gebruikt “ Totale kosten die een zorgaanbieder in het betreffende jaar gemaakt heeft, Jaarrekening post ‘Som der bedrijfslasten’”. In de som der bedrijfslasten zitten bijvoorbeeld wel de afschrijvingen, huur en groot onderhoud, maar de rentelasten niet. Voor de totale omzet	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.

		wordt van de WLZ omzet uitgegaan, waar weer de volledige dekking voor kapitaallasten (o.a. NHC) in zit. Het lijkt of de financiële lasten (bewust/onbewust) buiten de berekening gehouden zijn, terwijl de huur wel is meegenomen. Is het zorgkantoor het met ons eens dat bij verschillende financieringsvormen er een fluctuerend beeld van de ratio per aanbieder kan zijn door de wijze van berekenen zonder rekening te houden met de financiële baten en lasten? Is het zorgkantoor het met ons een dat een sector ten onrechte een (te) hoog rendement in de berekeningen laat zien wanneer zij vastgoed (deels) in eigendom financiert met een (langlopende) lening en bijbehorende (rente)kosten? En zo ja, hoe gaat zorgkantoor dit corrigeren?	
702	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn de jaarverslagen verschoond van incidentele bijdragen die in 2021 zijn toegekend (zoals compensatie voor COVID-19)?	1) covid compensaties Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, wordt dit ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. 2) bijzondere inkomsten/uitgaven Onderdeel van de uitvoering van het model is een outlier analyse. De jaarverslagen van aanbieders die als outlier zijn aangemerkt zijn nader bekeken op bijzonderheden, denk hierbij bijvoorbeeld aan aankoop/verkoop van vastgoed, kwijtschelding van schulden, enz.. Voor dit soort bijzondere inkomsten/uitgaven is gecorrigeerd. Er zijn twee rondes met correcties uitgevoerd.
703	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief dat er geen sprake is van reële, kostendekkende tarieven om de volgende redenen: Aanbieder kan niet de gewenste kwaliteit leveren, we moeten hoger opgeleid personeel inzetten. Dit in combinatie met een krappe arbeidsmarkt en hoge inflatie. We lezen dat er onderzoek is gedaan adhv jaarverslag 2021, Hieruit zijn Wlz kosten niet te differentiëren en wij zien het tevens al verouderde data. Hoe ziet zorgkantoor de invloed van deze elementen op de tarieven.	De richttariefpercentages zijn onderbouwd op basis van de – ten tijde van de vaststelling - meest recent beschikbare jaarrekening en declaratiegegevens van Wlz aanbieders (boekjaar 2021). Kostenontwikkelingen sindsdien wordt rekening mee gehouden doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Met onze systematiek volgen wij hierin de lijn van de NZa. 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 passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in

			het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet (in beginsel) passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
704	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In hoeverre biedt het richttariefpercentage ruimte om extra uitgaven te kunnen doen om de zorg toekomstbestendig te maken en te werken aan vernieuwing?	Dit is niet een vraag die in algemene zin beantwoord kan worden. Dit is sterk afhankelijk van de situatie van de individuele zorgaanbieder.
705	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bent u bereid om het richttariefpercentage gedurende de looptijd van de overeenkomst aan te passen als actuele, volledige en betrouwbare informatie daartoe aanleiding geven? Zo nee, waarom niet?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
706	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Deze systematiek is op historische basis tot stand gekomen. Hoe voorziet het zorgkantoor de dekking van kosten wanneer de transformatie van minder intramurale zorg naar meer zorg thuis moet worden bekostigd? Zorg thuis is inefficiënter dan intramuraal, dus meer reistijd.	Wij gaan er vanuit dat de NZa borgt dat de bekostiging via de prestaties en tarieven voor zorg thuis voldoende aansluit op de praktijk zodat de transformatie naar meer zorg thuis kan worden gemaakt.
707	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Indien u niet stapsgewijs en nauwkeurig kunt aangeven op welke manier de Wlz-kosten en opbrengsten gesplitst zijn van de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/ Zvw), kunt u aangeven hoe dit in lijn is met de beginselen van transparantie die voor deze inkoopprocedure geldt?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
708	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de kamerbrief van minister Helder wordt verzocht om een besparing van de NZa. Op dit moment is dus nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over de tarifering van de komende jaren, met name na 2024. Wij kunnen niet akkoord gaan met het richttariefpercentage van het zorgkantoor zonder duidelijkheid van de NZa. Op welke manier kunnen wij ons	Wij hebben er begrip voor dat zorgaanbieders zelf willen kunnen vaststellen wat het richttariefpercentage voor hun organisatie betekent op basis van de door de NZa vast te stellen tarieven. Wij herinneren eraan dat het richttariefpercentage vertrekpunt is voor een aanbod dat het zorgkantoor doet, mede rekening houdend met de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule. Als een zorgaanbieder nog niet akkoord kan gaan met het nu vastgestelde richttariefpercentage, dan ligt voor de hand

		akkoord met het richttariefpercentage herzien na publicatie van het NZa tarief?	tijdig tegen het percentage op te komen met inachtneming van de bepalingen die de zorgkantoren daarvoor hebben gesteld.
709	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn NHC kosten/baten in de berekening geschoond gezien de voorwaarden m.b.t. besteding van NHC benoemd in paragrafen 2.7 en 5.3?	Zowel de kosten voor zorg als de vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
710	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van inhaalslag van lonen van zorgmedewerkers schatten wij in dat het richtpercentage van 95,5% niet toereikend zal zijn. Zijn hier aanvullende afspraken voor mogelijk?	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 passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
711	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Graag ontvangen wij nader inzicht in de voor onze organisatie gebruikte gegevens, zodat wij deze kunnen valideren en inzicht krijgen in waar wij volgens het Zorgkantoor op dit moment staan. Aangezien deel 1 per aanbieder is opgesteld nemen wij aan dat u dit zonder al te veel inspanningen kunt aanleveren.	In bijlage 7 staat beschreven welke methodiek en databronnen zijn gebruikt voor de berekening van het richttariefpercentage. Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
712	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Waar is de aanname "dat de verhouding tussen de Wlz omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz kosten en de totale op gebaseerd?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van

			kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
713	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage de kapitaallasten uit de omzet en de kosten gehaald?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
714	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij zijn van mening dat bij de berekening van het kostenpercentage rekening gehouden moet worden met de ontvangen COVID compensatie, met sinds 2022 gestegen kosten (zoals personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten), dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader), correctie voor de kapitaalslasten, als dit niet geheel of gedeeltelijk is meegenomen in de berekeningen bent u dan bereid om dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
715	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u bevestigen dat bij de berekening van het richttariefpercentage, door het gebruik van de post ‘som der bedrijfsopbrengsten’, de financieringslasten van zorgaanbieders buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.
716	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn er nog andere kostencategorieën die bij de berekening van het richttariefpercentage buiten beschouwing blijven? Zo ja, waarom zijn deze lasten buiten beschouwing gelaten, en waarom meent u dat dit proportioneel is?	Nee, alleen de financieringsbaten en lasten zijn buiten beschouwing gelaten, andere kosten categorieën zijn onderdeel van de totale kosten.

717	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Uit de tariefonderbouwing wordt ons onvoldoende duidelijk wat de term ‘kostenratio’ betekent en welke uitgangspunten voor het berekenen hiervan zijn genomen. Kunt u dit toelichten?	Het lijkt erop dat er verwarring is ontstaan in de terminologie. In hoofdstuk 4 van de tarief bijlage is de term "kostenratio" gebruikt terwijl eerder in het document het zelfde getal "kostenpercentage" wordt genoemd. De "kostenratio" is dus het "kostenpercentage" wat is bepaald zoals aangegeven in figuur 1 van de bijlage.
718	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u in het richttarief percentage de redelijke overheadkosten verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel aan redelijke overheadkosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
719	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u onderbouwen hoe u rekening heeft gehouden met redelijke overheadkosten?	De overheadkosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet de zelfde specificeringen hebben.
720	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u kosten van niet productieve uren van de beroepskrachten als gevolg van verlof, ziekte, scholing en werk in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja kunt u het aandeel van deze kosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De kosten van niet productieve uren zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
721	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van de reis en opleidingskosten in het richttariefpercentage kwantificeren?	De reis- en opleidingskosten zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
722	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Kunt u toelichten op welke manier u met krapte op de arbeidsmarkt rekening hebt gehouden gelet op het feit dat jaarrekeningen van 2021 bepalend zijn geweest voor de berekening van het richttariefpercentage?	Dit is geen factor in de berekening van het richttariefpercentage.
723	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze hebt u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader)? Indien u hier geen rekening mee heeft gehouden, kunt	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten.

		u toelichten waarom niet en bent u bereid om dat alsnog te doen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
724	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zijn de totale kosten bij het vaststellen van het kostenpercentage gecorrigeerd voor kapitaalslasten? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet en bent u bereid om dit alsnog te doen? Kunt u toelichten of u hierbij aandacht hebt besteed of alsnog wilt besteden aan de omstandigheid dat veel Wlz-aanbieders hun exploitatie sluitend hebben gehouden door zeer weinig te investeren? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden. Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten.
725	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat ‘de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.’ Wij zijn van mening dat het onwenselijk is dat u een onderbouwing baseert op een aanname en zijn daarnaast van mening dat uw aanname geen recht doet aan de werkelijkheid. Waarom heeft u niet gekozen voor betrouwbare informatie op dit punt zodat uw onderbouwing niet is gebaseerd op een aanname? Bent u bereid om uw aanname alsnog nader te onderbouwen? Zo nee, waarom niet?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen.
726	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) Welke jaarverslagen zijn gebruikt voor de onderbouwing van het richttariefpercentage in de GZ-sector (welke wel/welke niet en waar is deze keuze op gebaseerd)?	Voor zowel de GZ als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van de bestanden die Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn.

727	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
728	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de bepaling van het richttariefpercentage en dus het positieve, neutrale of negatieve resultaat van zorgaanbieders rekening gehouden met de vermogenspositie van zorgaanbieders? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden?	Nee, in het model zelf wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.
729	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van de tarieven rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
730	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In bijlage 7 wordt het richttariefpercentage toegelicht. Kan ik bij de zorginkoper opvragen of mijn organisatie behoort tot de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of tot de 25% organisaties met een negatief resultaat?	Nee. 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
731	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de lagere NHC- vergoeding in 2024 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het richttariefpercentage geldt niet voor de NHC.
732	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In dit deel wordt het tariefmodel weergegeven waarmee het kostenpercentage wordt berekend. Nu wordt in de exploitatiesturing van zorgaanbieders veelal onderscheid gemaakt tussen de zorgexploitatie en de vastgoedexploitatie. Met het voorliggende tariefmodel wordt dit bij elkaar genomen wat hetzij ten kosten gaat van de huisvestingsopgave, hetzij ten kosten gaat van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Vindt het zorgkantoor niet dat in het model ook	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.

		rekening moet worden gehouden met dit onderscheid? Een positief resultaat op de vastgoedexploitatie is namelijk bestemd voor herontwikkeling van vastgoed om toekomstbestendig te blijven en niet om tekorten op het zorgresultaat te dichten. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze realiteit in het kader van dit rekenmodel?	
733	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het rapport "'Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag" staat dat u niet alleen moet sturen op doelmatigheid door middel van het korten op de NZA tarieven maar dat juist een actieve en constructieve houding gevraagd wordt van de zorgkantoren. Toch grijpt u nog sterker dan voorgaande jaren naar het middel van tariefkortingen. Kun u dit toelichten?	Zorgkantoren hebben een verantwoordelijkheid aangaande de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de langdurige zorg. Ten behoeve van inkoop van doelmatig zorg hanteren de zorgkantoren een tariefsystematiek die 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.
734	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Na 2021 zijn er hoge kostenstijgingen geweest, op welke wijze zijn deze meegenomen in het richttariefpercentage. Indien niet, kunt u toelichten waarom u deze niet heeft meegenomen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. De richttariefpercentages zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare kostengegevens.
735	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u bij het bepalen van het richttariefpercentage rekening gehouden met investeringseisen van banken? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Nee, hier is niet specifiek rekening mee gehouden. 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. Wij zien het richttariefpercentage dan ook als reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
736	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u bij het bepalen van het richttariefpercentage rekening gehouden met de coronacompensatie die na 2021 is komen te vervallen en van invloed is op de jaarrekening? Zo niet, kunt u toelichten waarom u deze niet heeft meegenomen?	Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN-gerelateerde Wlz kosten.
737	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u in uw berekening rekening gehouden met de aan- en verkoop van vastgoed welke van invloed is op de jaarrekening. Indien niet, kunt u toelichten waarom u hier geen rekening mee heeft gehouden?	Aan- en verkoop van vastgoed wordt beschouwd als een onderdeel van bijzondere uitgaven en inkomsten waarvoor gecontroleerd/gecorrigeerd dient te worden als een aanbieder in de outlieranalyse in de eerste twee rondes naar voren is gekomen als outlier. De outlieranalyse staat als volgt beschreven in bijlage 7, pagina 3, voetnoot 2: "De outlieranalyse wordt standaard uitgevoerd en afwijkende waardes (>2 * stdev van de mediaan) zijn handmatig gecontroleerd door de zorgkantoren. Indien de bevindingen daar aanleiding toe geven (als er bijzondere uitgaven of inkomsten aan ten

			grondslag liggen) worden correcties doorgevoerd. Outliers die na twee correctierondes buiten de gestelde grens vielen zijn uitgesloten bij de bepaling van het sectorpercentage."
738	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u rekening gehouden met verschillende financieringsstromen binnen een organisatie en de impact hiervan. Indien u dat niet heeft gedaan, kunt u nader toelichten waarom u dat niet heeft gedaan.	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Tevens blijkt uit onderzoek dat er geen correlatie is tussen de kostenratio en de Wlz ZiN ratio.
739	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de rekenmethode wordt de aanname gedaan dat de kosten die de zorgaanbieder heeft gemaakt inzicht geeft in wat de zorgaanbieder nodig heeft om de zorg te kunnen leveren. Het is zeker denkbaar dat een zorgaanbieder bepaalde kosten niet heeft gemaakt omdat de tarieven daar geen ruimte voor geven maar die inhoudelijk wel wenselijk zijn. Daarnaast zijn verschillende kosten voor zorgaanbieders flink gestegen en is er onzekerheid over de stijging van de Cao-lonen. Wij maken dan ook bezwaar tegen het hanteren van percentages terwijl nog niet duidelijk is of een zorgaanbieder met deze percentages verantwoord goede zorg kan leveren.	Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
740	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De verhouding tussen de Wlz ZiNomzet en de totale omzet is niet representatief door de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten. Dit komt omdat bij een geïntegreerde GGZ instelling het klinische zwaartepunt binnen de WLZ ligt en daar de kosten ook naar verhouding een stuk hoger liggen. Hoe is hiervoor gecorrigeerd?	Hier is niet voor gecorrigeerd. Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. 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.

741	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de stijgende kosten van personeel niet in loondienst tussen 2021-2024 meegenomen in de berekening voor het richttariefpercentage?	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is vanuit hun wettelijke taak verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers.
742	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Veel (grotere) zorgaanbieders in de langdurige zorg met een eigen vastgoed portefeuille hebben relatief lage kosten van zorgvastgoed en een positief vastgoedresultaat. Orde van grootte: 2%-3% van de totale Wlz opbrengsten. Klopt onze redelijke veronderstelling dat voor zorgorganisaties die huren of geen ideaal complex van zorgvastgoed hebben maatwerk afspraken over het tarief percentage zorgexploitatie en NHC (>100% NZa tarief) te maken zijn? Anders ontstaat in onze ogen de onredelijke situatie dat het positieve vastgoedresultaat van de sector een korting wordt voor een instelling die zorgvastgoed huurt zonder de ruimte van een stabiel positief vastgoed resultaat. In onze situatie kan dit betekenen dat bij de verlenging van ons huurcontract in 2029 een negatief vastgoed resultaat ontstaat en wij hiervoor in 2024 gekort zijn.	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
743	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	wat is de onderbouwing van de WLZ ZINL omzet?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
744	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij hebben geleerd om niet van aannames uit te gaan en mee te rekenen. Hoe hebt u zelf de aannames die u doet gevalideerd en hoe kunnen wij de aanname die toetsen?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
745	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief (integraal) resultaat bereikt. Wij zijn van mening dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief, omdat voor een gezonde bedrijfsvoering een positief resultaat noodzakelijk is, ook voor het opvangen van onvoorziene risico's en maken dus bezwaar hiertegen. Bovendien is bij veel aanbieders sprake van een positief vastgoedresultaat en een negatief zorgresultaat. Door uit te gaan	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 zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. Zoals ook uit onze informatie volgt, geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het

		van het integrale resultaat bij de bepaling van het richttarief-percentage, wordt geen rekening gehouden met het nega-tieve zorgresultaat. Bent u bereid om het richttariefpercen-tage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief zorgresultaat behalen? Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om een negatief zorgresultaat en/ of onvoor-ziene risico's op te vangen?	richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onder-scheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onre-delijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
746	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is het richttariefpercentage gebaseerd op zorg? Gaat het en-kel om de zorgexploitatie?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa ta-rief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegeno-men.
747	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Tijdens de bijeenkomst op 6 juni gaf u aan dat het weglaten van de covid meerkosten en omzetderving uit de totale om-zet leidt tot minimale verschillen. Waar blijkt dit uit? Wat is de berekening?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk ge-maakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
748	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Welke selectiemethode is toegepast op de jaarverslagen?	Voor alle Wlz-sectoren zijn de meest recente beschikbare jaarverslagen gebruikt, op dit moment die van 2021. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop be-schikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handza-mere vorm beschikbaar zijn.
749	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Welke jaarverslagen heeft u gebruik ter onderbouwing van het richttariefpercentage in de VVT-sector? En welk deel heeft u uit het de jaarverslagen gebruikt?	Voor zowel de VVT als de andere sectoren zijn de jaarverslagen van 2021 gebruikt. Ten tijde van de vaststelling de meest recent beschikbare jaarver-slagen. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intra-koop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn. De gebruikte posten van de jaarverslagen zijn terug te vinden in bijlage 7, onder 'Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage' bij de gebruikte defini-ties.
750	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In 2022 en 2023 hebben verschillende gesprekken plaatsge-vonden met onze inkopers over ons vastgoed (kleinschalig Wonen), arbeidstekorten, en de veranderingen in de indica-ties van het CIZ (lagere indicaties dan voorheen bij ingewik-kelde problematiek). Volgens het vonnis van de	De NvI leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatie spe-cifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders. Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief

		voorzieningenrechter Den Haag van 1 oktober 2020, (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) moet het tarief voor passend zijn, en acht slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, zoals (maar niet gelimiteerd tot) zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel etc. Kunt u, voor onze organisatie specifiek, aangeven hoe deze aspecten terugkomen in het geboden tariefpercentage?	resultaat kan halen. 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 stand gehouden. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, 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.
751	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze heeft u bij het vaststellen van het kostenpercentage in de berekening van het richttariefpercentage, rekening gehouden met de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking NCH en korting op Wlz-kader)? Zijn deze onderdeel van de omzet en declaraties? Zijn de totale kosten gecorrigeerd voor kapitaallasten? Als het voorgaande niet geheel of gedeeltelijk is meegenomen in de berekeningen, bent u bereid dit alsnog te doen? Zo nee, waarom niet?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de Zin gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.
752	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U schrijft de meest recent beschikbare jaarverslagen (2021) van zorgaanbieders binnen de Wlz (V&V, GZ en GGZ). In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, hoeveel jaarverslagen zijn geraadpleegd en waarom zijn deze dan representatief? Op welke wijze is rekening gehouden met	Voor alle Wlz-sectoren zijn de meest recente beschikbare jaarverslagen (op dit moment van 2021) gebruikt. Specifiek hebben we gebruik gemaakt van het bestand dat Intrakoop beschikbaar stelt waarin de gegevens uit de jaarrekeningen in een handzamere vorm beschikbaar zijn. Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via

		incidentiele posten in de jaarrekeningen zoals coronasteun, voorzieningen, eenmalige hogere subsidieposten etc.?	Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
753	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, in hoeverre wordt rekening gehouden met een genormaliseerd resultaat?	Ons is uit de vraagstelling niet duidelijk wat u precies verstaat onder een 'genormaliseerd resultaat'. In de bijlage is onderbouwd hoe de sectorale richttariefpercentages zijn berekend. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder.
754	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze is rekening gehouden met andere financieringsstromen binnen de zorgaanbieders? Om een goed beeld te krijgen van dekkende WLZ tarieven moet je een gesegmenteerde jaarrekening van de WLZ hebben. In het kader van transparante uitleg en onderbouwing, op welke wijze is hier rekening mee gehouden?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Op deze wijze worden zo goed mogelijk alleen uw Wlz-kosten en opbrengsten meegenomen in de analyses en worden resultaten niet vertekend door gegevens uit andere domeinen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
755	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023 en hogere CAO kosten/hogere lonen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
756	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Het is onze organisatie onduidelijk welke verhouding tussen de Wlz ZiN omzet en totale omzet gehanteerd is om de kosten toe te rekenen aan het Wlz-domein. Daarbij wordt de aanname gedaan dat de verhouding tussen de Wlz ZIN omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is. Op basis waarvan kan deze conclusie worden getrokken en heeft een accountant de methodiek beoordeeld/gevalideerd?	De Wlz ZiN omzet is gedeeld op de totale omzet om zo tot een verhouding te komen (de Wlz ZiN ratio), deze ratio is noodzakelijk voor het benaderen/bepalen van de Wlz ZiN kosten. Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
757	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is binnen de berekeningen van het richttariefpercentage de vastgoedexploitatie van zorgaanbieders betrokken? Indien dit zo is maakt onze organisatie hier bezwaar tegen. De zorg-exploitatie dient immers kostendekkend te zijn.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttariefpercentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel

			(NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
758	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de WLZ kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ ZVW, Overige) uit de jaarrekening?	Dit is gedaan middels de Wlz ZiN ratio, zoals beschreven in bijlage 7 onder 'Deel 1: bepalen zorgaanbieder percentage'.
759	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening rekening gehouden met de gevolg schade van Corona (2022 nog wel deels corona compensatie, 2023 niet meer); de gevolgen uiten zich in hoog ziekte verzuim door longcovid, vermoeidheid als gevolg van de enorme druk? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	In het model om te komen tot het richttariefpercentage zijn geen kostenontwikkelingen sinds 2021 verwerkt. Echter, doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
760	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening rekening gehouden met de huidige arbeidsmarkt problematiek en de hoge inleen PNIL die de gevolgen hiervan zijn? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	Nee, hier is in de berekening zelf geen rekening mee gehouden. Echter, 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.
761	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met regionale problematiek van vergrijzing, verduurzaming en de transformatie van de zorg zoals inzet van ICT en technologie? Zo nee, waarom niet en bent u bereid dit aan te passen?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Hier zult u ook het beleid omtrent regionale problematiek terugvinden.
762	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij merken op dat door voor deze berekening gebruik te maken van de jaarrekening 2021, er niet de effecten in betrokken zijn van de inflatie, energiekosten en de hogere kosten van uitzendkrachten/zzp als gevolg van hoog verzuim en/of onvervulbare vacatures. Door deze hogere kosten verwachten we dat het kostenpercentage per aanbieder en per sector anders zal zijn. Wij vragen inzage in de opbouw van het eigen kostenpercentage en in die van de sector.	In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de werking/opbouw van de berekening te illustreren, naast de reeds bestaande uitleg in 'Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage' en 'Deel 2: bepalen sectorpercentage'. Wat betreft de kostenontwikkelingen die u noemt: Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
763	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wij vragen naast inzage in de opbouw van het kostenpercentage een doorrekening van de effecten van de hogere energielasten, inflatie en een opslag verzuim.	In bijlage 7 is de wijze waarop de sectorale richttariefpercentages tot stand zijn gekomen toegelicht. 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.

764	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hierbij hanteren we, evenals o.a. de NZa in haar berekeningen doet voor kosten die zij, o.b.v. gegevens die ze uitvragen bij de aanbieder, niet specifiek kunnen toekennen aan de WLZ, de aanname 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. Welke onderbouwing wordt hiervoor gebruikt en hoe betrouwbaar is deze in statistische zin?	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
765	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor berekening van het richttariefpercentage V&V worden de resultaten van de jaarverslagen 2021 betrokken. Het richtlijnpercentage heeft alleen betrekking op het resultaat op de zorg. Het resultaat huisvesting dienst buiten beschouwing te worden gelaten. Zijn de resultaten in de jaarrekening 2021 wel gesplitst in een resultaat op de zorgexploitatie en het resultaat op de vastgoedexploitatie?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
766	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe is de bepaling van het resultaat rekening gehouden met het eigen vermogen van de zorgaanbieder?	In de bepaling van het richttarief en het hypothetische resultaat genoemd in hoofdstuk 4 van bijlage 7, wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen.
767	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zo ja, hoe verhoudt zich dit met de eis dat een tarief uit moet gaan van de kosten van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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 stand gehouden.
768	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Gaat u bij de vaststelling van de tarieven/afslagen op het NZa-tarief rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte)?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
769	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe gaan de Wlz-kosten gesplitst van de andere uitgaven (Wmo/Zvw) uit de jaarverslagen zonder extra aanvullende informatie? En als dit niet gebeurd geeft dit dan geen vertekend beeld van de doelmatigheid?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.

770	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Bijlage 7 onderbouwing richttariefpercentages Wlz, par. 2, deel 1) Zijn de ontvangen Covid compensaties uit 2021 en de sinds 2022 gestegen kosten (personeelskosten, huurkosten, energiekosten, voedingskosten) en dalende inkomsten (herijking van de NHC en korting op het Wlz-kader) onderdeel van de omzet en declaraties? Zo niet, kunt u toelichtingen waarom niet en bent u bereid om hier alsnog rekening mee te houden?	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. 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. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
771	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor de onderbouwing van het richttarief is uitgegaan van de beschikbare gegevens in het jaar 2021. Dit jaar is wat ons betreft niet representatief. In 2022 hebben we te maken gekregen met een enorme stijging van de energieprijzen en een enorme inflatie hetgeen zijn effect zal hebben op de caolonen. Deze zullen onevenredig veel stijgen zo is de verwachting. Percentages van 10% tot 15% worden genoemd. Het lijkt niet redelijk om voor 2024 uit te gaan van dit richttariefpercentage. Hoe ziet het zorgkantoor dit? Is het zorgkantoor bereidt om, indien uit een goede onderbouwing blijkt dat het tarief niet kostendekkend is het percentage zondermeer te verhogen?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. 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.
772	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Er wordt benoemd dat de jaarrekening van 2021 als uitgangspunt is genomen. Dit is naar onze mening geen representatief jaar. Er was in 2021 nog geen sprake van inflatie, nog geen sprake van een energiecrisis, de	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig

		duurzaamheidsopgave waar we voor staan was toen nog niet zo concreet in beeld, er was sprake van corona(compensatie) et cetera. Onze vraag is een representatief en recenter jaar te nemen als uitgangspunt voor de tarieven 2024 en de berekening over een meer representatieve periode uit te voeren. Zijn de Zorgkantoren bereid hier gehoor aan te geven?	controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan het richttariefpercentage nu daarom niet nader onderzoeken op basis van aanvullende data.
773	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	U stelt dat u voor het richttarief ook gebruik heeft gemaakt van de NZa maximumtarieven van 2021. Kunt u uitleggen waarom u het jaar 2021 tot uitgangspunt heeft genomen? Dat betrof om diverse redenen een bijzonder jaar, gelet op de impact van de Covid-pandemie in 2020 en 2021. Was het in dat licht niet beter om meest actuele tarief dat bovendien verder staat van de Covid-pandemie, te weten het tarief van 2023, te betrekken bij de vaststelling van de tarieven?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
774	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de OVA volledig - zonder korting - doorvertaald in de tarieven, zoals overeengekomen in het IZA?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
775	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In welke mate wordt het eigen vermogen en de vastgoedpositie meegewogen in het resultaat? Indien het wordt meegewogen, in welke mate is rekening gehouden met het feit dat het tarief gebaseerd moet zijn op een organisatie met een redelijk efficiënte bedrijfsvoering?	Nee, in het model zelf wordt de vermogens- en vastgoedpositie van een aanbieder niet meegenomen.
776	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Op welke wijze zijn de kosten en opbrengsten WLZ geïsoleerd indien er meerdere financieringsstromen van toepassing zijn in een jaarrekening? Kunt u dit toelichten?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
777	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is bij de gebruikte jaarrekeningen rekening gehouden met incidentele bijdragen die in 2021 toegekend zijn zoals compensatie COVID 19	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die

			gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
778	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De rekenmethode die gebruikt is voor de totstandkoming van het richttariefpercentage is voor ons niet duidelijk. Kunt u de rekenmethode toelichten op een wijze waarop wij de berekening die is gemaakt kunnen volgen en kunnen toepassen op onze eigen organisatie, zodat wij ook weten op wat voor resultaat onze organisatie uit zou komen op basis van de rekenmethode? Als u dat niet met ons wilt delen tekenen wij bezwaar aan tegen de gebruikte methode.	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep. Hierbij moet echter vermeld worden dat het model ontwikkeld is om een resultaat op sectorniveau op te leveren en er onzekerheden zijn wanneer op het niveau van een individuele aanbieder wordt gekeken. In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om de rekenmethode nader te illustreren.
779	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	In de uitleg over de berekening van het richttariefpercentage staat dat is aangenomen dat de verhouding tussen de WLZ ZiN- omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz-ZiN kosten en de totale kosten. Wij vinden dat deze onderbouwing geen recht doet aan de werkelijkheid. Bent u bereid deze aanname alsnog nader te onderbouwen? Zo nee, waarom niet? We maken bezwaar tegen deze aanname.	Het hanteren van aannames in een model als deze is gangbare praktijk. Het is niet realistisch om te denken dat het mogelijk is dergelijke berekening uit te voeren zonder enige aanname. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd.
780	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de incidentele bijdragen die zijn toegekend in het kader van COVID-19? Wij zijn van mening dat hier wel degelijk rekening mee gehouden dient te worden. Indien hier geen rekening mee is gehouden, waarom is dit dan het geval en is het zorgkantoor bereid dit alsnog te doen? Indien het zorgkantoor geen rekening wenst te houden met de incidentele bijdragen in het kader van Covid-19 maken wij bezwaar.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
781	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	We maken bezwaar tegen onvoldoende onderbouwing van de berekening van het richttariefpercentage. Deze is gebaseerd op de aanname dat 75% van de aanbieders hiermee in staat moet zijn om een neutraal of positief resultaat te behalen. Wij zijn van mening dat voor een gezonde bedrijfsvoering een zeker resultaat noodzakelijk is. Wordt met de totstandkoming van het richttariefpercentage beweerd dat voor een zorgorganisatie een (nagenoeg) neutraal resultaat	Zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Wij zien het richttariefpercentage als een reëel uitgangspunt voor de tariefstelling bij de zorginkoop. In combinatie met de andere delen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en de hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.

		voldoende is voor een gezonde bedrijfsvoering? Zo nee, waarom vindt u deze 75% grens dan een deugdelijke grens voor de totstandkoming van het richttariefpercentage? Wij maken bezwaar tegen de aanname dat een neutraal resultaat voldoende is.	
782	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Hoe zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders geverifieerd. Is dit alleen op basis van de gegevens van de zorgkantoren of is dit ook afgestemd met zorgaanbieders?	Declaratiegegevens voor 2021 zijn gebaseerd op aanlevering van zorgkantoren. Deze zijn niet apart afgestemd met zorgaanbieders.
783	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De kosten die je maakt voor de verschillende financieringsstromen kunnen verschillen. Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de tarieven?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
784	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u onderzoek gedaan naar reële tarieven bij de vaststelling van de verschillende specifieke tariefpercentages uit bijlage 8? Zo ja, kunt u dit onderzoek delen?	Bijlage 7 bevat de volledige toelichting op de methodiek voor het bepalen van de richttariefpercentages per sector. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages kunnen komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
785	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de kosten voor niet-productieve uren van de beroepskracht als gevolg van verlof, ziekte, scholing en werkoverleg in specifieke tariefpercentages uit bijlage 8 verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van deze kosten per specifiek tariefpercentage kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	De kosten van niet-productieve uren zijn onderdeel van de totale kosten en daarmee ook van de Wlz ZiN gerelateerde kosten van een aanbieder in het model. De verschillende onderdelen van de kosten zijn in het model niet gespecificeerd, maar worden als geheel beschouwd. Daarom kunnen wij dit niet kwantificeren. Het kostenpercentage is niet opgebouwd als een kostprijs en zal dus ook niet dezelfde specificeringen hebben.
786	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Heeft u de indexatie c.q. inflatie in de verschillende tariefpercentages uit bijlage 8 verdisconteerd? Zo ja, kunt u het aandeel van deze indexatie c.q. inflatie in deze tariefstelling kwantificeren? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
787	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Is er rekening gehouden met de invloed van corona (minder opbrengsten, lagere instroom, zorgbonus, etc.) op de opbrengsten en de kosten? Jaar 2021 is niet representatief genoeg.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de Zin gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd

			in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2021 en declaratiedata 2021. Voor de onderbouwing van het richttariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde richttariefpercentages te hebben vastgesteld. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
788	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Ons inziens dient het Zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar. Wij verzoeken u spoedig te reageren op de vraag c.q. te antwoorden gelet op de vervaltermijnen om een gerechtelijke procedure te (kunnen) starten.	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
789	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	De Totale omzet die een zorgaanbieder in het betreffende jaar heeft gedraaid wordt als basis gebruikt. Hier kleven verschillende beperkingen aan (zeker in 2021). In hoeverre is hier rekening gehouden met de bijzondere omstandigheid zoals bijvoorbeeld de coronacompensatie, kwaliteitsmiddelen, zorgbonus en overige niet zorggerelateerde opbrengsten? Zo niet, dan maken wij bezwaar dat dat niet gebeurd is, omdat dat dan niet zal c.q. kan leiden tot een reëel tarief.	Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz ZiN zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties (o.a. die gerelateerd zijn aan Covid zoals de EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.
790	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Zorgkantoren kiezen ervoor om aan te sluiten op het landelijk vastgestelde richttarief dat is afgeleid van het NZa-maximumtarief dat is bepaald overigens op basis van een landelijk uitgevoerd kostenonderzoek. Het landelijk vastgestelde richttarief zou volgens opgave moeten leiden bij 75% van de Wlz-aanbieders tot een neutrale op positieve marge; van genoemde 75% had circa 25% slechts een exploitatieresultaat tussen de 0 en 2%. Als gevolg van de recente prijsstijgingen in de vorm hogere energie-, voeding- en salariskosten aangevuld met opgelegde kortingen door de overheid zijn de gehanteerde uitgangspunten/analyses op dit punten niet meer actueel/ onjuist. Derhalve tekenen wij bezwaar aan tegen dit uitgangspunt en verzoeken zorgkantoren dit punt aanhangig te maken bij de NZa en tot actualisatie van uitgangspunten op dit punt te komen.	De NZa is wettelijk verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Dit is het vertrekpunt voor het berekenen van de richttariefpercentages. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. Zorgkantoren gaan het richttariefpercentage op dit moment dus niet aanpassen. 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 gepaste 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 passend is kan een zorg-aanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in begin-sel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
791	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendek-kend. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing en proportionaliteit, in hoeverre is hier rekening gehouden met verschillende financieringsstromen (Zvw, Wmo, subsidies, NHC). Wordt hier kostendekkend bedoelt op totaalniveau of op WLZ-niveau?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domei-nen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee slui-ten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. Het gaat hier dus om de kostendekkenheid op Wlz-ZiN-niveau.
792	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Skipr (dd. 08-06-2023) heeft gepubliceerd dat de NZa alle ta-rieven 2024 opnieuw moet berekenen en dat deze tarieven hierdoor omlaag gaan. Gaat het richttarief 2024 van u hier-door omhoog?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren heb-ben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
793	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Uw tariefstelling moet transparant en uitlegbaar zijn. U dient reële tarieven te stellen en bovendien te motiveren hoe u dat doet, zodanig dat dit voor zorgaanbieders controleerbaar is. Hierbij gelden onder meer de volgende uitgangspunten: (a) u moet tarieven stellen die voor een "redelijk efficiënt functio-nerend aanbieder" kostendekkend zijn, (b) u moet acht slaan op organisatie specifieke aspecten die een significante im-pact kunnen hebben op de kostenopbouw, (c) u moet reke-ning houden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen, (d) u moet een tarief stellen dat niet zodanig laag is dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg en (e) u moet rekening houden met de eventueel bijzondere positie die bepaalde zorgaanbieders kunnen innemen ten opzichte van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld omdat zij een bijzondere zorgfunctie vervullen met een daarbij horende bijzondere kostenstructuur. Deze kaders/uitgangspunten volgen uit de rechtspraak (zoals: Vzr. Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527; Hof Den Haag 30 maart 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:2375; Vzr. Rb. Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:11368; Vzr. Rb. Zeeland-West-Bra-bant 13 november 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:7312). Deels staan deze kaders/uitgangspunten overigens op	Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resul-taat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons mo-del invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt func-tionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te wor-den die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumta-rieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsys-tematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassin-gen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschil-len volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te ko-men waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.

		pagina 3 van Bijlage 7 vermeld, echter niet volledig. Is volgens u, bij het bepalen van de door u gehanteerde tarieven, rekening gehouden met alle bovenstaande kaders/uitgangspunten ? Zo ja, kunt u toelichten op welke manier? Zo niet, in hoeverre niet en waarom niet?	
794	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat, in de berekening van het richttariefpercentage, het 75ste percentiel ook voorgaande jaren is gebruikt als norm. Dit is geen deugdelijke onderbouwing en we maken daartegen dan ook bezwaar. Betekent dit bijvoorbeeld dat er geen wijzigingen zijn in de doelmatigheid van de sector? Of werkt in uw ogen 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig, en waar baseert u dat op?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat wij vinden dat er altijd 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is om te hanteren bij de berekening van de richttariefpercentages. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.
795	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij het vorige inkoopbeleid heeft u eveneens een richttariefpercentage vastgesteld waarmee 75% van individuele zorgaanbieders een tarief betaald zouden krijgen waarmee zij een positief of neutraal resultaat kregen. Waarom denkt u dat het percentage van 75% voor de aankomende jaren redelijk is, mede gelet op de doelmatigheidswinsten van zorgaanbieders door het huidige tariefbeleid?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.
796	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een kostendekkend of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met het bereiken van een kostendekkend resultaat geen sprake is van een reëel tarief, immers voor een gezonde bedrijfsvoering is een zeker resultaat onontbeerlijk. Bent u bereid om het richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt genomen dat zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Zo nee, waarom niet? Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om risico's op te vangen?	Nee, wij zijn niet bereid het richttariefpercentage hierop aan te passen. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.

			Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
797	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u aangeven of wij als zorgaanbieder vallen in de 75% categorie?	Nee, als aanbieder kunt u dit zelf bepalen door de stappen in figuur 1 van de bijlage te doorlopen om het eigen "kostenpercentage/kostenratio" 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.
798	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In de berekening is gesteld dat voor 75% van de zorgaanbieders het tarief toereikend moet zijn. In hoeverre is hierbij rekening gehouden met de differentiatie van de zwaarte van zorg tussen zorgaanbieders?	In de onderbouwing van het richttariefpercentage is niet gedifferentieerd voor verschillen in zorgzwaarte. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximum tarieven. De NZa differentieert voor verschillen in zorgzwaarte op prestatieniveau.
799	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Is er rekening gehouden met de toenemende zwaarte van zorg intramuraal en dus de afbouw van de lichtere zorg intramuraal die verder is ingezet ook na 2021?	Nee, hier is in de berekening van het richttariefpercentage niet expliciet rekening mee gehouden.
800	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentages is gebaseerd op het 75ste percentiel. Bij dit percentiel is het dat het tarief voor 75% van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te kunnen verlenen. De loonkosten hebben het grootste drukkende effect op het resultaat van een zorgaanbieder. Door de komende wijzigingen in de CAO VVT, een verhoging van 10%-15% van de loonkosten in 2023 en 2024, slinkt dit resultaat aanzienlijk. Door deze verandering, verschuift het 75ste percentiel van de zorgaanbieders die een neutraal of positief resultaat hebben, en is het huidige richttariefpercentage direct achterhaald. Hoe kijkt het Zorgkantoor hiernaar en wat doen zij om de zorgaanbieders hierin tegemoet te komen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
801	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Heeft u getoetst of het richttarief nog steeds bij 75% van de aanbieders kostendekkend is als de CAO met 10% wordt	Het richttariefpercentage het landelijke uitgangspunt voor zorgkantoren bij hun tariefstelling. In het inkoopbeleid is uitgewerkt hoe zij regionale

		verhoogd en de tarieven met 1,2% worden verlaagd in 2024? Hoe bent u omgegaan met de verschillen in de regio? Als u hier geen rekening mee hebt gehouden, in hoeverre is deze conclusie dan valide?	tariefaanpassingen verder vormgeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid. Het landelijk richttariefpercentage moet beoordeeld worden mede in de context van de regionale aanpassingsmogelijkheden en de hardheidsclausule.
802	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u toelichten hoe het mogelijk is dat u een reëel richttariefpercentage kan vaststellen als de maximumtarieven van de NZa nog niet gepubliceerd zijn?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
803	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe bent u gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat / 25% negatief resultaat in het bepalen van het richttariefpercentage? Waarom is niet gekozen voor een andere verhouding?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de Nvl over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
804	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen of wij volgens u vallen binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het 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
805	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U lijkt ervan uit te gaan dat voor de 25% van de zorgaanbieders voor wie het richttariefpercentage niet kostendekkend is, geldt dat deze zorgaanbieders niet doelmatig zijn. Klopt dat? Kunnen individuele aanbieders opvragen c.q. erachter komen of zij zijn ingedeeld in de groep van 25%? Als een aanbieder dan kan aantonen dat hij wel doelmatig is, kan hij dan een beroep doen op een hoger tariefpercentage? Zo nee waarom niet?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
806	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat het 75e percentiel voor het merendeel van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te kunnen verlenen, maar ook om doelmatigheid te stimuleren. 1. Zegt u hiermee dat 25 % van de zorgaanbieders niet doelmatig werkt? 2. Wat is de definitie van doelmatige zorg? 3. Wat is 'voldoende' om goede zorg te kunnen verlenen. 4. Wat is goede zorg volgens het Zorgkantoor?	Nee, wij stellen niet dat wij vinden dat er altijd 25% van de aanbieders ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is om te hanteren bij de berekening van de richttariefpercentages. Zoals aangegeven op pagina 12 in de Visie zetten zorgkantoren gezamenlijk in op doelmatigheid. 'Concreet betekent dit dat we sturen op een verlaging van de gemiddelde kosten per cliënt zodat er meer cliënten langdurige zorg kunnen ontvangen vanuit het macro-kader dat beschikbaar is. Daarin zoeken we vanuit onze zorgplicht een duurzame balans tussen enerzijds betaalbaarheid en anderzijds toegankelijkheid, kwaliteit en klantvoorkeuren.' Goede zorg sluit aan op de behoeften van de cliënt en voldoet aan de kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden van het veld.
807	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Onze regio en daarmee ook onze instelling, herkent zich niet in de uitspraak dat het richttarief bij 75% van de aanbieders kostendekkend is als de tarieven worden verlaagd en de CAO met 10% wordt verhoogd. Hoe wordt door het Zorgkantoor rekening gehouden met regionale verschillen?	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 organisatie-specifieke, 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.

808	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wij zijn van mening dat bij de berekening van het richttarief-percentage alleen de Wlz-zorgexploitatie meegenomen moet worden. Heeft u in de berekening alleen rekening gehouden met de Wlz-zorgexploitatie? En niet de vastgoedexploitatie? Kunt u aangeven welke methode u heeft gebruikt en waarom? En indien u de vastgoed exploitatie wel heef mee-genomen in de berekening, is dan de verlaging van de NHC ook meegenomen? Zo nee, waarom niet?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa ta-rief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegeno-men.
809	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Graag wil zorgaanbieder de feitelijke berekening ontvangen op basis waarvan het richttariefpercentage tot stand is geko-men. Tot die tijd, heeft zorgaanbieder bezwaar tegen het richttarief percentage.	Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In ver-band met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
810	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wij maken bezwaar tegen de rekensystematiek van 75% daar hier ons inziens geen deugdelijke onderbouwing aan ten grondslag ligt.	Dit zien wij anders. Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richt-tariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbie-ders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de op-dracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwali-tatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uit-gaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstij-gende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit ver-schilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kos-tendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou wor-den en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
811	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze heeft u de loonkostenstijging na 2021 voor de sector meegenomen in de berekeningen? Indien u dat niet heeft gedaan, kunt u nader toelichten waarom u dat niet heeft gedaan?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Doordat het richttarief-percentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

812	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze heeft u de impact van het stijgende ziekteverzuim na 2021 meegenomen in het bepalen van uw sectorpercentage. Indien niet bent u bereid hierop alsnog het sectorpercentage aan te passen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
813	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op welke wijze houdt u rekening met het aantal Cliënten per zorgzwaarte per aanbieder en het financiële effect hiervan? Indien niet kunt u nader toelichten waarom niet?	Het aantal cliënten en de zorgzwaarte zijn factoren die de Wlz ZiN omzet, zoals gedefinieerd in bijlage 7, beïnvloeden. De Wlz ZiN omzet bestaat uit de som van de, door alle zorgkantoren, aangeleverde declaratiegegevens. Uitzonderlijke effecten van prestatie- en/of cliëntmix die zich niet uiten in de declaraties zijn niet meegenomen in de bepaling van het richttarief. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
814	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentage wordt vastgesteld op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de aanbieders kostendekkend voor de Wlz." Uit welke zorgaanbieders bestaat deze 75% en uit welke zorgaanbieders bestaat de resterende 25%.	Bij de bepaling van de 75% en 25% groep is gekeken naar het "kostenpercentage/kostenratio" van elke individuele aanbieder in een sector. Het richttariefpercentage voor die sector is vervolgens bepaald op het percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders tenminste kostendekkend zorg kan leveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij niet delen welke aanbieder tot welke groep behoort.
815	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat u voor het richttariefpercentage alle organisaties binnen een bepaalde sector hebt meegenomen en de laagst/ hoogst scorende uit de berekening hebt verwijderd. Kunt u aangeven of en hoe u rekening hebt gehouden met de verschillen in kosten-en infrastructuur tussen de organisaties binnen een sector en de prestaties die zij bieden (GGZ B/ GGZW, leveringsvormen etc.)?	Met genoemde elementen is in het model van het richttariefpercentage geen rekening gehouden. Deze elementen kunnen wel terugkomen in het regionale inkoopbeleid. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de prestaties en bijbehorende tarieven van de NZa en een zorgaanbieder wordt gefinancierd op basis van de prestaties die worden geleverd, wordt hier in de financiering wel rekening mee gehouden.
816	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U baseert zich voor uw richtpercentage op het 75e percentiel. Dat ziet echter op het 75e percentiel van 2021. Als we echter zien dat de CPI in 2022 met 10% stijgt en de stijging van de vergoeding daar zeker geen gelijke tred mee hield, is de stelling dat er in 2022 minder instellingen zijn met een kostendekkende exploitatie geen gewaagde. Bent u bereid als blijkt dat het 75e percentiel in 2022 niet kostendekkend was om het richtpercentage daaraan aan te passen?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
817	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U stelt dat 25%, verwijzend naar de afgelopen jaren, van de aanbieders altijd ondoelmatig zal werken. Waar baseert u dat op?	Nee, wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

818	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is uw vangnetconstructie voor de 25% die het niet met dit richtpercentage redden, in relatie met de toenemende zorgvraag?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
819	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Kunt u aangeven welke componenten u heeft meegenomen bij het bepalen van het richttariefpercentage?	De onderdelen die zijn meegenomen in de bepaling van het richttariefpercentage met daarbij ook de methode hoe deze onderdelen uiteindelijk zijn gebruikt in de berekening staan benoemd in bijlage 7, specifiek deel 1 (bepalen zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).
820	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U hebt het richttariefpercentage bekend gemaakt voordat bekend werd dat het BKZ en daardoor de Wlz tarieven in 2024 naar beneden worden bijgesteld. In 2025 komt daar nog een extra daling bovenop. In hoeverre is het richttariefpercentage dat u hebt vastgesteld nog actueel?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
821	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In welke mate is er bij de berekening van het richttariefpercentage 2024 regionaal sprake van verschillen in het richttarief? Licht uw antwoord toe.	De richttarieven zijn op landelijk niveau per sector berekend en gelden ook landelijk voor een specifieke sector. De richttarieven zijn voor alle regio's dus gelijk. De uiteindelijke tarieven zijn onderhevig aan regionaal beleid, hiervoor verwijzen wij naar het inkoopbeleid van uw regio.

822	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is het richttarief 2024, indien er bij de berekening rekening wordt gehouden met de korting van 8% op de NHC/NIC in de NZA tarieven van 2024?	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.
823	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe is het zorgkantoor gekomen tot de keuze voor een verhouding van 75% positief of neutraal resultaat/ 25% negatief resultaat bij het bepalen van het richttariefpercentage? Op welke wijze kunnen wij als individuele zorgaanbieder vaststellen in welke categorie wij vallen? Wij ontvangen hiervan graag een onderbouwing en de berekening die heeft geleid tot het bepalen van de 75% positief/ neutraal en 25% negatief. Het zorgkantoor lijkt ervan uit te gaan dat de zorgaanbieders in het 25e percentiel onvoldoende doelmatig zijn. Waarop baseert u deze conclusie en wat zijn hiervan de consequenties voor het toepassen van de hardheidsclausule?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen." 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. Wij stellen niet dat iedere aanbieder waarvoor het richttariefpercentage niet kostendekkend is niet doelmatig is. Dit kan ook een gevolg zijn van bijvoorbeeld de invulling van een specifieke regionale functie. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat

			voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen in beginsel binnen het macrokader en de maximumtarieven.
824	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De NZa verlaagt de NHC-vergoeding in 2024 met 8%. Daarnaast geeft de minister een aanwijzing (Kamerbrief van 17 april jl.) aan het NZa om twee besparingen in de NZa-tarieven door te voeren, wat in 2024 leidt tot een korting van 1,2% op de maximumtarieven en een aanwijzing aan de zorgkantoren om de gemiddelde kortingspercentages niet te verlagen. Hoe verhouden de diverse aanpassingen van het tarief zich tot het bieden van een reëel, kostendekkend tarief, voor zowel de zorg- als de vastgoedexploitatie?	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. Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
825	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Vindt u dat het eigen vermogen een rol speelt voor een kostendekkende zorgexploitatie?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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 stand gehouden. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet.
826	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is het omzet niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend voor de Wlz is? Welk percentage, welk vermogen, welke gegevens liggen hier ten grondslag?	Er is in de berekeningen geen sprake van een bepaald omzetniveau. Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Het richttariefpercentage stellen wij vervolgens vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Overige toelichting treft u verder aan in de bijlage 7.
827	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat betekent het voor de sector als 25% van de zorgaanbieders negatief draait en niet meer kan investeren? Hoe denkt u dat de toekomst er dan uit gaat zien?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit

			passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Met deze driedelige systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Wij gaan er dan ook vanuit dat uiteindelijk niet 25% van de aanbieders een negatief resultaat behaalt.
828	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het eigen vermogen is in onze optiek irrelevant voor een kostendekkend tarief. Op welke manier is het richttariefpercentage tot stand gekomen?	In de bepaling van het richttarief wordt de vermogenspositie van een aanbieder niet meegenomen. Voor uitleg over de berekeningsmethode verwijzen wij naar bijlage 7, specifiek deel 1 (bepalen zorgaanbieder percentage) en deel 2 (bepalen sectorpercentage).
829	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Is het reëel te veronderstellen dat de 25% zorgaanbieders die niet uitkomt met het tarief een beroep doen op de hardheidsclausule?	Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Een en ander staat los van de samenstelling van- en uw positie in- de 75/25 groepsverdeling.
830	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Er wordt gesteld dat het 75 percentiel voor het merendeel van de zorgaanbieders voldoende moet zijn om goede zorg te verlenen. In het kader van transparante uitleg, onderbouwing, waarop is dit gebaseerd? Waar en hoe is bepaald wanneer goede zorg wordt verleend?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een begroot verlies lijden met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan

			is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
831	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U geeft aan dat het richttarief gebaseerd is op de door u uit de jaarrekening 2021 gedestilleerde gegevens. Het feit dat u zich hiervoor baseert op jaarrekening 2021 om te concluderen dat 75% van de zorgorganisaties vervolgens met het richttariefpercentage voor 2024 (!) uit kan is de facto onjuist. Externe omstandigheden zijn in de 2022 fors gewijzigd (inflatie, energie, salarissen) en zullen dat in 2024 e.v. blijven doen. Denk aan de nog te maken afspraken over een aanpassingen van de CAO (gesprekken tussen werkgeversorganisaties en vakbonden lopen nu), de daling in de NHC/NIC die wordt doorgevoerd en de besparingen op het macro-kader Wlz voor de 2024 en verdere jaren. Het percentage zorgorganisaties dat uit kan komen met het nu door u bepaalde richttariefpercentage zal, zonder aanpassingen hierin, dan naar verwachting onder de 75% uitkomen. - Deelt u de hierboven beschreven verwachting dat voor minder dan 75% van de zorgorganisaties het richttariefpercentage kostendekkend zal blijken te zijn? - Zo ja, bent u bereid het richttariefpercentage aan te passen zodat uw vertrekpunt dat voor 75% van de zorgorganisaties het richttarief kostendekkend is, ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt? - Op welk richttarief zou u uitkomen als u de gerealiseerde en voorziene ontwikkelingen in resp. 2022 en 2023 en komende jaren doorrekent en vasthoudt aan uw uitgangspunt dat als 75% van de organisaties er dan mee uit de voeten kan?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. 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 stand gehouden. 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 hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of de richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten
832	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Er wordt aangegeven dat er gestreefd wordt naar duidelijkheid en transparantie voor de gekozen modelkeuzes, met als doel dat 75% van de zorgaanbieders kostendekkend is voor de WLZ. Het is echter niet duidelijk welke instellingen behoren tot deze 75% en welke tot de 25%, dit strookt met de gestelde duidelijkheid en transparantie.	Wij kunnen de berekening niet op geaggregeerd niveau aanleveren. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ter illustratie is wel een aanvulling opgenomen in bijlage 7.
833	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Wat is de visie van het zorgkantoor op de 25% zorgaanbieders die structureel verlies gaan leiden in de uitgevoerde berekeningen? Hoe zouden deze aanbieders zonder financiële ruimte voor investeringen (in bijvoorbeeld zorgtechnologie en verduurzaming) naar het inzicht van het zorgkantoor in algemene zin (los van de individuele situatie) kostenefficiënter moeten kunnen gaan werken?	Dit is niet een vraag die in algemene zin beantwoord kan worden. Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttariefpercentage dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan

			is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
834	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	In hoeverre is een richttariefpercentage van 95,7% (GZ) voor 75% kostendekkend, wanneer deze is gebaseerd op 2021 en de kosten sindsdien alleen maar stijgen?	Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De maximumtarieven zijn sinds 2021 jaarlijks door de NZa geïndexeerd op basis van landelijke cijfers over kostenontwikkelingen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximumtarieven volgen we deze indexatie.
835	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De 75% zou zijn gekozen als doelmatigheidsprikkel. Als het tarief voor alle zorgaanbieders kostendekkend zou zijn, zou de prikkel om efficiënt te werken wegvallen. Eenzelfde prikkel zou worden gegeven als het tarief voor 90% kostendekkend zou zijn en de 10% minder doelmatige zorgaanbieders efficiënter zou moeten gaan werken. Op basis van welke cijfers is verondersteld dat 25% van de zorgaanbieders doelmatiger zou kunnen werken?	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
836	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Pg. 27. 2.1: het richttariefpercentage zou landelijk bepaald zijn op een niveau waarbij 75% van de zorgaanbieders kostendekkend (en enig resultaat) zou zijn. Gezien de noodklok die alle zorgaanbieders luiden, naar aanleiding van het onderhavige inkoopbeleid, ontvangen wij graag een onderbouwing van dit percentage.	Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. In de NvI over het inkoopbeleid 2022 is de keuze voor de 75% als volgt toegelicht:" Met het richttariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. Dit vraagt om een tarief dat lager is dan in het verleden, maar hoog genoeg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Voor het bepalen van het exacte percentage aanbieders dat een neutraal of positief resultaat behaalt met het richttariefpercentage is gekeken naar de historische resultaten. Uit onze analyse volgt dat in 2019 83% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikte uitgaande van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Uit de (domein overstijgende) jaarverslagenanalyses van Intrakoop over 2019 volgt dat dit

			verschilt tussen sectoren: V&V 80%, GZ 81,5% en GGZ 71%. Door iets onder het gemiddelde te gaan zitten en boven het niveau van de GGZ sector in 2019 denken wij op een verantwoorde manier een prikkel tot doelmatigheid te introduceren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen."
837	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Het richttariefpercentage is voor 75% van de aanbieders kostendekkend stelt ZN. In hoeverre is deze 75% een representatieve weergave van de type aanbieders (bijv. groot/klein/specifiek aanbod) in die er zijn? Graag ontvangen we de uitkomsten van het onderzoek hiernaar.	Er is gekeken naar het marktaandeel van de verschillende groepen per sector, hierbij is gekeken naar de 25% groep aanbieders die boven het richttarief liggen, de 75% groep aanbieders die onder het richttarief zitten en de uitgesloten outliers. De uitkomsten hiervan zijn toegevoegd aan bijlage 7.
838	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Bij de bepaling van het richttariefpercentage zijn outliers eruit gehaald. Met het richttariefpercentage heeft 75% van de zorgaanbieders theoretisch over 2021 een neutraal of positief resultaat. Dit is wel exclusief outliers. Hoeveel zorgaanbieders betreft dit en welk aandeel hebben zij in de VG sector? Is daarmee de 75% wel representatief voor de sector VG?	Voor de GHZ zijn 5,7% van de aanbieders (op geconsolideerd niveau) aangemerkt als outlier, zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0,13% van de ZiN Wlz omzet van de totale groep (de meegenomen aanbieders en outliers). Wij zijn hiermee van mening dat de resultaten, met uitsluiting van outliers, representatief zijn.
839	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	De NZa heeft een onjuiste indexering gehanteerd, wat is hiervan de impact? Er is een onjuiste aanname gemaakt, hierdoor ziet mogelijk de 75% van de zorgorganisaties met een positief resultaat er anders uit. Wordt dit nog aangepast?	De ontdekte omissie in de indexatiecijfers t.b.v. de maximumtarieven 2024 heeft geen gevolgen voor de onderbouwing van ons richttariefpercentage. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
840	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Hoe zijn de Wlz-kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ZVW) uit de jaarverslagen?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorg-domeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage.
841	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Waarom is er geen adequaat onderzoek verricht onder alle aanbieders, geïntegreerde en woonaanbieders? Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief maken dat er geen sprake is van reële,	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin; dit geldt ook voor de nog te

		kostendekkende tarieven om de volgende redenen: - Aanbieder kan de gevraagde zorg niet met de vereiste kwaliteit leveren, omdat hierbij geen rekening is gehouden met diverse kostenstijgingen zoals bijvoorbeeld het toenemende beroep dat gedaan moet worden op personeel niet in loondienst (PNIL), én de tarieven ook geen opslag bevatten voor het bekostigen van innovaties. - De toegenomen complexiteit van de zorgvragen maakt dat behandeling en begeleiding in de gehele Wlz-ggz steeds complexer en intensiever wordt. Zorgaanbieder moet daarom gemiddeld genomen hoger gekwalificeerd personeel inzetten. De afslag die wordt gehanteerd, maakt dat wij geen zorg meer kunnen leveren die aan de geldende kwaliteitsnormen voldoet. - De herstelgerichte behandeling volgens de zorgstandaarden, generieke modules en de ART-methodiek en de brede inzet van ervaringsdeskundigen brengen extra kosten met zich mee. Zorgaanbieder kan de herstelgerichte behandeling en de inzet van ervaringsdeskundigen alleen blijven bekostigen als daar reele, kostendekkende tarieven tegenover staan. Ook andere disciplines als maatschappelijk werkers, de ggz-verpleegkundig specialist, de psycholoog en arbeids- of hersteldeskundigen hebben een belangrijkere rol in het multidisciplinaire team. Hun opleidingsniveau ligt ook hoger dan het opleidingsniveau waar bij de huidige zzp's rekening mee is gehouden.	publiceren tarieven voor het komend jaar. Wij gaan ervan uit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt. In combinatie met de overige onderdelen (regionale differentiatie en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
842	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Indien u de vastgoedexploitatie wél heeft meegenomen in de berekening van het richttariefpercentage, heeft u rekening gehouden met het gegeven dat de NHC vanaf 2024 wordt herijkt met 8 procent? Zo nee, dan maken wij hiertegen bezwaar.	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen. Aangezien het richttariefpercentage niet geldt voor de NHC en de doorrekening o.b.v. gegevens uit 2021 is gedaan is de herijking van de NHC voor 2024 niet meegenomen.
843	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	U stelt vast dat 75% van de aanbieders voldoende is om een acceptabel tarief te bieden. Daarmee sluit u direct 25% uit en lijkt het erop dat zij met dit beleid in de financiële problemen komen voor zover dat al niet het geval is. In hoeverre hebt u rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023? Te denken valt aan personeelskosten en materiële kosten.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

844	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op pagina 4 van de bijlage ´onderbouwing richttarief-percentages Wlz' en aldaar onder voetnoot 3 schrijft u dat het uitsluiten van zorgaanbieders met een lage Wlz ratio een zeer lage impact heeft op het model. Kunt u te kwantificeren wat u bij deze voetnoot verstaat onder een zeer laeg Wlz ratio? Kunt u daarnaast kwantificeren wat u bij deze voetnoot verstaat onder een zeer lage impact op het model?	Tijdens de ontwikkeling van het model hebben wij een Wlz ZiN ratio van 10% of minder als laag beschouwd.

#	Paragraaf	Vraag	Antwoord
844	1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Op pagina 10 beschrijft u uw beleid met betrekking tot onderaannemers. Vallen hier zzp'ers ook onder? En wilt u dan van elke individuele zzp'er weten wie er heeft gewerkt?	Voor het antwoord op uw vraag verwijzen wij u naar de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 die onderdeel is van Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Hierin kunt u lezen dat de inzet van zzp'ers ook onder onderaanneming valt. U hoeft geen namen van zzp'ers te vermelden, wel een opgave van de te verwachten inzet door zzp'ers.
845	1. Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Benoemd wordt dat nog te publiceren documenten integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst. We kunnen niet instemmen met nog nader te publiceren documenten aangezien de inhoud en impact hiervan vooraf niet bekend zijn. Hiertegen hebben wij bezwaar.	Wij nemen aan dat vraagsteller hier op het nog niet gepubliceerd zijn van het Voorschrift zorgtoewijzing doelt. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Beide onderdelen kunnen van invloed zijn op de inhoud van het Voorschrift zorgtoewijzing. Dit is de reden dat deze later wordt gepubliceerd.
846	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Klopt het dat bestaande aanbieders met een lopend contract dit jaar geen instemmingsverklaring hoeven in te dienen, maar dat de instemmingsverklaring slechts geldt voor de jaren 2025 e.v. bij een doorlopende overeenkomst?	Ja, dit klopt.
847	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Maken de tariefpercentages zorg en het tariefpercentage NHC/NIC deel uit van dit perspectief?	Uit uw vraag is niet te herleiden welk perspectief u bedoelt. Derhalve kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.
848	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Leidt de 'instemming' met het perspectief tot beperkingen in de mogelijkheden van het stellen van vragen over het inkoopbeleid in de komende jaren? Wij refereren daarbij aan de afgelopen jaren, waarbij vragen stellen beperkt werd tot gewijzigde onderdelen van het inkoopbeleid. Als dat zo is, dan hebben we daar bezwaar tegen, want ook gewijzigde omstandigheden kunnen leiden tot een ander inzicht op het inkoopbeleid en leiden tot nieuwe vragen en bezwaren over het inkoopbeleid dat op zichzelf ongewijzigd wordt voortgezet.	Bij inschrijving op een inkoopprocedure op grond van een meerjarig inkoopbeleid waarbij er later sprake is van gewijzigd beleid, kunnen er bij bekenmaking van dat gewijzigde beleid alleen vragen worden gesteld over de betreffende wijzigingen.

849	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In 3.3 geeft u aan dat Bestaande zorgaanbieders in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’, in aanmerking komen voor een overeenkomst voor 3 jaar, waarbij het zorgkantoor eenzijdig 2 keer met 1 jaar kan verlengen. Kunt u aangeven welke criteria u hiervoor aanhoudt? Verder is onduidelijk of een zorgaanbieder die verlenging moet accepteren en onder welke voorwaarden die verlenging dan geaccepteerd moet/kan worden. Kunt u dit toelichten?	Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt. Het gaat verder om een eenzijdige verlengingsmogelijkheid van het zorgkantoor. Wanneer de zorgaanbieder inschrijft op de inkoopprocedure stemt hij in met de verlenging zoals deze is omschreven.
850	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In het beleid staat: "De zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorglevering blijft altijd volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer." Onderaanneming is niet altijd een keuze van de zorgaanbieder maar kan ook op verzoek van de cliënt zijn (door overgang Zvw naar Wlz). Het is niet reel dat de zorgaanbieder hierin alleen eindverantwoordelijk is maar we zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, wat maakt dat u dit anders ziet?	Nee, wij kunnen dit niet bevestigen. Het zorgkantoor heeft alleen een contractuele relatie met de zorgaanbieder die hoofdaannemer is en onderaannemers inzet voor de levering van de zorg waarvoor hij door het zorgkantoor is gecontracteerd. Als met de kwaliteit van de zorg verleend door een onderaannemer iets mis is, dan kan het zorgkantoor alleen de zorgaanbieder/hoofdaannemer aanspreken. Vandaar dat is bepaald dat de zorgaanbieder die een onderaannemer inzet voor zorgverlening altijd volledig verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van zorg door de onderaannemer.
851	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	Zit er aan de VOG RP een verlooptermijn ofwel een geldigheidsduur of hoeft deze maar eenmaal aangevraagd te worden?	Indien u een bestaande zorgaanbieder bent, verklaart u in de Bestuursverklaring dat u beschikt over een Verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Schrijft u in als nieuwe zorgaanbieder, dan dient u bij uw inschrijving een VOG RP bij te voegen die niet ouder is dan 1 jaar op het moment van inschrijven en specifiek is aangevraagd ten behoeve van de inschrijving op de inkoopprocedure van het zorgkantoor waar u inschrijft. Zie het ‘Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders’.
852	3. Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In paragraaf 3.1.1 van het regionaal inkoopbeleid beschrijft u het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders. Is het juist dat een inschrijver die in de loop van 2023 een overeenkomst heeft gesloten met het zorgkantoor op basis van een tussentijdse inschrijving, valt onder ‘bestaand voor het zorgkantoor’?	De definitie 'Bestaand voor het zorgkantoor' luidt: een zorgaanbieder die op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar ingeschreven wordt. Dit kan een overeenkomst zijn die in 2023 is gesloten op grond van een tussentijdse inschrijving en van kracht is op moment van inschrijven.
853	3.3 Contracteerproces	Er wordt beschreven dat het zorginkoopdocument een looptijd van 3 jaar heeft, met een mogelijkheid tot verlenging - Hoe wordt de indexering toegepast? - Wat zijn de andere randvoorwaarden? - Mochten er grote beleidswijzigingen zijn, kan het dan opengebroken worden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee. Voor de vraag hoe zorgkantoren handelen bij grote beleidswijzigingen verwijzen wij vragensteller naar de passages in het inkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren die over het wijzigen ervan gaan.
854	3.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Bestaande zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst voor drie jaar met de mogelijkheid voor het	In de overeenkomst is de mogelijkheid voor het zorgkantoor opgenomen om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te

		zorgkantoor om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar te verlengen. We gaan er vanuit dat dit niet zonder de goedkeuring van de zorgaanbieder geschiedt en dat derhalve de overeenkomst alleen tweezijdig kan worden verlengd?	verlengen. Een eenzijdige verlenging houdt per definitie in dat daar niet de goedkeuring van de zorgaanbieder voor nodig is. Die zal dan ook niet gevraagd worden, indien het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik wenst te maken.
855	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Geldt de eenzijdige verlengingsoptie van 2 x 1 jaar voor de periode na drie jaar, dus voor jaar 4 en jaar 5, of geldt het meerjarencontract als eenjarig, met twee eenzijdige verlengingsopties van een jaar?	De verlengingsoptie opgenomen in de meerjarenovereenkomst (de overeenkomst 2024-2026) van 2 maal 1 jaar geldt voor jaar 4 en jaar 5.
856	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Waarom is er sprake van een eenzijdige verlengingsoptie?	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft.
857	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	In paragraaf 6.4 is opgenomen dat het zorgkantoor de overeenkomst 2024-2026 met bestaande aanbieders eenzijdig twee keer met de periode van een jaar kan verlengen. Wordt de aanbieder betrokken bij het besluit ten aanzien van de verlenging? En op basis van welke criteria wordt al dan niet tot verlenging over gegaan?	De zorgaanbieder wordt niet betrokken bij het besluit ten aanzien van een eventuele verlenging. Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.
858	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	U geeft op bladzijde 8 aan financiële afspraken te maken voor 2024-2026 in een driejarige overeenkomst. Gezien de onzekerheden van kostenstijgingen zoals inflatie en loonkosten (CAO) hoe wordt daar rekening mee gehouden?	Het afgesproken tariefpercentage is een percentage van het maximum NZa-tarief. Als de maximum NZa-tarieven geïndexeerd worden vanwege de aspecten die vragensteller noemt, dan gaan de via de overeenkomst afgesproken tarieven daar automatisch in mee.
859	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Wat maakt dat het zorgkantoor kiest voor een eenzijdige verlengingsoptie? Hoe heeft de zorgaanbieder inspraak op het verlengde beleid en tariefpercentage.	Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dient voldoende zorg voor de Wlz-gerechtigden in te kopen. De eenzijdigheid van de verlengingsmogelijkheden stelt hem in staat zijn verplichtingen jegens de Wlz-gerechtigden na te komen en te waarborgen dat er voldoende zorg ingekocht blijft. De zorgaanbieder heeft geen inspraak op het verlengde beleid of het tariefpercentage.
860	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Klopt het dat een bestaande zorgaanbieder alleen een inschrijving KvK en een UBO hoeft aan te leveren bij een volledig aan te leveren Bestuursverklaring 2024? De andere eisen voor de bestuursverklaring zijn alleen voor nieuwe aanbieders?	Nee, een bestaande zorgaanbieder in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’ dient alleen de gehele, ingevulde en ondertekende bestuursverklaring aan te leveren of als deze in een digitale vragenlijst is verwerkt, de vragen te beantwoorden en het geheel digitaal te ondertekenen. Aanvullende documenten hoeven niet te worden aangeleverd; ook niet een afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK en een afschrift van inschrijving UBO(‘s) in het UBO-register.

861	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	U vraagt hier om een VOG rechtspersoon. Wilt u aangeven wat het verschil is met een GVA, wat maakt dat een GVA niet voldoet? U verwijst naar de website van het Ministerie, maar naar ons idee worden bij een GVA en een VOG rechtspersoon dezelfde zaken gecontroleerd. Wat maakt dan het verschil dat u een VOG rechtspersoon wenst i.p.v. een GVA?	Op de volgende webpagina (https://justis.nl/service-contact/veelgestelde-vragen/gva/kan-er-naast-de-gva-ook-om-een-vog-rp-gevraagd-worden) kunt u zien wat de verschillen zijn tussen de twee documenten. Daar is o.a. te lezen dat bij een VOG RP in de beoordeling aandacht besteed kan worden aan strafrechtelijke veroordelingen die voor de specifieke sector relevant zijn waar de VOG RP voor aangevraagd wordt. Verder beziet de VOG RP of het bedrijf ook voldoende betrouwbaar is om specifiek zorggerelateerde werkzaamheden uit te voeren. Dat zijn met name aspecten die voor een inschrijving op een inkoopprocedure die de Wlz-zorg tot onderwerp heeft, relevant zijn.
862	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Bij de GVA en VOG rechtspersoon staat geen termijn, is onze aanname correct dat we deze documenten mogen inleveren wat maximaal 2 jaar oud is?	Nieuwe zorgaanbieders dienen een VOG RP aan te leveren die niet ouder is dan een jaar op het moment van inschrijving en specifiek aangevraagd ten behoeve van deelname aan deze inkoopprocedure. Zie het ‘Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders’ dat is opgenomen in het inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor. Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald. Dat speelt dan ook geen rol bij het al dan niet voldoen aan de betreffende geschiktheidseis.
863	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Op moment van inschrijven moeten zorgaanbieders voldoen aan de vigerende Governancecode Zorg. Op welke wijze moeten we dat bij inschrijving aantonen?	Als bestaande aanbieder moet u hieraan voldoen. U verklaart door ondertekening van de bestuursverklaring dat u eraan voldoet. Als nieuwe aanbieder dient u hieraan te voldoen (uiterlijk op moment van zorglevering). In de statuten die een nieuwe aanbieder bij inschrijving moet aanleveren, moet de vigerende Governancecode Zorg geborgd zijn. Zie het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders voor de nadere details.
864	5. Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Voor de bestuursverklaring dient aangegeven te zijn dat er een afschrift van inschrijving UBO(‘s) in het UBO-register is dat beheerd wordt door de KvK. In onze organisatie is recent een bestuurderswissel geweest. Een wijziging in het UBO is in aanvraag, maar op moment van inschrijven is nog niet helder of deze is verwerkt. Als de aanvraag nog niet is verwerkt kan het vinkje worden gezet voor het onderdeel 'De zorgaanbieder heeft zijn Ultimate beneficial owner(s) (UBO(‘s)) – zijn uiteindelijke belanghebbende(n) – in het UBO-register ingeschreven, voor zover daartoe verplicht.'?	Uw vraag ziet op de situatie dat de aanvraag wijziging UBO(‘s) op het moment van inschrijving nog niet is verwerkt. In dat geval vragen wij u een afschrift van de inschrijving UBO(‘s) in het UBO-register op dat moment met uw inschrijving mee te sturen en daarbij te vermelden dat dit afschrift niet de werkelijke situatie weergeeft maar dat u – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – een nieuw afschrift zult nasturen. Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe

			zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. Mocht deze laatste situatie van het niet kunnen aanvragen van een afschrift aan de orde zijn, dan vragen wij u naast de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, de bevestiging van de oude UBO-registratie met toelichting met uw inschrijving mee te sturen en – zodra de bestuurderswissel in het UBO-register is verwerkt – de bevestiging van de nieuwe UBO-registratie na te sturen. Als u zich aan het bovenstaande houdt, kunt u het vinkje bij dit onderdeel zetten.
865	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U geeft aan dat een integriteitstoets deel uit kan maken van de beoordeling. Een VOG RP kan hier een aanvulling op zijn. Welke geldigheidsduur hanteert het zorgkantoor voor deze VOG RP?	Zoals benoemd in het Overzicht aan te leveren documenten voor nieuwe zorgaanbieders, mag deze niet ouder dan 1 jaar zijn op het moment van inschrijving. Bestaande zorgaanbieders dienen enkel te beschikken over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP). Over de ouderdom van de verklaring in het geval van bestaande zorgaanbieders is niets bepaald.
866	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Om te kunnen voldoen aan de zorgplicht, is het noodzakelijk dat zorgkantoren met voldoende zorgaanbieders contracten sluiten. Het proces voor zorgaanbieders om in te schrijven voor een overeenkomst, biedt geen mogelijkheid, althans wordt van een dergelijke mogelijkheid geen gebruik gemaakt, om een inschrijving aan te vullen of toe te lichten als er sprake is van geringe afwijkingen ten opzichte van het gevraagde of onduidelijkheden die zonder nieuwe informatie te verstrekken kunnen worden toegelicht. In lijn met de aanbestedingsprincipes, kunnen zorgkantoren inschrijvers de mogelijkheid bieden om de inschrijving te verbeteren of aan te vullen, als het slechts een eenvoudige precisering betreft of het herstel van een kennelijke materiële fout. Bent u bereid om de mogelijkheid tot het aanvullen of verduidelijken van een inschrijving zoals hierboven bedoeld expliciet op te nemen? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de volgende passage in hun inkoopprocedures staan, waarbij de termijn kan verschillen: Bevoegdheid tot het vragen van een toelichting Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend. Zorgkantoren hebben dus de mogelijkheid om een toelichting te vragen maar zoals in de passage staat vermeld, is het een bevoegdheid van de zorgkantoren en zijn ze geenszins verplicht dat te doen.
867	6. Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Er wordt gesproken over het aanleveren van een ondernemingsplan. Klopt het dat dat niet van toepassing is voor bestaande aanbieders?	Dit klopt voor zover het bestaande aanbieders betreft in de zin van ‘bestaand voor het zorgkantoor’. Bestaande zorgaanbieders in zin van ‘bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor’ moeten een beknopt ondernemingsplan aanleveren (tenminste het bedrijfs- en financieel plan).
868	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Tijdpad: Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 2024. De termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten	De termijn om vragen te stellen hebben wij inderdaad met 1 dag ingekort. Reden hiervoor is dat wij daarmee nog een werkdag extra hadden om de

		behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten?	vragen te kunnen verwerken, gelet op de geplande publicatiedatum 7 juli 2023.
869	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Komt er naar aanleiding van uw antwoorden op de vragen, een vervolg mogelijkheid om vragen te stellen? We zouden ons voor kunnen stellen dat uw antwoorden opnieuw vragen oproepen.	Er komt geen vervolg-mogelijkheid om vragen te stellen.
870	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	We verzoeken u artikel 5.4.4 van het Voorschrift zorgtoewijzing aan te passen zodat van zorgaanbieders niet wordt verlangd dat zij elkaar gaan aanspreken op verplichtingen of verantwoordelijkheden die het zorgkantoor aan aanbieders oplegt. Kunt u hierop bevestigen? Graag ontvangen we een motivatie over uw besluit.	Het Voorschrift zorgtoewijzing is geen document dat op 1 juni 2023 is gepubliceerd en valt hierdoor niet onder deze Nota van Inlichtingen. Bovendien merken wij op dat wij in het huidige Voorschrift geen paragraaf met de aanduiding ‘5.4.4’ tegenkomen.
871	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Het Voorschrift zorgtoewijzing maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Echter wordt deze op een later moment gepubliceerd en wordt dus op dit moment transparantie gemist. Is het mogelijk dat er bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing nog een Nota van Inlichtingen volgt? Graag uw besluit motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
872	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Bijlage 6 is op dit moment (12-6-23) niet gepubliceerd. Wat maakt dat u deze niet tijdig gepubliceerd heeft? Wat zijn de gevolgen van het niet tijdig publiceren? Graag uw toelichting.	Dit document kent een andere cyclus van herziening. Dat het Voorschrift zorgtoewijzing later wordt gepubliceerd, heeft verder geen gevolgen. Zodra het wordt gepubliceerd zal het conform de bepalingen in de overeenkomst automatisch onderdeel worden van de overeenkomst.
873	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Het Voorschrift zorgtoewijzing ontbreekt nog. Daarmee is het onmogelijk om zicht te hebben op hetgeen artikel 1, lid 1 van deel III (zorglevering) en artikel 6 van deel III (zorgweigering en -beëindiging) voor de zorgaanbieder zou kunnen betekenen. Op welke wijze wordt de zorgaanbieder in staat gesteld om vragen over dit Voorschrift te stellen nu dit niet kan d.m.v. de Nota van Inlichting en op welke wijze kan zij eventueel inhoudelijk bezwaar tegen dit Voorschrift aantekenen?	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen dan wel om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen.
874	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Graag houden wij de mogelijkheid over om additionele vragen te stellen zodra dit document (het Voorschrift zorgtoewijzing) beschikbaar komt.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.
875	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Wanneer wordt Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing Wlz gepubliceerd? Over dit document kunnen nu geen vragen gesteld worden. Op welke wijze ondervangt u dit hiaat?	Naar verwachting zal het Voorschrift zorgtoewijzing eind 2023 gepubliceerd worden. Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen.

876	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	U biedt een richttarief aan dat is gebaseerd op de NZa-tarieven die omstreeks 1 juli 2023 pas bekend worden gemaakt. Op dat moment kunnen aanbieders geen vragen meer stellen. De werkelijke tarieven zijn met het inkoopbeleid dus nog niet inzichtelijk. U heeft slechts één NvI voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde NvI te organiseren (nog afgezien van het feit dat verwacht kan worden dat gegadigden zeer veel vragen zullen stellen tijdens de NvI over de procedure en dit al een reden zou moeten zijn om een tweede en zelfs derde NvI ronde te organiseren). Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
877	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	De termijn om vragen te stellen en/of bezwaar te maken is te kort, zeker gelet op het feit dat vanaf 2024 met een geheel nieuw inkoopbeleid wordt gewerkt en onze belangen bij dit nieuwe inkoopbeleid groot zijn. Wij verzoeken u om deze reden te voorzien in een tweede inlichtingenronde, waarbij ook vragen kunnen worden gesteld over de antwoorden op vragen in de eerste vragenronde. Dit verbetert het inkoopbeleid voor het zorgkantoor en de zorgaanbieders. - Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Wij zullen geen tweede vragenronde/inlichtingenronde organiseren.
878	7. Welk tijdpad geldt voor het Contracteerproces 2024?	Klopt het dat bestaande zorgaanbieders geen VOG rechtspersonen hoeven aan te vragen en dat dit verzoek enkel geldt voor nieuwe zorgaanbieders?	Een bestaande zorgaanbieder moet hier conform de bestuursverklaring over beschikken. Deze hoeft door een bestaande zorgaanbieder niet aangeleverd te worden bij de inschrijving. Een nieuwe zorgaanbieder dient wel een VOG RP aan te leveren en deze mag niet ouder zijn dan een jaar op het moment van inschrijving.
879	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Onderaannemers moeten bij inschrijving gemeld worden. Dit geldt ook voor zzp'ers. Deze bepaling strijdt met artikel 11 lid 1 van de overeenkomst die luidt: het zorgkantoor neemt daarbij het uitgangspunt in acht dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt. Daarnaast is de vraag voldoet deze bepaling, gelet op de arbeidsmarkt, aan de voorwaarden van doelmatigheid en proportionaliteit?	Wij zijn het niet met vragensteller eens. In de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 van de NZa is in Artikel 9 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders het volgende opgenomen: 3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. (….) Toelichting (….) Artikelsgewijs

			(….) Artikel 9, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. Wij krijgen geenszins de indruk dat ZZP'ers van de informatieverstrekking inzake onderaanneming aan het zorgkantoor uitgezonderd zouden zijn. Zie voor de wijze van melden de Bijlage Opgave onderaannemers 2024 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. Daarin kunt u lezen dat u geen namen e.d. van ZZP'ers hoeft te vermelden; wel moet u een opgave doen van de te verwachten inzet door ZZP'ers.
880	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	De mogelijkheid tot stellen van vragen is tot 15-06-2023 12.00. Alle stukken zijn pas op 1 juni in de namiddag gepubliceerd. Dat geeft de zorgaanbieders slechts zeer beperkt tijd om de stukken grondig te lezen en vragen te formuleren. Kunt u de termijn met een week verlengen? Zo nee, waarom niet?	Nee, we hebben de termijn niet met 1 week verlengd.
881	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Na publicatie van de nota van Inlichtingen is er nu geen mogelijkheid om n.a.v. de gegeven vragen aanvullende vragen te stellen. Hierdoor kunnen voor de zorgaanbieders nog onduidelijkheden blijven bestaan. Kunt u een tweede vragenronde met een tweede Nota van Inlichtingen opnemen in uw procedure? Zo nee, waarom niet?	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.
882	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	De NZa tarieven zijn op dit moment nog niet bekend. Voor het Contracteerproces betekent dit dat er geen volledige transparantie is. Het is daarom niet mogelijk te weten waar een zorgaanbieder voor tekent. Is het zorgkantoor bereid de inkoopprocedure aan te passen zodat er na de bekendmaking van de NZa tarieven nog voldoende mogelijkheden zijn om vragen te stellen en na te gaan wat de impact is van de tarieven?	Nee, de zorgkantoren passen hierop niet de inkoopprocedure aan en zullen geen extra mogelijkheid creëren om vragen te stellen. Zoals ieder jaar publiceert de NZa pas op of rond 1 juli de tarieven. Zorgkantoren hanteren bepaalde termijnen omdat het inkoopproces tijdig afgerond moet worden i.v.m. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.
883	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Door deelname aan de inkoopprocedure verklaren zorgaanbieders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid - waaronder de Nota van Inlichtingen - beschreven inkoopprocedure. Hoe kan men volledig akkoord gaan als de inhoud niet volledig transparant en duidelijk is. Omdat er geen andere keuze is, word je gedwongen onder protest en bezwaar akkoord te gaan.	Hier wordt geen vraag gesteld.

884	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Ziet het zorgkantoor de CAO ontwikkelingen, en/of de recente ontwikkelingen met betrekking tot de NZa-tarieven, en/of de wijziging van indexatie van de NZa tarieven als onvoorziene omstandigheden die reden geven om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen? Licht uw antwoord toe.	Op de vraag of deze ontwikkelingen als onvoorziene omstandigheden gezien moeten worden, kunnen wij niets zeggen omdat het nu eenmaal inherent aan onvoorziene omstandigheden is dat ze niet te voorspellen zijn.
885	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Kunt u bevestigen dat de wijziging van de tijdsplanning niet kan betekenen dat aanbieders minder lang de tijd hebben.	Bij wijziging van de tijdsplanning zullen wij, voor zover mogelijk, rekening houden met de belangen van alle partijen. Daarbij zijn wij wel gebonden aan de termijnen m.b.t. het indienen van de budgetformulieren bij de NZa op 15 november.
886	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen die: ● Van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of ● Van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of ● Een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Dit is een volledige indekking van financieel, juridisch risico door het zorgkantoor. Welke mogelijkheden hebben de aanbieders om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden?	Wij willen hier benadrukken dat zorgkantoren een dergelijk recht niet lichtvaardig zullen uitoefenen. Er dient sprake te zijn van onvoorziene omstandigheden dan wel maatregelen van de overheid die een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure noodzakelijk maken. Voor zorgaanbieders zien wij geen mogelijkheden om het risico te beperken bij onvoorziene omstandigheden.
887	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing toe te passen, naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden of als na bekendmaking van deze documenten maatregelen door de overheid worden getroffen. Welke termijnen hanteren de zorgkantoren bij dergelijke aanpassingen/correcties? Gelden hiervoor ook de afspraken m.b.t. indienen van vragen en bezwaren zoals in deze aanbesteding? Zo nee, waarom niet?	Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing of de huidige planning inclusief termijnen bijgesteld zal moeten worden en zo ja in welke mate. Daar kan op voorhand niet iets over gezegd worden. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.
888	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	We merken dat de zorgkantoren hebben gekozen voor een procedure met één nota van inlichtingen. Dit bevreemdt ons. Gelet op het belang, maar ook op een zorgvuldig proces, gaan wij ervan uit dat wij in de gelegenheid gesteld worden naar aanleiding van de antwoorden nog te kunnen reageren,	Er zal geen gelegenheid meer geboden worden om naar aanleiding van de gegeven antwoorden in de Nota van Inlichtingen te reageren.

		omdat dit van invloed kan zijn op het inkoopkader. Hoe kijkt u hier tegenaan?	
889	8. Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders gezien wij zorg leveren in verschillende zorgkantoorregio's. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat wij duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.
890	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders, staat dat indien een zorgaanbieder een rechtsvorm heeft waarbij men niet over statuten hoeft te beschikken, een vergelijkbaar document mag worden overgelegd. Daarmee kunnen eenmanszaken of maatschappen ook voldoen aan deze eis. Zij kunnen echter geen toezichthouders inschrijven bij de Kamer van Koophandel om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan het afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK. Kunnen eenmanszaken en maatschappen nu wel of niet inschrijven voor een ZIN overeenkomst? Indien wel, hoe dienen zij om te gaan met de eisen met betrekking tot toezichthouders? Indien niet, waarom heeft u dan de mogelijkheid opgenomen om een document vergelijkbaar met statuten te overleggen?	Wanneer toezichthouders niet bij-/ingeschreven kunnen worden in het Handelsregister omdat het Handelsregister dat bij bepaalde rechtsvormen niet toestaat/mogelijk maakt, dan dient u bij uw inschrijving het verzoek daartoe bij de Kamer van Koophandel en de afwijzende reactie van de Kamer van Koophandel bij uw inschrijving te voegen. Wij merken hier nog bij op dat het toezicht op zich dan wel feitelijk goed geregeld moet zijn, wat moet blijken uit hetgeen daarover in het ondernemingsplan is opgenomen.
891	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Op dit moment is het niet mogelijk om een afschrift van inschrijving UBO's aan te vragen. In uw "Overzicht aan te leveren documenten" voor nieuwe zorgaanbieders eist u "Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden." Er zijn geen specifieke meldingen van het UBO-register, alleen de algemene mededeling op de website van de Kamer van Koophandel. Wat verwacht u precies van inschrijvers zolang informatieverstrekking uit UBO-register niet mogelijk is?	In het 'Overzicht aan te leveren documenten' hebben wij opgenomen: Inschrijving UBO('s) UBO-register • Afschrift van inschrijving UBO('s) in UBO-register dat beheerd wordt door de KvK. • Afschrift is niet ouder dan 6 maanden op het moment van inschrijving. • De organisatievorm (juridische entiteit) die inschrijft voor een Wlz-overeenkomst dient dezelfde te zijn als vermeld op het afschrift. • Als een afschrift van inschrijving UBO('s) niet aangevraagd kan worden, dient de melding van het UBO-register dat het niet mogelijk is om een afschrift te verkrijgen, met de inschrijving meegestuurd te worden evenals de bevestiging van de UBO-registratie die de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder van het UBO-register ontvangen heeft. De situatie dat een zorgaanbieder een afschrift van inschrijving van zijn eigen UBO('s) wil ontvangen is een andere dan wanneer iemand de UBO('s) van een andere partij wil raadplegen. Wij vragen bij de inschrijving om meer dan alleen een verwijzing naar de website van de Kamer van

			Koophandel waar het bericht op staat dat de gegevens van UBO('s) tijdelijk niet openbaar zijn. U dient een mailwisseling met de Kamer van Koophandel bij te voegen dat u in uw eigen specifieke geval geen afschrift van de inschrijving van uw eigen UBO('s) kunt ontvangen (als dat ook daadwerkelijk zo is). Daarnaast dient u conform de laatste bovenstaande bullet de bevestiging van de UBO-registratie die u, de inschrijvende partij/de nieuwe zorgaanbieder, van het UBO-register ontvangen heeft, met de inschrijving mee te sturen.
892	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Moeten bestaande aanbieders een afschrift uit het handelsregister van de KvK overleggen? Waarom moet dit niet ouder zijn dan zes maanden? Indien noodzakelijk, dan graag een termijn van twaalf maanden.	Bestaande zorgaanbieders hoeven geen afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK te overleggen. Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden in het Handelsregister van de KvK moet u dit melden aan het zorgkantoor en een nieuw afschrift aanleveren.
893	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Moeten bestaande aanbieders een VOG RP overleggen? Waarom moet dit specifiek voor deze inkoopprocedure worden aangevraagd? Volstaat een VOG RP ten behoeve van inschrijving WMO ook?	Bestaande zorgaanbieders moeten conform de bestuursverklaring beschikken over een VOG RP. Zij hoeven deze niet met hun inschrijving mee te sturen.
894	9. Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Moeten bestaande zorgaanbieders actuele statuten overleggen?	Bestaande zorgaanbieders hoeven met hun inschrijving geen actuele statuten mee te sturen.
895	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders?	In het bedrijfsplan moet beschreven worden aan welke doelgroep, welke leveringsvormen en welke zorgprestaties (in termen van de NZa beleidsregels) geleverd gaan worden. Waar kunnen we de zorgprestaties vinden en ons op baseren als nieuwe aanbieder?	De beleidsregels waar de zorgprestaties in staan, vindt u op de website van de NZa.
896	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders?	de bullet onderaan pagina 36: 'Indien van toepassing een toelichting op de ervaring die de zorgaanbieder al heeft in het leveren van zorg (Wmo/Zvw/PGB)'. De Jeugdwet wordt hier niet genoemd. Wat is daarvan de reden? Kan deze ervaring wel opgevoerd worden?	De ervaring met de Jeugdwet mag ook worden genoemd.
897	10. Wat vragen wij van nieuw zorgaanbieders?	Een onduidelijkheid is er aangaande de begroting over 2024 die in het financieel plan moet worden opgenomen. Hierin wordt vermeld dat er een begroting moet worden gemaakt met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Wat wordt er bedoeld met verschillende domeinen?	Hiermee wordt bedoeld dat als u zorg levert/gaat leveren vanuit andere financiering/wetgeving (domeinen) dan de Wlz u de kosten en opbrengsten splitst per domein.
898	11. Hardheidsclausule	Wij hebben er bezwaar tegen dat bij het richttariefpercentage, zo lezen wij in bijlage 7, uitgegaan wordt van bronnen uit 2021. Op dit moment zijn de gegevens van onze organisatie over 2022 bekend en kunnen deze worden toegepast.	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de

		Ook hebben wij inmiddels zicht op de gestegen kosten in 2022 en de eerste periode 2023. Die zouden ook kunnen worden toegepast. Dat geeft een reëler beeld. Wilt u toepassing van de hardheidsclausule uitgaan van actuele cijfers over 2002 en 2023?	liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.
899	11. Hardheidsclausule	Deze methode in bijlage 7 leidt tot een theoretisch resultaat dat een richttariefpercentage van 95,5% bij 75% van de V&V organisaties een neutraal of positief resultaat heeft en bij 25% derhalve een negatief resultaat. De rekenmethodiek is niet heel duidelijk en wij willen die graag toepassen op onze organisatie met onze specifieke Wlz-kosten en opbrengsten, los van andere inkomsten en uitgaven, zoals Zvw en Wmo. Kan de methodiek bij een eventueel beroep op de hardheidsclausule worden toegepast op onze individuele organisatie?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar andere elementen dan die gebruikt zijn voor het bepalen van het richttariefpercentage. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hier meer over in het inkoopbeleid. Hierbij is het van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.
900	11. Hardheidsclausule	In het inkoopbeleid staat dat bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen ook de zorgplicht wordt meegenomen. Hoe moeten wij dit interpreteren? Het zorgkantoor heeft vanuit zijn zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende en passend zorgaanbod voor zijn klanten te borgen (zo staat ook in paragraaf 5.2). Als de zorgplicht in het geding is, leidt dat dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt dat?	De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule.
901	11. Hardheidsclausule	In de toelichting omtrent de hardheidsclausule wordt aangegeven dat " wij nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn". Kunt u meer uitleg geven over de term "organisatiestructuur"? Op welke wijze speelt de organisatiestructuur een rol? Wanneer wordt op basis van de organisatiestructuur een beroep op de hardheidsclausule afgewezen?	Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern

			of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.
902	11. Hardheidsclausule	In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat "de afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Kunt u aangeven of dat de gehele duur is van het inkoopbeleid 2024-2026 of alleen voor het jaar 2024?	Alleen voor het betreffende inkoopjaar, in eerste instantie voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
903	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van ‘onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek’, waarvan slechts in uitzonderlijke gevallen sprake kan zijn. Kunt u vijf concrete en eventueel geanonimiseerde voorbeelden geven van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen die onder het huidige tariefbeleid hebben geleid tot een toepassing van de hardheidsclausule?	De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over het beleid, niet om u te informeren over gemaakte afspraken voor de hardheidsclausule. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
904	11. Hardheidsclausule	Kunt u bevestigen dat onder meer zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties onvoorziene en onredelijk benadeelde gevolgen zijn die kunnen leiden tot een verhoging van het tarief op grond van de hardheidclausule?	Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
905	11. Hardheidsclausule	Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dat kunnen we niet zo stellen, dat hangt af van de specifieke omstandigheden van de individuele zorgaanbieder, die wij meenemen die wij meenemen in de beoordeling van de aanvraag.
906	11. Hardheidsclausule	Kunt u de parameters die u hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin toelichten?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.
907	11. Hardheidsclausule	Klopt het dat - gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen - zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol	Dat klopt inderdaad.

		beroep op de hardheidsclausule een ultimum remedium is voor een zorgaanbieder?	
908	11. Hardheidsclausule	Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?	Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken. Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan en dit meewegen bij de beslissing op het beroep op de HHC.
909	11. Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert om in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven op welke wijze een zorgaanbieder dit moet bewijzen? Een zorgaanbieder beschikt immers niet over de gegevens van andere zorgaanbieders. Is het bijvoorbeeld voldoende dat een zorgaanbieder aantoont dat de personeelskosten 70% of minder bedragen afgezet tegen de totale kosten voor de Wlz-zorglevering? Zo nee, welke norm hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
910	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van ‘onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek’. Uit de jurisprudentie volgt dat deze zin alleen kan worden geduid als een invulling van de op de zorgkantoren rustende verplichting om in het kader van het vaststellen van een reëel tarief acht te slaan op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Voorbeelden hiervan zijn zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties. Kunt u bevestigen dat er sprake is van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek als een zorgaanbieder geconfronteerd wordt met kostenverhogingen die niet verdisconteerd zijn in de geïndexeerde NZa-tarieven? Zo nee, waarom niet? En hoe moet deze voorwaarde dan gelezen worden? Kunt u concrete voorbeelden noemen van onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule. Wij lezen r.o. 4.25 van de kort geding uitspraak zo dat de voorzieningenrechter heeft geoordeeld dat de hardheidsclausule in de gekozen tariefsystematiek van relevante betekenis is omdat daarmee een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg kan worden opgevangen. Nee, in zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat de genoemde voorbeelden aangemerkt worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Wij bevestigen wel dat in de uitspraak van 22 oktober 2019, ECLI:RBDHA:2019:11096 de genoemde voorbeelden letterlijk zijn aangemerkt als “organisatie-specifieke omstandigheden”.

			Nee, wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
911	11. Hardheidsclausule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van welke informatie beoordeelt u of dit het geval is? Is dit een eenzijdige beoordeling door het zorgkantoor of wordt dit in overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder vastgesteld?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Het zorgkantoor beoordeelt uiteindelijk de aanvraag en neemt de uitkomst van het gesprek mee.
912	11. Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule is opgenomen dat bij de afweging ook de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn wordt meegenomen. Wat bedoelt u hiermee? Wanneer wordt op basis van de zorgplicht en het perspectief voor de lange termijn een beroep op de hardheidsclausule afgewezen? Kan het zijn dat vanwege de zorgplicht en het perspectief op de lange termijn een aanbieder die niet op een doelmatige wijze zorg levert of voor wie het tariefpercentage wel kostendekkend is, toch in aanmerking komt voor de hardheidsclausule?	De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag op grond van de hardheidsclausule. Als het tariefpercentage kostendekkend is, is er geen aanleiding om op basis van de hardheidsclausule afspraken te maken. Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
913	11. Hardheidsclausule	Bij de toepassing van de hardheidsclausule moet de individuele aanbieder aantonen dat hij op een doelmatige manier de zorg levert. Ook geeft u aan dat u beoordeelt of er nog	Dit hangt inderdaad met elkaar samen.

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

		vastgoedtransacties in het verleden. Waarom betrekt u het eigen vermogen van een zorgaanbieder bij de bepaling of het tarief kostendekkend is?	eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
918	11. Hardheidsclausule	Indien er een beroep op de hardheidsclausule wordt gedaan, zijn wij van mening dat er altijd in overleg met de zorgaanbieder getreden moet worden. Wat ons betreft staat de dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieder centraal. Eenzijdige bepaling door het zorgkantoor op welke wijze het eigen vermogen en financiële reserves besteed moeten worden en welke operationele verbeteringen doorgevoerd moeten worden, is hierbij niet passend en zeer onwenselijk. Hoe kijkt u hier tegenaan?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
919	11. Hardheidsclausule	Voor toepassing van de hardheidsclausule moet sprake zijn van ‘onvoorziene en onredelijk benadelende gevolgen van de tariefsystematiek’. In de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag is geoordeeld dat, althans voor de sector GGZ, dit een instrument is waarbij acht kan worden geslagen op bepaalde organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw, en aldus rekening kan worden gehouden met gelegitimeerde individuele kostenverschillen (zie r.o. 4.25 ECLI:NL:RBDHA:2021:11368). Is dit (ook) een correcte beschrijving van het toepassingsbereik van de hardheidsclausule voor de sector GZ?	Ja, dat klopt.
920	11. Hardheidsclausule	Op welke wijze moet worden onderbouwd dat een tarief heeft geleid tot het niet tijdig beschikbaar hebben van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg?	Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper
921	11. Hardheidsclausule	Is het zorgkantoor van mening dat zorginstellingen hun (strategische) reserves moeten aanspreken voor bekostiging van de operationele bedrijfsvoering indien de voorgestelde tarieven ontoereikend zijn?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

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

928	11. Hardheidsclausule	Waarom geldt de hardheidsclausule voor één jaar terwijl de afspraak meerjarig is?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
929	11. Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule wordt geen rekening gehouden met het financieel beleid van zorgaanbieders dat gericht kan zijn op nodige investeringen, zoals maar niet beperkt tot, de opbouw van eigen vermogen om leningen aan te gaan voor verbouwing/nieuwbouw. Hoe houdt het zorgkantoor rekening met individuele opgaven van zorgaanbieders en hun financieel beleid?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
930	11. Hardheidsclausule	Kunnen zorgaanbieders jaarlijks aanspraak maken op de hardheidsclause?	In eerste instantie kunt u een aanvraag doen voor 2024. U kunt op een later moment een eventuele aanvraag doen voor de jaren erna.
931	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule: Wij verwonderen ons over het punt dat voorgaande jaren de rechter heeft besloten dat de zorgkantoren moeten komen met een reëel tarief, nu wordt deze bal bij de instellingen gelegd. Ons inziens de omgedraaide wereld, wij zijn het oneens met de huidige richttariefstelling (afslag). Hoe kunt u deze clausule verantwoorden met de uitspraak van de rechter in het achterhoofd? Graag zien we uw reactie tegemoet. Aangezien we nog geen beleidsregels hebben ontvangen en daarmee nog geen interne berekening hebben kunnen maken, zien we graag deze clausule geschrapt. Kunt u hiermee instemmen? Graag uw reactie	Nee, we passen het inkoopbeleid op dit punt niet aan. Ten aanzien van de hardheidsclausule willen we u wijzen op de recente jurisprudentie: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. U leest de onderbouwing van het richttarief in bijlage 7 van het inkoopbeleid. Desondanks kan het voorkomen dat de tariefpercentages niet passend zijn en voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben. U kunt dan een beroep doen op de hardheidsclausule.
932	11. Hardheidsclausule	U beperkt onvoorzien tot onverwacht. Waarom mag er geen verwachte situatie zijn om in aanmerking te komen voor de clausule?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt.
933	11. Hardheidsclausule	Bent u niet van mening dat tarieven afdoende hoog moeten zijn om een operationele exploitatie te kunnen voeren	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
934	11. Hardheidsclausule	Wat is de deadline om gebruik te kunnen maken van de hardheidsclausule?	Voor de tijdslijnen verwijzen wij u naar het inkoopbeleid en/of de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor.

935	11. Hardheidsclausule	U zegt ". Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder." Wat bedoelt u met de organisatie? Is dat de contractant, of de juridisch structuur waar zorgaanbieder zich bevindt?	Dat hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval per individuele zorgaanbieder. In de beoordeling wordt naar de volledige organisatiestructuur gekeken. De winstverdeling nemen we bijvoorbeeld mee maar ook de vraag of in groeps- of concernverband wordt gewerkt en winsten al dan niet worden geconsolideerd op het hoogste niveau binnen de groep. In de zorg veelgebruikte uitbestedingsconstructies binnen hetzelfde concern of aan het concern gelieerde vennootschappen, worden daarbij in ogenschouw genomen.
936	11. Hardheidsclausule	U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Kunnen aanbieders die in 2024 in aanmerking komen, volgend jaar bij de inkoop 2025 nogmaals een beroep doen op de hardheidsclausule?	Ja, dat klopt. Er kan jaarlijks een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
937	11. Hardheidsclausule	U schrijft: De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Betekent dit ook dat de aanbieders die in 2024 geen gebruik behoeven te maken van de hardheidsclausule, volgend jaar bij de inkoop 2025 alsnog een beroep kunnen doen?	Ja, dat klopt.
938	11. Hardheidsclausule	Indien wij het tarief van de VG7 in september 2023 nog niet weten, kunnen wij niet een juiste aanvraag doen voor de HHC. Kunt u aangeven of hier rekening mee wordt gehouden met het juiste hoogte van bedrag van de HHC indien het tarief niet bekend mocht zijn?	Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7.
939	11. Hardheidsclausule	Zijn de spelregels van de hardheidsclausule ten opzichte van 2023 veranderd en zo ja leg uit.	Nee, die zijn niet veranderd.
940	11. Hardheidsclausule	Door het ontbreken van een tarief voor VG7 kan op dit oment niet worden beoordeeld of er sprake is van een reëel tarief en wat de gevolgen zijn van de tarief differentiatie. Tot wanneer kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule?	Voor de VG7 compenseert het ministerie van VWS in 2024 landelijk € 40 miljoen. Op het moment van publiceren van het inkoopbeleid waren de voorwaarden hiervoor nog niet duidelijk. Deze duidelijkheid geven we via de nota van inlichtingen van uw zorgkantoor. Daarin leest u meer over de tariefpercentages voor VG7. Voor de tijdslijnen van de hardheidsclausule verwijzen wij u naar het regionale inkoopbeleid.
941	11. Hardheidsclausule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan.

942	11. Hardheidsclausule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dat kunnen we niet zo stellen, dat hangt af van de specifieke omstandigheden van de individuele zorgaanbieder, die wij meenemen die wij meenemen in de beoordeling van de aanvraag.
943	11. Hardheidsclausule	Inkoopbeleid GZ 2024-26, par. 3.11) Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de 'financiële positie'. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?	Bij de beoordeling of uw organisatie in aanmerking komt voor de hardheidsclausule wordt gekeken naar het verwacht bedrijfsresultaat binnen de Wlz. Het bedrijfsresultaat wordt bepaald door zowel uw inkomsten als uitgaven. Op deze wijze wordt rekening gehouden met organisatie-specifieke aspecten die significante impact hebben op de kostenopbouw. Er wordt o.a. gekeken naar hoe de kosten naar de verschillende domeinen zijn gealloceerd. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
944	11. Hardheidsclausule	Bij de hardheidsclausule wordt aangegeven dat in het kader van de financiële positie ook de financiële reserves van de zorgaanbieder worden betrokken. Veel financiële reserves worden gecreëerd met het oog op investeringen op lange(re) termijn. Wij hebben er bezwaar tegen dat die worden betrokken bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder. Kunt u bevestigen dat doelreserves/voorzieningen geen deel uitmaken van financiële positie in het kader van de beoordeling van de hardheidsclausule?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

945	11. Hardheidsclausule	De financiële positie zou geen rol mogen spelen bij de hardheidsclausule. De hardheidsclausule moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. O.b.v. het proportionaliteitsbeginsel dient voor de levering van het product een reëel tarief te worden betaald. Hierbij dient dus het eigen vermogen en de financiële positie van een organisatie buiten beschouwing te worden gelaten. Bent u bereid de financiële positie buiten beschouwing te laten bij het toepassen van de hardheidsclausule? Zo nee, waarom niet? Kunt u daarbij een toelichting geven waarom u vindt dat u dan niet in strijd met het proportionaliteitsbeginsel handelt.	We zijn het op dit punt niet met u eens en passen dit niet aan. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule dient ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen. We verwijzen u ook naar de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610.
946	11. Hardheidsclausule	Kunt u aangeven hoe wij moeten aantonen dat wij doelmatige zorg leveren? Welke norm hanteert u met betrekking tot doelmatige zorg?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
947	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule (1) Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule, omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaakt van de tariefsystematiek die moet leiden tot het vaststellen van een reëel tarief. De verplichting om een reëel tarief vast te stellen vloeit voort uit het proportionaliteitsbeginsel. Dit beginsel vereist dat de voorwaarden in verhouding dienen te staan tot het voorwerp van de opdracht. Het tarief dient op grond van het proportionaliteitsbeginsel dus in redelijke verhouding te staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? (2) Indien u niet bereid bent om de financiële positie te laten vervallen als toepassingsvoorwaarde	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

		voor de hardheidsclausule, op welke wijze gaat u dan de financiële positie van een instelling beoordelen? Gaat u de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Wij hebben bezwaar tegen deze rekenregel omdat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatsmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?	
948	11. Hardheidsclausule	Indien u akkoord gaat dat de hardheidsclausule wordt toegepast, welk tarief spreekt u dan af met betreffende zorgaanbieder? Is dat percentage dan voor de gehele looptijd van de overeenkomst geldig?	Dit hangt af van de uitkomst van de beoordeling van de hardheidsclausule. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw beoordeeld.
949	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule - Onvoorzien is een onverwacht effect voor het Zorgkantoor. Dat roept de vraag op welke benadelende effecten het Zorgkantoor thans reeds wel voorziet. Kunt u deze benoemen?	Onder onvoorzien en onverwacht verstaan wij dat in een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) een onredelijk benadelend effect optreedt. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
950	11. Hardheidsclausule	Hardheidsclausule - Welk kader hanteert het zorgkantoor bij de beoordeling of sprake is van doelmatige zorg?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
951	11. Hardheidsclausule	Bij toepassing van de hardheidsclausule wordt de financiële positie en organisatiestructuur meegenomen. Daarbij wordt gekeken naar het eigen vermogen van de organisatie waarbij de financiële reserves een onderdeel spelen. Aanbieder vindt dit disproportioneel, in strijd met het gelijkheidsbeginsel en in	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15%

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

			de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
955	11. Hardheidsclausule	Door de dreigende kostenstijgingen zullen marges scherp onder druk komen te staan, waardoor noodzakelijk investeringen mogelijk niet ten uitvoer gebracht kunnen worden. Daar waar de reserves nu nog voldoen, zullen deze in de toekomst mogelijk fors slinken. In de beoordeling van de hardheidsclausule wordt alleen terug gekeken naar de huidige financiële situatie van de zorgaanbieder. Is het zorgkantoor bereid ook de toekomstige situatie te bekijken waarbij rekening gehouden wordt met slinkende marges en afbouw van reserves?	U geeft aan dat we bij de beoordeling van de hardheidsclausule alleen terugkijken. Dit is niet het geval. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan we uit van actuele informatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.
956	11. Hardheidsclausule	In de tekst is opgenomen: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Wat verstaat u onder financiële positie? Wat zijn de onderdelen van de financiële positie, er staat namelijk onder meer het eigen vermogen, maar wat is het nog meer? Wat is de norm voor het eigen vermogen, zodanig dat de hardheidsclausule wordt toegepast?	Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg.. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
957	11. Hardheidsclausule	In de tekst is opgenomen: Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Wat zijn de normen die u hierbij hanteert? Op welke wijze heeft u die norm bepaalt? Welke organisaties zijn betrokken bij het bepalen van deze norm?	Het klopt dat we een aantal normen hanteren bij de beoordeling van de aanvraag, onder meer financiële positie en doelmatigheid. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Een en ander is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per

			individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
958	11. Hardheidsclausule	In de tekst over de hardheidsclausule is opgenomen: Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen. De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. Er wordt een contract voor 3 jaar afgesloten. Waarom gelden de afspraken over de hardheidsclausule dan maar voor 1 jaar?	De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar. We willen de beschikbare middelen doelmatig inzetten en we maken alleen indien nodig afspraken op basis van de hardheidsclausule. De situatie en omstandigheden van de zorgaanbieder kunnen veranderen, we beperken daarom de duur van de afspraak tot één jaar. Er kan jaarlijks door de zorgaanbieder een aanvraag gedaan worden. De aanvraag voor de hardheidsclausule wordt dan opnieuw op grond van de actuele situatie beoordeeld.
959	11. Hardheidsclausule	Op pagina 7 onder de hardheidsclausule wordt aangegeven dat de financiële reserves betrokken worden bij de beoordeling. Welke financiële reserves worden bedoeld en op welke manier worden deze meegerekend bij de beoordeling?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
960	11. Hardheidsclausule	Wordt er in de toetsing van de hardheidsclausule rekening gehouden met alleen het zorgexploitatiedeel? Zo nee, waarom niet?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.
961	11. Hardheidsclausule	Bij de toelichting op de hardheidsclausule wordt vermeld dat onder andere wordt gekeken naar de ‘financiële positie’. Kunt u aangeven naar welke baten en lasten en welk eigen vermogen u bij de beoordeling van de financiële positie differentieert bij een zorgaanbieder die bijvoorbeeld verschillende typen zorg (denk aan Wmo, Zvw) levert?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
962	11. Hardheidsclausule	Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als ‘uitzonderlijke gevallen’, ‘specifieke’ situaties en ‘onvoorziene’	Ja, dat klopt.

		gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimum remedium is voor een zorgaanbieder?	
963	11. Hardheidsclausule	Bij een beroep op de hardheidsclausule zal bij de financiële positie onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wat is volgens u de vereiste omvang van het eigen vermogen? Neemt u ook de effecten van de toepassing van de tariefsystematiek op de liquide middelen in ogenschouw?	Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
964	11. Hardheidsclausule	Op welke wijze beoordeelt u de financiële positie van een organisatie in relatie tot de gegevens die nodig zijn voor de hardheidsclausule? Van welke gegevens maakt u hiervoor gebruik?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule gaan wij uit van de laatste twee jaarrekeningen, de begroting 2023 en indien mogelijk van 2024. Deze informatie dient u samen met een aangepaste prognose 2023 en de liquiditeitsprognoses van de komende vier kwartalen, gericht op de Wlz-exploitatie, bij uw aanvraag aan te leveren.
965	11. Hardheidsclausule	De hardheidsclausule vraagt dat een zorgaanbieder doelmatige zorg levert. Kunt u een definitie geven van doelmatige zorg? Kunt u referentie gegevens van andere aanbieders aanleveren van doelmatigheid om een goed vergelijk te kunnen maken? Tevens geeft het Zorgkantoor aan te letten op mogelijke operationele verbeteringen en verbeteringen in de organisatiestructuur. Hoe beoordeelt u dit? Aan de hand van welke criteria? En gaat het Zorgkantoor met deze wijze van werken niet op de stoel van de bestuurder zitten. Hoe kijkt u hier naar?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee.

966	11. Hardheidsclausule	De rekenregel waarbij een aanvraag alleen wordt gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken, impliceert dat een verlies tot aan de grens van deze regel verenigbaar is met reële tarieven. Wij hebben de rekenregel toegepast op de kengetallen van onze laatste jaarrekening. Hieruit blijkt dat de grens voor inwerkingtreding van de hardheidsclausule in onze situatie zich bevindt op een verlies, waarbij in één jaar tijd 25% van het eigen vermogen verdampt. Op welke wijze vindt u de uitwerking van deze regel verdedigbaar en verenigbaar met het bieden van een reëel WLZ tarief? Wij maken bezwaar tegen toepassing van deze regel.	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
967	11. Hardheidsclausule	Het bevreemdt ons dat de bewijslast om aan te tonen dat zorg doelmatig geleverd wordt bij ons als instelling ligt. Is het niet aan het zorgkantoor om aan te tonen dat zorg niet doelmatig wordt geleverd?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt meegewogen of uw organisatie doelmatig werkt. Hierbij wordt in elk geval gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij het wel/niet toekennen van de HHC.
968	11. Hardheidsclausule	Wanneer de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de besluitvorming over de hardheidsclausule is het ons inziens nodig dat de algemeen aanvaarde richtlijnen van bijvoorbeeld banken en externe accountants over verhouding eigen en vreemd vermogen (gedifferentieerd naar instellingen met en zonder eigen vastgoed) en werkkapitaal / liquiditeitspositie leidend zijn. Kunt u ons informeren welke normen u hiervoor per type instelling (volledig huur zorgvastgoed, mix en volledig eigendom) hanteert en op welke wijze die aansluiten bij de hiervoor genoemde richtlijnen?	Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
969	11. Hardheidsclausule	Voor de hardheidsclausule veronderstellen wij dat zorgexploitatie en vastgoedresultaat afzonderlijk berekend en getoetst worden. Klopt deze aanname?	Uw aanname klopt niet. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we naar het gedeelte dat betrekking heeft op de Wlz wanneer het gaat om de exploitatie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen vastgoed en zorg.
970	11. Hardheidsclausule	Onder het kopje hardheidsclausule beschrijft u dat indien een aanbieder onredelijk benadeeld wordt door de tarief systematiek zij hiervoor in aanmerking kan komen. Geldt dit ook voor niet passende maatwerkafspraak meerzorg	We kijken niet afzonderlijk naar de impact van verschillende tarieven en/of afspraken. Er wordt gekeken naar de totale impact hiervan op uw organisatie.

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

		hoe is deze binnen de regio Midden-Brabant bepaalt, waar dit inkoopkader betrekking op heeft?	Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen.
975	11. Hardheidsclausule	Omdat tarieven en loonontwikkeling nog een onbekende factor zijn, is de publicatie van de hardheidsclausule en het indienen ervan bij de inschrijving onmogelijk. Zorgaanbieder vindt het bezwaarlijk dat dit ook niet op een later tijdstip kan. Bent u bereid de hardheidsclausule beschikbaar te houden totdat alle financiële parameters definitief zijn? Zo nee, waarom niet?	De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.
976	11. Hardheidsclausule	Bij de hardheidsclausule betrekt u ook het vermogen van de zorgaanbieder. Het opgebouwde vermogen is echter een noodzakelijke voorwaarde voor financiers. Bent u bereid om af te zien van deze voorwaarde?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.
977	11. Hardheidsclausule	Een zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er op een doelmatige wijze zorg wordt geleverd als hij in aanmerking te komen voor de hardheidsclausule. Kunt u aangeven aan welke norm u die doelmatigheid gaat toetsen en zou u concreet in kunnen gaan op het beoordelingskader dat u daarbij denkt te gaan hanteren?	Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC.
978	11. Hardheidsclausule	In de bijlage wordt niet ingegaan welke procedure zal worden gevolgd als de hardheidsclausule wordt ingeroepen. Naar onze mening zou hier altijd overleg met de zorginstelling aan vooraf moeten gaan. Bent u bereid om in de procedure voor de aanvraag van de hardheidsclausule op te nemen dat als het zorgkantoor meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves danwel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen, hier altijd eerst overleg over plaatsvindt met de zorgaanbieder, en dat	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

		het uiteindelijk de zorgaanbieder is die beslist of het eigen vermogen of financiële reserves daadwerkelijk worden ingezet voor het opvangen van een tekort en/of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?	
979	11. Hardheidsclausule	De NZa tarieven 2024 worden pas in juli 2023 bekend gemaakt. In de inkoopdocumenten wordt uitgegaan van richtpercentages voor de leveringsvormen en de NHC/NIC. Daarbij is het de veronderstelling van het Zorgkantoor dat de zorgaanbieder met de genoemde percentages kan voldoen aan de inkoopeisen en voorwaarden zoals die in de documenten zijn benoemd. Als zorgaanbieder is het nog niet duidelijk of de geboden percentages van het NZa-tarief ook inderdaad reële tarieven zijn. Worden de percentages aangepast als blijkt dat na publicatie van de NZa tarieven, zorgaanbieders geconfronteerd worden met niet reële tarieven om aan alle eisen en voorwaarden te voldoen? Zo nee, welke eisen en voorwaarden worden dan aangepast zodat zorgaanbieders wel reële tarieven ontvangen om aan de aangepaste eisen en voorwaarden te voldoen? De hardheidsclausule is immers alleen bedoeld voor individuele zorgaanbieders dus die is niet op deze situatie van toepassing.	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.
980	11. Hardheidsclausule	Kan gedurende de hele looptijd van de overeenkomst een beroep gedaan worden op de hardheidsclausule? Dus ook na een generieke korting, een eventuele tussentijdse aanpassing van het NZa-tarief en/of % opslag? - Als u de financiële positie meeneemt, bedoelt u hier dan mee de financiële meerjarenpositie? - Wat bedoelt u met het meenemen van de organisatiestructuur en het beoordelen of hier nog operationele verbeteringen mogelijk zijn? Herbergt dit het risico in zich dat u stuurt op schaalvergroting? - Hoe beoordeelt u op er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn?	De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor. Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Doelmatigheid speelt tevens een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt onder meer gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het vlak van gemiddelde kosten per fte t.o.v. de benchmark en de bedbezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij de beslissing op het beroep op de HHC. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat voor een succesvol beroep op de hardheidsclausule ook aan de andere voorwaarden dient te zijn voldaan die in de clausule zijn opgenomen. Als er bijzonderheden zijn waarmee we rekening moeten houden kunt u dit toelichten bij uw aanvraag.

			Wij beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn. Het is aan de zorgaanbieder hoe deze te realiseren. Schaalvergroting kan een manier zijn om doelmatiger te werken.
981	11. Hardheidsclausule	M.b.t. de hardheidsclausule stelt u het volgende: We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule. Voor het doen van investeringen in noodzakelijke vervangende nieuwbouw bouwt onze organisatie momenteel financiële reserves op. Het in beschouwing nemen van deze reserves zou leiden tot een 'unequal level playing field'. Om een beroep op de hardheidsclausule goed te kunnen beoordelen en wel te voorzien in een equal level playing field zou gekeken moeten worden naar de meerjarencijfers over een langere periode waarin de investering in nieuwbouw is opgenomen. - Hoe beoordeelt u deze zienswijze?	Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
982	11. Hardheidsclausule	Het hebben van een bepaald eigen vermogen heeft niets te maken met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder (zie het vonnis 2021 waarin is geoordeeld dat de totale tariefsystematiek moet leiden tot het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief) Waarom wordt het eigen vermogen meegenomen bij de bepaling van de hardheidsclausule?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Dit is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
983	11. Hardheidsclausule	Zorgaanbieder A krijgt voor specifieke Wlz-zorg die zij doelmatig verleent geen kostendekkend tarief, maar heeft wel vanwege bijvoorbeeld andere inkomsten een gezonde financiële huishouding met financiële reserves. Zorgaanbieder B krijgt voor dezelfde (doelmatige) Wlz-zorg in gelijke mate als zorgaanbieder A geen kostendekkend tarief, maar heeft in tegenstelling tot zorgaanbieder A geen adequate financiële reserves. Kan zorgaanbieder B dan over het algemeen eerder met succes een beroep doen op de hardheidsclausule?	Dit is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.

984	11. Hardheidsclausule	Ook dit jaar reikt het Zorgkantoor weer de mogelijkheid aan voor aanspraak op de hardheidsclausule. Gezien bovenstaande zouden wij daar gebruik van kunnen maken. Echter de problemen en de hoeveelheid administratieve lasten die wij als geïntegreerde instelling hadden met het vullen van het format en het teleurstellende resultaat, opgeteld bij het feit dat de opzet van de hardheidsclausule niet echt is gewijzigd, maakt dat we daar geen resultaat van verwachten.	Het is aan u om te beoordelen of u een aanvraag wilt doen voor de hardheidsclausule.
985	11. Hardheidsclausule	Om aanspraak te maken op de hardheidsclausule dient de zorgaanbieder een separate Wlz exploitatie aan te bieden. Wij hebben echter meerdere financieringsstromen (Wlz, Zvw en Wmo). De kosten vanuit deze drie domeinen lopen in de bedrijfsvoering normaliter deels door elkaar heen. Welke methodiek dient de zorgaanbieder dan te hanteren om de Wlz kosten goed te kunnen separeren?	In het aanvraagformulier wordt toegelicht hoe de kosten te splitsen.
986	11. Hardheidsclausule	Vraag 1. Voor toepassing van de hardheidsclausule wilt u het eigen vermogen en de financiële reserves betrekken. Hoe staat dit in relatie tot uw verplichting om kostendekkende tarieven te realiseren? En welke criteria hanteert u hiervoor?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Als er sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies kijken we naar de mogelijkheden om bij te dragen vanuit het eigen vermogen. Hierbij is het uitgangspunt dat de aanvraag alleen gehonoreerd wordt als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
987	11. Hardheidsclausule	Ten aanzien van de hardheidsclausule geeft u aan dat als het voor de zorgaanbieder geldende tariefpercentage niet dekkend is er onder meer gekeken zal worden naar het eigen vermogen van de organisatie en de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bent u zich ervan bewust dat u wettelijk verplicht bent (jurisprudentie.....) een reëel kostendekkend tarief te bieden, los van enig eigen vermogen of	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele

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

			reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
991	11. Hardheidsclausule	Is het zorgkantoor het met ons eens dat het hebben van eigen vermogen (dat zit in stenen en andere vaste activa en dus niet op korte termijn liquide kan worden gemaakt) niets te maken zou hebben of zou moeten hebben met het vaststellen van een reëel kostendekkend tarief voor een doelmatig werkende zorgaanbieder?	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet.
992	11. Hardheidsclausule	Is het zorgkantoor voornemens om de rekenregel van de hardheidsclausule aan te passen (n.a.v. onze voorgaande vragen over het meenemen van het eigen vermogen in de hardheidsclausule en onze visie hierop)?	Nee, wij handhaven ons beleid.
993	11. Hardheidsclausule	Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Betekent dit dat het Zorgkantoor bij teveel eigen vermogen zal overstappen op het afromen van het eigen vermogen? Graag uw mening.	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet

			meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
994	11. Hardheidsclausule	Hoe kan de hardheidsclausule worden ingezet voor aanbieders die binnen dezelfde instelling ook intensieve ZVW zorg bieden en locaties heeft waarbij gelijktijdig beide klantpopulaties verblijven?	Als de gehanteerde tariefsystematiek voor de Wlz-zorg een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Dit geldt dus niet voor Zvw-zorg. In het aanvraagformulier moeten de gegevens (Zvw/Wlz) separaat aangeleverd worden.
995	11. Hardheidsclausule	Wij hebben bezwaar tegen het feit dat de financiële positie van een instelling een rol speelt bij de toepassing van de hardheidsclausule. Dit omdat de hardheidsclausule integraal onderdeel uitmaak van de tariefsystematiek die moet leiden tot vaststelling van een reëel tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet? Zo niet, dan maken wij hier bezwaar tegen.	Nee, dat zijn we niet met u eens en dat is inmiddels ook in rechtspraak bevestigd: zie de uitspraken van 20 december 2022, ECLI:RBDHA:2022:13897 en van 11 april 2023, ECLI:GHDHA:2023:610. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
996	11. Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule staat dat in uitzonderlijke gevallen er een mogelijkheid is voor zorgaanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. Echter is de kans relatief groot dat het inkoopbeleid voor een groot aantal aanbieders door de sterk stijgende kosten in combinatie met het sterk dalende tarief een onvoorzien (zoals onvoorzien wordt uitgelegd in het inkoopbeleid) gevolg heeft. Betekent dit dat de term uitzonderlijk geen verband houdt met het aantal aanbieders dat mogelijk een beroep kan doen op de	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.

		hardheidsclausule? Indien er wel een verband is tussen deze voorwaarde en het aantal aanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule, maken we bezwaar.	Er is geen direct verband tussen de voorwaarden voor de hardheidsclausule en het aantal zorgaanbieders dat een beroep kan doen op de hardheidsclausule.
997	11. Hardheidsclausule	In de hardheidsclausule staat dat een onvoorzien effect van het inkoopbeleid staat uitgelegd als zijnde onredelijk en onverwacht. Gezien de stijgende kosten in combinatie met de dalende richttariefpercentages ligt het wel zeker in de lijn der verwachting dat de tariefsystematiek leidt tot een niet kostendekkend tarief. Kan in dit geval dan helemaal geen beroep worden gedaan op de hardheidsclausule? Indien deze vraag met 'ja' beantwoord wordt, maken wij bezwaar.	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa. Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule. In zijn algemeenheid kunnen wij niet bevestigen dat het voorbeeld wat u aanhaalt, aangemerkt kan worden als een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg. Of daarvan sprake is, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
998	11. Hardheidsclausule	Wat is de reden dat bij de hardheidsclausule rekening wordt gehouden met het eigen vermogen van de zorgaanbieder?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.
999	11. Hardheidsclausule	Begroting voor 2024 Hoe ziet u dit? Ons begrotingsproces starten wij, net als de meeste zorgaanbieders pas na de inschrijvingsdatum, waarna de begroting over het algemeen in december door de Raad van Toezicht wordt goedgekeurd.	U kunt hier bij uw aanvraag voor de hardheidsclausule een toelichting op geven.
1000	11. Hardheidsclausule	Is het voor aanbieders die zowel intramurale als extramurale zorg leveren mogelijk om de hardheidsclausule alleen in te zetten voor de extramurale producten? Zo nee, waarom niet?	Voor de beoordeling van de aanvraag hardheidsclausule wordt naar de volledige organisatie gekeken. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar intramurale en extramurale producten.
1001	11. Hardheidsclausule	ZKR benoemt het volgende: "De afspraken over de hardheidsclausule zijn geldig voor maximaal de duur van het betreffende inkoopjaar." Betekent dit dat je als aanbieder dan in 2024 weer terugvalt naar het percentage dat in 2023 geldt? Zo ja, om welke reden kiest ZKR hiervoor als er uit uitvoerig onderzoek n.a.v. hardheidsclausule beoordeelt is dat het huidige percentage niet kostendekkend is?	De afspraken op basis van de hardheidsclausule gelden voor de duur van het betreffende inkoopjaar. Voor een nieuw inkoopjaar kan een aanbieder opnieuw een beroep doen op de hardheidsclausule als hij aan de genoemde voorwaarden voldoet.
1002	12. VG 7	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Wij behouden ons het recht	Zorgkantoren geven in hun Nota van Inlichtingen duidelijkheid over het VG7 beleid. Op het moment van publicatie van de inkoopdocumenten was hierover nog geen duidelijkheid en was Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

		voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	nog in overleg met VWS, VGN en de NZa. Het is mogelijk vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1003	12. VG 7	Uiterlijk 30 juni publiceert u het beleid omtrent de verdeling van de €40 mio. Neemt u in de verdeling in overweging deze €40 mio te verdelen over de meest complexe en intensieve zorg aan cliënten met een VG7? Concrete vraag is of hierbij een onderverdeling gemaakt kan worden naar cliënten met een VG7 met en zonder een aanspraak op meerzorg? Zowel voor 2023 als voor 2024?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.
1004	12. VG 7	De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (NvI). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kortgedingprocedures en de inschrijving?	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk daar vragen over de stellen. Dit heeft geen gevolgen voor de termijn van de inschrijving. Voor de bezwaarmogelijkheden verwijzen wij naar het regionale beleid van uw zorgkantoor.
1005	12. VG 7	Regionaal inkoopbeleid 2024-2026, par. 2.4.2) In par. 2.4.2 van het Inkoopbeleid geeft u aan dat gegadigden in de Nota van Inlichtingen worden geïnformeerd over het beleid voor de uitwerking van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken (VG7). Voor het jaar 2024 wordt afzonderlijk aanvullend beleid gepubliceerd. Wij maken bezwaar tegen deze werkwijze. U heeft slechts één NvI voorzien in deze procedure. Dat betekent feitelijk dat gegadigden geconfronteerd worden met zeer essentiële informatie voor het doen van een inschrijving waarover geen vragen meer gesteld kunnen worden. Dit is in strijd met het gelijkheids- en transparantiebeginsel. Wij verzoeken u dan ook een tweede en derde NvI te organiseren, zodat ook vragen kunnen worden gesteld over de voorwaarden om in aanmerking te komen voor VG7. Indien u hiertoe niet bereid bent, waarom niet? "	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1006	12. VG 7	Tariefpercentage VG7 In uw inkoopbeleid staat geen tariefpercentage voor de VG7, hier maken wij bezwaar tegen. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons onmogelijk om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Zorgaanbieder gaat in bezwaar indien er geen gelegenheid is tot het stellen van vragen alvorens er een besluit is genomen.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.

1007	12. VG 7	Wij constateren dat het zorgkantoor geen duidelijkheid geeft over het tarief voor VG7. Naar onze mening is dat in strijd met het transparantiebeginsel. Dat maakt het voor ons lastig om daarop te reageren of van de impact daarvan een inschatting te maken. Kunt u ons garanderen dat wij n.a.v. dit deel uit de nota van inlichtingen de gelegenheid krijgen om vragen te stellen in plaats van over dit deel direct een kortgedingprocedure aan te moeten spannen? Het lijkt ons redelijk die kans nog aan ons als zorgaanbieder te geven alvorens er juridisch kosten moeten worden gemaakt. Wij behouden ons het recht voor om hierover in een later stadium nog vragen te stellen. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1008	12. VG 7	VWS stelt dat de compensatie voor geleverde VG7 zorg verhoogd kan worden door middel van maatwerkafspraken. Hoe gaan die maatwerkafspraken er uit zien? Wanneer kom je in aanmerking voor deze maatwerkafspraken?	Dit leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1009	12. VG 7	Document paragraaf 2.4.2 pg. 32: U vraagt aanbieders akkoord te gaan met (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend zijn (zoals VG7) en waarover op een later moment geen vragen meer kunnen worden gesteld of waartegen geen bezwaar meer ingediend kan worden. Wij verzoeken u een extra vragenronde in te lassen en de bezwaarmogelijkheid aan te passen ten aanzien van (contract)voorwaarden die op het moment van inschrijving nog niet bekend waren.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor. Er komt geen extra vragenronde meer om nog vragen te stellen over andere onderdelen van de inkoopprocedure/inkoopdocumenten.
1010	12. VG 7	Wordt bij de bepaling van de verdeling van de € 40 miljoen middelen 7VG de positie van een aanbieder in de regio meegewogen?	Nee, dit wordt niet meegewogen.
1011	12. VG 7	Extra gelden voor VG7: we moeten een overeenkomst sluiten niet wetende hoe dit geregeld wordt.	Zorgkantoren publiceren in de Nota van Inlichtingen het inkoopbeleid over het VG7 tarief. Het is mogelijk hierover vragen te stellen. Meer informatie leest u in de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor.
1012	12. VG 7	VWS heeft 40 miljoen euro beschikbaar gesteld rondom compensatie voor geleverde VG7 zorg echter geeft u aan de voorwaarden om als zorgaanbieder hiervoor in aanmerking te komen dienen nog nader te worden opgesteld. Kunnen wij hieruit concluderen dat niet iedere zorgaanbieder die zorg verleend aan deze doelgroep in aanmerking komt voor compensatie?	In de Nota van Inlichtingen van uw zorgkantoor leest u op welke wijze de middelen voor de VG7 doelgroep worden toegekend en onder welke voorwaarden.

1013	12. VG 7	Het tariefpercentage voor ZZP 7 is nog niet bekend, waardoor wij nog geen inschatting kunnen maken van de totale financiële impact. De onbekendheid van dot percentage is volgens ook in strijd met het transparantiebeginsel. Wanneer kunnen wij duidelijkheid	Zorgkantoren publiceren in de regionale Nota van Inlichtingen het beleid over het VG7 tarief voor het jaar 2024 en tegelijkertijd wordt aanvullend beleid gepubliceerd voor het VG7 tarief voor het jaar 2023.