

Nota van Inlichtingen 1 juli 2024

Menzis Zorgkantoor, Aanvullend Beleid 2025

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Vraag en antwoord	5
Voorwoord	5
A. Tariefsystematiek 2025	12
1. Richttariefpercentage	15
2. Historisch laag tariefprocedure (HLT-procedure)	19
3. Hardheidsclausule	23
B. Overige wijzigingen	25
1. CSRD	25
2. GGZ	29
3. Overzicht aan te leveren documenten	30
4. Wijzigingen in bijlagen	31
C. Proces	33
1. Planning en termijnen	33
2. Inschrijven overeenkomst	34
3. Inschrijven Module	36
4. Communicatie en informatieverstrekking	38
Bijlage 1. Landelijk beantwoorde vragen over de landelijke bijlagen	41
Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026	41
Bijlage 3A Bestuursverklaring 2025	42
Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden	42
Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025	45
Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz	46

Voorwoord

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het Aanvullend Beleid 2025 van Menzis Zorgkantoor. In de Nota van inlichtingen vindt u de antwoorden op de vragen die door u naar aanleiding van het Aanvullend Beleid (inclusief bijlagen) zijn gesteld.

In de Nota van Inlichtingen zijn alle vragen verwerkt. Vragen die na 13 juni 2024 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 eensluitend 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.

In deze Nota van Inlichtingen worden alleen vragen beantwoord over het Aanvullend Beleid 2025. Vragen over de Nota van Wijzigingen 2024 vallen dus niet binnen de reikwijdte van deze Nota van Inlichtingen. Het zorgkantoor hanteert echter dezelfde tariefsystematiek als omschreven in de Nota van Wijzigingen 2024, waardoor deze Nota van Inlichtingen daarover de relevante inzichten verschaft.

Uw vragen hebben tot enkele kleine aanpassingen in de bijlagen geleid. Deze bijlagen worden gepubliceerd naast de Nota van Inlichtingen. De gewijzigde passages zijn gearceerd weergegeven.

Deze Nota van Inlichtingen d.d. 1 juli 2024 gaat voor op het Aanvullend Beleid 2025.

René Groot Koerkamp
Manager Menzis Zorgkantoor

Overzicht wijzigingen bij Aanvullend Beleid 2025

Onderdeel	Wijziging
Titelblad	Versie 1 juli 2024, na Nota van Inlichtingen is aangeduid
Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025 – 2026	In bijlage 1 is één wijziging verwerkt: In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.
Bijlage 2 Overeenkomst Wlz 2025	In bijlage 2 is één wijziging verwerkt: In deel III: Algemeen deel, hoofdstuk 1: Levering van zorg, artikel 1, lid 2, is toegevoegd: 'en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)'.
Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden 2025	In bijlage 4 zijn twee wijzigingen verwerkt: In hoofdstuk 2: Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren, paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ), is toegevoegd: 'De gewijzigde RIZ is op 18 juni 2024 met toevoeging van de aanspraken DZEP en GP+ in de Staatscourant gepubliceerd. stcr-2024-18860.pdf (officielebekendmakingen.nl)'. In hoofdstuk 2: Inkoopvoorwaarden voor meerdere sectoren, paragraaf 2.8 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ), is voetnoot 7, de laatste zin, 'De link voor GP+ en DZEP wordt gepubliceerd bij de Nvl' is gewijzigd in: De link van D-zep: Zorglandschap D-zep - D-ZEP (dzep.nl) De link voor GP+ is bij publicatie van Nvl nog niet beschikbaar

Vraag en antwoord

Voorwoord

#	Vraag	Antwoord
1	<p>Wat moeten wij precies verstaan onder doelmatigheid? U noemt het woord doelmatigheid regelmatig in uw inkoopbeleid maar het woord doelmatigheid wordt in het inkoopbeleid niet werkelijk nader omschreven. Wat verstaat u onder doelmatigheid? Wat zijn voor u voorbeelden van doelmatigheid in relatie tot het inkoopbeleid.</p>	<p>Wij verwijzen voor het antwoord naar vraag 251 uit de Nota van Inlichtingen 2024.</p>
2	<p>"Er ligt een gezamenlijke opdracht om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Wij verwachten daarom dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Zorgkantoren gaan hierover met zorgaanbieders in gesprek." Hoe plaatst u het onderscheid tussen het basisrichttariefpercentage en het historisch lage tarief in de context van doelmatigheid? Op welke manier gaat u met aanbieders daarover in gesprek? Welke criteria voor doelmatigheid hanteert u hierbij?</p>	<p>Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klienten op doelmatige wijze in te kopen, en dit binnen het budgettaire kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klienten. Hoewel de zorgkantoren staan achter de methodiek om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het echter niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn. Aanbieders die hebben aangetoond al jaren de zorg tegen dit lagere tariefpercentage te kunnen bieden. Menzis verwijst hierbij naar de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:16336.</p>
3	<p>"Tegen die context is het onze vurige wens in de komende jaren de zorgaanbieders enkel te zien in de regio en niet meer in de rechtbank" Toch heeft Menzis gekozen voor gang naar de rechtbank met sommige zorgaanbieders, ondanks (herhaaldelijk) verzoek van de zorgaanbieder om in gesprek te gaan. Wat maakt dat dit zo is gegaan? Graag uw toelichting.</p>	<p>Menzis is gebonden aan aanbestedingsrechtelijke beginselen, waaronder het gelijkheidsbeginsel. Op grond van het gelijkheidsbeginsel kan Menzis niet voor de ene zorgaanbieder een uitzondering maken in een gesprek en voor andere zorgaanbieders niet. Dit maakt dat in sommige gevallen een zorgaanbieder koos voor de gang naar de rechter. Indien gewenst plannen we met deze aanbieders een gesprek om dit te evalueren.</p>
4	<p>Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding. Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.</p>
5	<p>U geeft aan dat: "De afgelopen tijd is gebleken dat het niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen". Denkt u dit voor 2025 wel feitelijk te kunnen vaststellen? Zo, ja waarom denkt u dat en waarom verschilt dit t.o.v. 2024?</p>	<p>Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en</p>

		van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
6	Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest. Wat verstaat u onder latere jaren, is dat bijvoorbeeld het jaar 2026? Als u dit van plan bent, wanneer informeert u de aanbieders hier dan over?	Dat zou inderdaad al het jaar 2026 kunnen zijn. Zorgaanbieders worden hier uiterlijk op 1 juni 2025 over geïnformeerd als het inkoopbeleid voor het jaar 2026 wordt gepubliceerd.
7	In de sectorbrief staat dat het zorgkantoor heeft besloten om een 'hoger tariefpercentage dan noodzakelijk' toe te kennen en dat zorgaanbieders zich 'extra' moeten inspannen in 2025 om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hoe verhoudt zich dat tot de uitspraak van het hof waarin de zorgkantoren nu juist werden opgedragen om, om tot kostendekkende tarieven te komen, ook financieringsbaten- en lasten mee te nemen?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
8	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke gegevens voor de financieringsbaten en lasten zijn dan gebruikt in de berekening van het richttariefpercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
9	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wanneer zijn de gegevens bekend om de feitelijke financieringsbaten en lasten wel op een betrouwbare wijze vast te kunnen stellen in de berekening van het richttariefpercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van

		vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
10	Wanneer men stelt dat het tariefpercentage hoger is dan noodzakelijk, waarom wordt dan niet uitgegaan van het noodzakelijke tariefpercentage?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
11	Wat is het noodzakelijke tariefpercentage in procenten?	Het noodzakelijke tariefpercentage is in principe gelijk aan de huidige percentages, maar zou ook toegepast moeten worden op de NHC en NIC componenten. Bijvoorbeeld, richttarief 97%, NZa max tarief €100, waarvan €80 personeel & materieel en €20 NHC/NIC. Dan zou dit in de huidige situatie neerkomen op $0,97 * €80 + €20 = €97,6$ In de 'niet meer dan strikt noodzakelijk' situatie komt dit neer op $0,97 * €100 = €97,-$
12	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Welke stappen gaat het zorgkantoor ondernemen om tot de meest betrouwbare wijze van het vaststellen van de feitelijke financieringsbaten en lasten te komen?	De zorgkantoren zullen, als zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
13	Bij het kopje 'Samen op weg naar passende en doelmatige zorg' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Als hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
14	Op welke wijze worden zorgaanbieders betrokken bij de mogelijke verandering vanaf 2026 in de wijze waarop uitvoering gegeven wordt aan het arrest of aan een de keuze van een ander model?	Als zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
15	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met het woord feitelijk in 'feitelijke financieringsbaten en lasten'?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet eenvoudig op korte termijn op te lossen. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het

		saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
16	Er staat dat het niet mogelijk is om op korte termijn de feitelijke financieringsbaten en lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wat bedoelt u met op betrouwbare wijze?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
17	Er staat: "Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Wat bedoelt u met een hoger tariefpercentage dan strikt noodzakelijk? Wat is uw definitie van "noodzakelijk"? Klopt uw berekening van het richttariefpercentage incl. fin. baten en lasten dan niet?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
18	Er staat: "Wij verwachten daarom dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren." Wat bedoelt u met "extra"? Geldt deze "extra" inspanning ook voor u als zorgkantoor? Er is immers sprake van een gezamenlijke inspanning.	Wij bedoelen hiermee dat zorgaanbieders de bewegingen die zij maken een extra impuls geven, dan wel een versnelling geven om ze te realiseren. Hierbij kan gedacht worden aan: extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg, reserveren voor verbouw of nieuwbouw. Zorgkantoren spannen zich hiervoor ook in door het organiseren van regionale overleggen - voor zover nog niet is gebeurd- en het aangaan van het individuele gesprek met de zorgaanbieder over de te maken bewegingen. In gezamenlijkheid kan dan bekeken worden hoe de trajecten lopen en welke inspanning en ondersteuning er nodig is om de bewegingen (versneld) te realiseren.
19	Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan	Dit klopt.

	ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Klopt dit?	
20	In hoeverre kunt u het recht voorbehouden in 2026 om een ander model of uitvoering te kiezen voor het richttariefpercentage en is dat niet in strijd met het arrest?	Wanneer de zorgkantoren de keuze zouden maken voor een ander model of uitvoering zal dit met inachtneming van het arrest worden ontwikkeld.
21	U geeft aan (als reactie op een hoger tariefpercentage) dat zorgaanbieders zich in 2025 'extra' moeten inspannen om zorg betaalbaar te houden. Hoe verhoudt deze opmerking zich tot de eerdere niet kostendekkende tarieven? Ondanks een aangepast richttariefpercentage is er in de budgettering geen ruimte om nog meer extra inzet hierop te tonen. Hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar? Op welke wijze wordt 'extra' inspanning gevraagd?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen. Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
22	Bij het kopje 'Uitvoering Arrest' staat dat u verwacht dat zorgaanbieders zich in 2025 extra inspannen om de bewegingen die nodig zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, te realiseren. Als hier inspannings- of resultaatverplichtingen aan verbonden zijn, wat zijn deze?	Zorgkantoren stellen vooraf geen algemene inspannings- of resultaatverplichtingen vast. In de gesprekken die zorgkantoren hierover voeren met zorgaanbieders, kunnen afspraken per zorgaanbieder worden gemaakt.
23	U schrijft: "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen. Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarop baseert u deze uitspraak? Waarom denkt u dat het tariefpercentage hoger uitpakt? Als u de feitelijke kosten niet op betrouwbare wijze kunt vaststellen, zou het toch ook te laag kunnen zijn?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
24	De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen."	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die

	Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen?	al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
25	Wat voor zekerheid kan er gegeven worden aan zorgaanbieders voor latere jaren n.a.v. de zin "Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest1"?	De zorgkantoren zullen, als zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
26	Genoemd wordt dat Zorgkantoren zich het recht voorbehouden dat in latere jaren op een andere wijze uitvoering wordt gegeven aan het arrest. Hoe worden zorgaanbieders hierin meegenomen, zodat ze niet voor onverwachte verrassingen komen te staan?	De zorgkantoren zullen, als zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
27	Vanaf 2023 vindt een kostenonderzoek plaats, waarbij een drietal prioriteersproducten nader onderzocht zijn. In hoeverre gaat het zorgkantoor deze voorgestelde tarieven voor 100% volgen?	Het richttariefpercentage is ook op deze prestaties van toepassing. U leest in het regionale beleid van het zorgkantoor voor welke prestaties eventueel een opslag van toepassing is op het richttariefpercentage en aan welke voorwaarden dan voldaan moet worden.
28	Er is aan de ene kant een opdracht om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Anderzijds staat er dat extra inspanning en beweging nodig zijn hiervoor. Bedoelt u hiermee dat we niet moeten streven naar meer zorg dan wel ingezette uren of middelen en wat betekent dit voor de bepaling van het richttariefpercentage als er wel extra middelen of uren nodig zijn om dit doel te behalen?	Wij bedoelen hiermee dat er binnen het huidige richttariefpercentage ruimte is om extra inspanning te leveren voor de beweging om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hierbij kan gedacht worden aan extra inzet van digitalisering, inzet van gezamenlijke nachtzorg. Dit kan ertoe leiden dat meer mensen geholpen kunnen worden van hetzelfde budget.
29	Wij zijn dan ook genoodzaakt om in het model voor de berekening van het richttariefpercentage uit te gaan van gegevens die leiden tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk is om uitvoering te geven aan het arrest." Waarom leidt uitvoering van het arrest tot een hoger tariefpercentage dan noodzakelijk? Een arrest uitvoeren lijkt ons gelijk aan noodzakelijk. Wat verstaat u precies onder noodzakelijk? Graag uw toelichting.	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
30	Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt" Op welke wijze heeft u alle aanbieders	Uw vraag is ons niet helemaal duidelijk. Voor zover u doelt op hoe doelmatigheid een plek krijgt in het tariefmodel: het model dat leidt tot de richttariefpercentages heeft als uitgangspunt dat tenminste 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat heeft,

	getoetst op doelmatigheid zoals u ook de aanbieders met een historisch laag tarief laat doen?	zowel op basis van het aantal zorgaanbieders als op basis van het marktaandeel. Hiermee stimuleren we doelmatigheid.
31	Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen" Wat maakt dat u dit zegt en op welke wijze wilt u e.e.a. voor 2026 vormgeven? Graag uw toelichting.	De zorgkantoren zullen, als zij de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, dit doen met inachtneming van het arrest. Daarnaast zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.
32	In het voorwoord wordt gesteld dat de rechter heeft opgedragen financieringslasten/baten mee te nemen in het richttarief%. Ook wordt aangegeven dat het nu niet mogelijk is deze baten/lasten vast te stellen. Als de hoogte hiervan niet bekend is, hoe kan dan worden geconcludeerd dat hetgeen nu wordt doorgevoerd hoger is dan benodigd om aan het arrest uitvoering te geven?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
33	U verwacht van aanbieders in 2025 extra inspanning in de beweging die nodig is voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de Wlz-zorg. En dat in een periode waarin budgettaire kaders steeds verder krimpen en de arbeidsmarkt implodeert. Om de Wlz-zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zal of het budgettaire kader moeten groeien, of het aantal mensen in de Wlz moeten krimpen. Daar gaat u, noch wij over. Daar gaat de Rijksoverheid over. Bent u daarom voornemens om, in plaats van de druk verder te laten toeneemen op ons beider uitvoeringspraktijk, samen in dialoog te gaan met VWS om de beschreven randvoorwaarden te scheppen?	Wij kunnen de verantwoordelijkheid om de Wlz zorg toegankelijk en betaalbaar te houden niet alleen bij de Rijksoverheid neerleggen. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen in samspraak met branches laten zien welke bewegingen er gemaakt kunnen worden om een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. De ontwikkelingen hierin, de mogelijkheden en onmogelijkheden worden met VWS besproken.
34	Gelet op het voorgaande zullen wij voor 2026 opnieuw kijken op welke wijze het beste uitvoering gegeven kan worden aan het arrest gegeven de doelmatigheidsopgave die op tafel ligt. Wij behouden ons het recht voor om voor 2026 en verder op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest of voor een ander model te kiezen." Is de aanname correct dat zo'n andere wijze via het inkoopbeleid 2026 zal worden gecommuniceerd?	Als de zorgkantoren die keuze maken, zal dat via het inkoopbeleid 2026 rond 1 juni 2025 worden gepubliceerd.
35	Gereferereerd wordt aan een 'ander model'. Graag refereren wij aan een eerder kort geding waarin een beroep is gedaan op het dialoog model zodra er wijzigingen zijn, waaronder een potentieel ander model. Mogen wij als zorgaanbieders verwachting hier tijdig over te worden geïnformeerd (anders dan in een nieuw inkoopbeleid 2026 waarbij slechts beperkt reactie termijn zit middels de Nota van Inlichtingen)?	Als zorgkantoren de keuze maken om op andere wijze uitvoering te geven aan het arrest, zullen zij in ZN-verband het overleg aangaan met de brancheorganisaties.

A. Tariefsystematiek 2025

#	Vraag	Antwoord
1	Wat wordt bedoeld met de bepaling 'dat zorgaanbieders die in 2024 een basistariefpercentage kregen dat gelijk is aan het richttariefpercentage 2024 dat het richttariefpercentage 2025' geldt?	Hiermee wordt het uitgangspunt eenmaal richttarief blijft richttarief" bedoeld. Als Menzis Zorgkantoor voor 2024 met een zorgaanbieder een afspraak voor het basistarief gemaakt heeft dan wordt ook voor 2025 een afspraak voor het basistarief gemaakt.
2	Is het richttariefpercentage 2024 gelijk aan de bijgestelde richttariefpercentages per sector die worden genoemd in de nota van wijziging 31 mei 2024?	Deze vraag gaat over 2024 en wordt niet beantwoord in deze nota van inlichtingen. Als u nog vragen heeft, wendt u dan tot uw in koper.
3	Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om haar inkoopbeleid te wijzigen. Wij gaan ervan uit dat als het zorgkantoor haar inkoopbeleid wijzigt, dat wij over de gewijzigde onderdelen alsnog (dat wil zeggen na 13 juni 2024 om 12.00) gemotiveerde bezwaren kenbaar kunnen maken en eventueel in beroep kunnen gaan. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	In het aanvullend beleid is een voorbehoud opgenomen om het arrest van het Gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024 in 2026 op een andere manier uit te voeren. Wij zullen dit bekendmaken in het (aanvullend) inkoopbeleid 2026. Naar aanleiding van deze publicatie kunt u vragen stellen en zo nodig een kort geding aanspannen.
4	Over inschrijven voor een Module schrijft u "Bestaande zorgaanbieders die nog geen afspraak hebben voor een module kunnen daarvoor uiterlijk 31 juli 2024 17:00 uur een voorstel indienen via mailadres: inkoopbeleid.wlz@menzis.nl. De ingediende voorstellen worden integraal beoordeeld conform het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026." Indien wij als zorgaanbieder voor inkoopjaar 2024 al een afspraak hebben gemaakt voor een module, betekent dit dat deze afspraak voor 2025 wordt gecontinueerd? Zo nee, wat wordt in dat geval van ons verwacht?	Ja, dat klopt. Uw afspraak wordt gecontinueerd zoals per module beschreven in bijlage A van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, onder het kopje "Prestaties en het aantal jaar waarvoor de opslag van toepassing is"
5	Kan een zorgaanbieder middels de module voor gegarandeerd aanbod voor complexe doelgroepen nog altijd in aanmerking komen voor 99% van NZa-tarief voor VG7, ondanks dat de integrale opslag vervalt?	Ja dat is correct
6	Wanneer een voorstel vorig jaar als onvoldoende is beoordeeld, mag een zorgaanbieder deze dit jaar opnieuw indienen?	Ja, als u op dit moment geen afspraken heeft voor een module, dan kunt u uiterlijk 31 juli 2024 een voorstel voor een module indienen. Voor het beoordelingsproces verwijzen wij naar het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
7	Waar kunnen we de objectieve, concrete beoordelingscriteria voor modules voor 2025 vinden?	Hiervoor verwijzen wij naar hoofdstuk 4 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026.
8	"Uitgangspunt is het Menzis Zorgkantoor basistariefpercentage" Als dit het uitgangspunt is, waarom hanteert u dan het historisch lage tarief? Graag uw toelichting.	Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klienten op doelmatige wijze in te kopen, en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klienten. Hoewel de zorgkantoren staan achter de methodiek om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het echter niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn. Aanbieders die hebben aangetoond al jaren de zorg tegen dit lagere tariefpercentage te

		kunnen bieden. Menzis verwijst hierbij naar de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:16336.
9	"De zorgaanbieders met een historisch laag tariefpercentage (opnieuw) beroep kunnen doen op de bij Nota van Wijziging d.d. 9 november 2023 geïntroduceerde procedure (ook wel: de HLT-procedure) om in aanmerking te komen voor een hoger basistariefpercentage voor 2025 tot maximaal het richttariefpercentage 2025" Wat heeft u bewogen tot het stellen van deze eis aan de aanbieders met een historisch laag tarief om in aanmerking te komen voor een basis richttariefpercentage (of hoger) in tegenstelling tot de aanbieders die al een richtprijsstarief of een tarief wat daarboven lag? Wat maakt dat zij hun doelmatigheid niet hoeven aan te tonen in relatie tot de aanbieders met een historisch laag tarief?	Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klienten op doelmatige wijze in te kopen, en dit binnen het budgettaire kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klienten. Hoewel de zorgkantoren staan achter de methodiek om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het echter niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn. Aanbieders die hebben aangetoond al jaren de zorg tegen dit lagere tariefpercentage te kunnen bieden. Menzis verwijst hierbij naar de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:16336.
10	"Die aan de Menzis voorwaarden voldoen", deze voorwaarden waren vorig jaar vooraf niet bekend, we hebben vorig jaar een opslag niet verkregen omdat achteraf bleek dat cliënten met Parkinson in een leefgroep moesten wonen. Wij onderschrijven deze visie juist niet. Wij vinden dat cliënten moeten wonen, daar waar het beste voor hen is. Parkinson kennis en kunde hebben we ruimhartig in huis. Wij wensen de expliciete, objectieve voorwaarden die Menzis hanteert bij beoordeling van de module te ontvangen. Graag uw akkoord. Indien niet akkoord, kunt u aangeven wat de reden hiervoor is en kunt u aangeven hoe dit zich dan verhoudt tot het transparantiebeginsel?	De Menzis voorwaarden staan beschreven in paragraaf 5.2 van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. De voorwaarden per module staan beschreven in bijlage A van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026. Deze zijn niet gewijzigd en daar kunt u dus geen vragen over stellen.
11	Menzis schetst geen nieuwe modules voor tijdbesparende zorgtechnologieën. Betekent dit dat Menzis geen nieuwe ontwikkelingen ziet op dit gebied?	Menzis Zorgkantoor hanteert dezelfde modules als in 2024. Deze modules geven u de ruimte om plannen voor de inzet tijdbesparende zorgtechnologieën uit te voeren.
12	Er is een afwijkend beleid van Menzis t.o.v. de andere zorgkantoren. Hoe verklaart Menzis dit verschil, in ieder geval als het gaat om het niet toekennen van het landelijke richttariefpercentage?	Elk zorgkantoor heeft haar eigen systematiek. 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.
13	Wanneer wordt het nieuwe VG7-tarief naar verwachting gepubliceerd en per wanneer gaat dit in?	Zorgkantoren verwachten dat de NZa het nieuwe VG7 tarief gelijktijdig met de beleidsregels 2025 publiceert. Dit is op of kort na 1 juli 2024.
14	Wat gebeurt er als het VG7-tarief onverhoopt niet tijdig kan worden vastgesteld of dit tarief niet altijd als niet toereikend/kostendekkend wordt gezien?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024. Het is geen taak van het zorgkantoor om kostendekkende tarieven vast te stellen, dat doet de NZa.

15	Wat als de Nza niet voor het jaar 2025 het nieuwe VG7 tarief heeft gepubliceerd? Kunnen wij dan weer op een opslag rekenen in 2025?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
16	De opslag voor het VG7 tarief vervalt en verwacht wordt dat dit in de NZA-tarieven wordt meegenomen. Ons bereiken signalen dat aanbieders geen nieuwe VG7 cliënten meer aannemen. Wij kunnen voorstellen dat het niet-kostendekkend zijn van het VG7 tarief een reden hiervoor kan zijn. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat er voldoende zorg voor VG7 cliënten beschikbaar blijft?	De NZa herrekent het VG7 tarief voor het jaar 2025 op basis van het kostenonderzoek. De verwachting is dat dit tarief wordt verhoogd. Wij verwijzen naar de Wlz-overeenkomst en hetgeen daarin bepaald is over een klantenstop.
17	Aanpassing VG7-tarief: U verwacht dat de NZa een aangepast VG7-tarief zal publiceren. Indien aan deze verwachting niet voldaan wordt betekent dit dat het zorgkantoor geen reëel tarief betaalt. Indien dit het geval is gaan wij graag gezamenlijk met de NZa en VWS in gesprek om te komen tot reële bekostiging van de VG7 in 2025. Staat u hiervoor open?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Mocht het toch gebeuren dat het tarief niet tijdig wordt vastgesteld, zullen zorgkantoren dit bespreken in het overleg met VWS, NZa en VGN dat regelmatig plaatsvindt over het VG7 tarief.
18	Als organisatie zien wij grote uitdagingen om cliënten met een ZZP VG7 binnen het bestaande budget verantwoorde en passende zorg te bieden, ondanks de opslag die we in 2024 voor cliënten met VG7 hebben gekregen. De onzekerheid over het tarief voor 2025 is voor ons reden tot zorg. Het kostenonderzoek van de NZa heeft meer tijd nodig en de tarieven zullen pas in 2026 aangepast worden, het VG7 tarief is een van de uitzonderingen daarop. U verwacht dat de NZa met de publicatie van de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren, maar u doet daar nu nog geen concrete uitspraak over. Onze vraag is: hoe kan geborgd worden dat wij ook in 2025 verantwoorde en passende zorg kunnen bieden voor cliënten met VG7?	Wij hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Met dit tarief gebaseerd op het kostenonderzoek van de NZa moet het mogelijk zijn om verantwoorde en passende zorg voor de VG7cliënten te bieden.
19	Ontvangt Zorgkantoor bij een ophoging van het landelijke 7VG-tarief ook aanvullende middelen vanuit VWS of dient dit te worden bekostigd uit de reguliere contracteerruimte?	Dit is nog niet duidelijk. Hierover vindt nog overleg plaats met VWS.
20	Welke werkwijze hanteert het zorgkantoor wanneer NZa niet tijdig een nieuw tarief voor VG7 gepubliceerd heeft?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.
21	Paragraaf 3.3.1. De opslag voor het VG7 tarief vervalt. Aangegeven wordt dat verwacht wordt dat de NZa met de publicatie voor de beleidsregels voor het jaar 2025 ook het nieuwe VG7 tarief zal publiceren. Wat is het zorgkantoor voornemens te doen indien er dit jaar nog geen nieuw VG7 tarief wordt gepubliceerd?	Zorgkantoren hebben geen redenen om aan te nemen dat de NZa het VG7 tarief niet tijdig voor het jaar 2025 vaststelt. Als dat desondanks toch niet tijdig gebeurt, vervalt de toeslag. VWS heeft namelijk alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de jaren 2023 en 2024.

1. Richttariefpercentage

#	Vraag	Antwoord
1	U geeft aan dat het richttariefpercentage voor 2024 wordt bijgesteld naar 96,9%. Betekent dit ook dat het basistariefpercentage wordt opgehoogd naar 96,9%? En betekent dit dat hier bovenop nog de eventuele opslagen verkregen kunnen worden?	De richttariefpercentages voor 2025 worden uiterlijk op 5 september 2024 gepubliceerd. Over het basistariefpercentage kunnen we dus nog geen uitspraken doen, bovendien is dat ook afhankelijk van andere factoren zoals de uitkomst van de HLT-procedure. Inderdaad kunnen boven op het basistariefpercentage afspraken gemaakt worden voor een module.
2	De richttariefpercentages voor 2025 worden pas in het derde kwartaal van 2024 bekend gemaakt, wanneer kunnen zorgaanbieders hier vragen over stellen? U hebt het over 'bezwaren uiten', wat verstaat u daar precies onder? Moet dat geuit worden naar Menzis of moet er direct een kort geding aanhangig worden gemaakt?	Menzis Zorgkantoor heeft middels de Nota van wijziging d.d. 24 oktober 2023 aangegeven op welke manier bezwaar gemaakt kan worden tegen de richttariefpercentages voor het opvolgende jaar. Aangegeven is dat de zorgaanbieders een redelijke termijn gegund wordt voor het bezwaar en voor het aanhangig maken van een kortgedingprocedure indien de zorgaanbieder zich niet kan vinden in de uitkomst van het indiende bezwaar. De termijnen zullen bekendgemaakt worden bij publicatie van het richttariefpercentage.
3	"Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024 en bijlage 7. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest 2" Wat maakt dat u deze keuze heeft gemaakt? Wat maakt dat u de aanbieders die het richtprijsstarief of hoger krijgen, buiten deze procedure houdt? Wat maakt dat u het recht voorbehoud om in latere jaren uitvoering te geven aan het arrest? Graag uw toelichting.	We nemen aan dat de eerste vraag betrekking heeft op de HLT. In dat geval luidt het antwoord als volgt. Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen, en dit binnen het budgettair kader te doen. We hebben hierbij ook een zorgplicht richting onze klanten. Hoewel de zorgkantoren staan achter de methode om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het echter niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn. Aanbieders die hebben aangetoond al jaren de zorg tegen dit lagere tariefpercentage te kunnen bieden. Menzis verwijst hierbij naar de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:16336. Voor wat betreft de vraag over het voorbehoud luidt het antwoord als volgt: omdat Menzis zich het recht wil voorbehouden om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest.
4	"Hierbij is van belang dat u kunt aantonen dat u op dit moment op een doelmatige manier zorg levert en het huidige historisch lage tariefpercentage voor uw organisatie niet zal leiden tot een kostendekkende Wlz-exploitatie" Heeft u deze vraag aangaande de doelmatigheid ook voorgelegd aan de aanbieders met een richtprijsstarief of hoger? Zo nee, waarom niet? Graag uw toelichting.	Bij het vaststellen van het richttariefpercentage is rekening gehouden met doelmatigheid. Bij aanbieders met een historisch laag tarief gaat het om aanbieders die in het afgelopen jaar met een lager tarief uitkomen. Daarom is voor die aanbieders dit lagere tarief het uitgangspunt. Als die aanbieders menen dat dit lagere tarief niet kostendekkend is, kunnen zij aanspraak maken op een hoger tarief en is het vanuit de rol van zorgkantoren vanzelfsprekend dat zij bij het toekennen van een hoger tarief letten op doelmatigheid.
5	In het inkoopbeleid staat "Het vaststellen van de richttariefpercentages 2025 doen we op dezelfde manier als waarmee de richttariefpercentages 2024 zijn vastgesteld zoals aangegeven in de Nota van wijziging 31 mei 2024 en bijlage 7". Wij gaan ervanuit dat voor de bepaling van het richttariefpercentage 2025 geen extra uitvraag wordt gedaan en dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor de vaststelling van het aangepast richttariefpercentage 2024. Is deze veronderstelling juist? Zo nee, waarom is hier niet voor gekozen?	Deze veronderstelling is juist.

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

		<p>mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die al gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
12	Richttarief 2025 dient nog bekend gemaakt te worden. Kunnen wij ervan uitgaan dat dit tarief niet voor een organisatie zelf wordt aangepast maar in de volle breedte (dus over alle Wlz-klanten heen)?	Uw vraag begrijpen wij niet helemaal. Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7 en gepubliceerd op uiterlijk 5 september 2024.
13	U schrijft: Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze uitvoering te geven aan het arrest ¹⁰ (ECLI:NL:GHDHA:2024:199). Kunt u bevestigen dat u hierbij wel de gerechtelijke uitspraak volgt en dit niet gedurende een kalenderjaar wijzigt?	Wij bevestigen dat wij het arrest zullen volgen. Voor wat betreft het wijzigen van het inkoopbeleid verwijzen wij u naar de voorbehoudclausules uit het regionale inkoopbeleid van de zorgkantoren.
14	Voor de berekening van de richttariefpercentages zijn de laatst beschikbare jaarverslagen van de zorgaanbieders nodig. Voor de richttariefpercentages 2025 betreffen dit de beschikbare jaarverslagen 2023. Deze jaarverslagen worden op 1 juni a.s. gepubliceerd. Dit betekent dat de richttariefpercentages 2025 pas na deze datum berekend kunnen worden en daarom uiterlijk op 5 september 2024 gepubliceerd worden. Hoe kunnen wij intekenen als de tarieven nog niet bekend zijn? En welk effect heeft dit op het richttariefpercentage?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2, zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid. Het staat zorgaanbieders vrij om naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025 het zorgkantoor mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen.
15	Het richttarief% is voor 2024 en 2025 op 97% vastgesteld. Daarna behouden zorgkantoren zich het recht voor om het richttariefpercentage op een andere manier vast te stellen. Wij werken met meerjarenbegrotingen waarop we investeringen hebben opgenomen en op basis van de uitkomsten meerjarenbegroting nemen we al dan niet besluiten. Investeringsvraagstukken kennen vaak een verplichting (afschrijving en rente) van vele jaren. Welk beeld heeft het zorgkantoor bij de ontwikkeling van het richttarief gegeven de veronderstelling dat 75% van de zorgaanbieders een minimaal 0-rendement realiseren? Het aangaan van meerjarenverplichtingen vereist ons inziens een ruimere blik dan 2 jaar vooruit. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	In het arrest van 13 februari jl. heeft het Gerechtshof Den Haag regels vastgesteld voor het geval de Zorgkantoren gebruik willen blijven maken van het model om het richttariefpercentage te bepalen. Voor 2025 hebben wij besloten dat te doen en daarbij dus te handelen met inachtneming van de uitspraak van 13 februari jl. Het Gerechtshof heeft de Zorgkantoren niet verplicht om van dat model gebruik te blijven maken. Het is aan de Zorgkantoren om te bepalen hoe zij een redelijke vergoeding vaststellen. Om die reden hebben de Zorgkantoren kenbaar gemaakt dat zij niet uitsluiten voor 2026 de redelijke vergoeding op een andere manier vast te stellen. U wordt in een dergelijk geval tijdig geïnformeerd middels het (aanvullend) inkoopbeleid dat op 1 juni voorafgaand aan het betreffende jaar gepubliceerd wordt. Dit hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen.
16	Bij publicatie van het richttarief kunnen er geen vragen gesteld worden, maar kan er wel een bezwaar worden ingediend. Wat is de reden om geen nota van inlichtingen te publiceren?	Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegevoegd in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. Op 5 september 2024 wordt puur de uitkomst van de reksom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde.

17	<p>U schrijft dat het tariefpercentage voor de NHC/NIC 100% blijft voor het jaar 2025. Heeft u hierbij rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking (117 miljoen korting op de Wlz)? Zo ja, kunt u dan bevestigen dat zorgaanbieders ondanks de NHC-herijking voldoende middelen hebben voor de aanschaf, onderhoud, vervanging en verduurzaming van het vastgoed? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De NHC/NIC tarieven worden door de NZa vastgesteld. De zorgkantoren hebben hier geen invloed op.</p>
18	<p>Het richttariefpercentage voor 2025 wordt pas in september bekend gemaakt. Hoe is dit voor 2026? Maakt u het richttariefpercentage dan ook pas in september bekend?</p>	<p>Dat is nu nog niet bekend. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om in latere jaren op een andere wijze invulling te geven aan het arrest.</p>
19	<p>U beschrijft dat op uiterlijk 5 september 2024 de definitieve richttariefpercentages voor 2025 worden gepubliceerd conform de Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024 en de vaststelling van de richttariefpercentages 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven, de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Het is voor ons onduidelijk of de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage toereikend is. Bent u bereid hier duidelijkheid in te verschaffen en dit in te brengen op landelijke tafels waarin u bent afgevaardigd? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Wij bespreken de toereikendheid van de contracteerruimte op de landelijke tafels. Op de gebruikelijke wijze informeren de zorgkantoren u over de uitnutting van de contracteerruimte.</p>
20	<p>Wij maken bezwaar tegen de late bekendmaking van het richttariefpercentage voor 2025 en de exacte onderbouwing voor het nieuwe tariefpercentage. Hoe kunnen wij, als zorgaanbieder, hier onze bedrijfsvoering op afstemmen?</p>	<p>Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. De jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar maar wel een zodanig aantal dat een voldoende representatieve berekening kan worden gemaakt. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p>

21	Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025." Dient deze mededeling schriftelijk gedaan te worden?	Ja, u dient dit schriftelijk te melden bij uw zorgkantoor.
22	De richttariefpercentages worden na 5 september vastgesteld. Is het correct dat wij (ook) na genoemde datum vragen kunnen stellen over en bezwaar kunnen maken tegen het richttariefpercentage en de wijze waarop deze tot stand zijn gekomen?	Het vaststellen van de manier waarop het richttariefpercentage tot stand komt, wordt toegelicht in bijlage 7. Hierover heeft u in juni 2024 vragen kunnen stellen. In september wordt puur de uitkomst van de rekensom gepubliceerd. Het kunnen stellen van vragen is dan niet aan de orde. U kunt in september bezwaar maken tegen zowel de hoogte van het richttariefpercentage als de onderbouwing.
23	Is het correct dat er per zorgaanbieder het richttariefpercentage kan variëren?	Het richttariefpercentage 2025 per sector wordt berekend zoals vastgelegd in bijlage 7, die op 5 september 2024 wordt gepubliceerd.
24	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de jaarrekening t-1 later deponeert en daardoor niet meegaat in de lijst van geïnccludeerde aanbieders in het model? Het zijn immers vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
25	Wij zijn verheugd over een hoger richttariefpercentage, maar hoe gaat het zorgkantoor voorkomen dat dit hogere percentage door het overschrijden van de contracteerruimte uiteindelijk toch weer teniet wordt gedaan?	Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS als het macrokader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.

2. Historisch laag tariefprocedure (HLT-procedure)

#	Vraag	Antwoord
1	Tot en met 2023 was er bij onze organisatie sprake van een historisch laag tarief. Voor 2024 geldt dat Menzis het maximale richttariefpercentage heeft toegekend. Wij gaan er van uit dat de oude HLT hiermee voor 2025 en verder is komen te vervallen. Klopt dit? Als dit niet het geval is, is de volgende vraag van toepassing	Menzis Zorgkantoor hanteert het uitgangspunt "eenmaal richttarief blijft richttarief", het oude HLT is inderdaad vervallen.
2	Als je in 2024 na onderhandelingen, een tarief hebt ontvangen van 96.4% en in de veronderstelling bent dat je na de nota van wijziging 2024 d.d. 31-5-2024 een tarief zal ontvangen van 96.9%, ben je dan een zorgaanbieder die	Dat is afhankelijk van de sector van de zorgaanbieder. Menzis Zorgkantoor hanteert het uitgangspunt "eenmaal richttarief blijft richttarief". Als het afgesproken tarief gelijk is aan het richttarief van de sector, dan behoort de aanbieder niet meer tot de groep met een HLT.

	in 2025 het richttarief ontvangt? Of kan je dan nog tot de groep behoren van een HLT?	
3	Als een zorgaanbieder in 2024 het historisch laag tarief heeft, de HLT-tool uit de Nota van Wijziging d.d. 31 mei 2024 instuurt voor 28 juni 2024 en deze wordt positief beoordeeld, klopt het dan dat de procedure zoals geschetst op p.6 niet nogmaals hoeft te worden te doorlopen?	Wij kunnen hier geen antwoord op geven. Of er nogmaals een beroep gedaan moet worden op de HLT-procedure is afhankelijk van de uitkomst van de eerste HLT-procedure, het nieuwe richttariefpercentage en de begroting van de aanbieder.
4	"Met een aantal zorgaanbieders hebben wij voor 2024 een lager tariefpercentage afgesproken dan het richttariefpercentage (ook wel: historisch laag tariefpercentage)" Met hoeveel aanbieders bent u dit overeengekomen? Op welke wijze blijkt dat dit een overeenkomst is geweest? Graag uw toelichting.	Wij hebben met meerdere aanbieders een lager tariefpercentage afgesproken dan het richttariefpercentage. Door inschrijving op de aanbesteding is de aanbieder hiermee akkoord gegaan. Het precieze aantal maken wij niet openbaar.
5	"Indien uit uw informatie blijkt dat voor een kostendekkende Wlz-exploitatie een hoger tarief nodig is, dan zal het basistariefpercentage voor uw organisatie worden aangepast, tot maximaal het richttariefpercentage dat geldt voor uw sector" Hoe verhoudt zich dit tot de tarieven die met andere aanbieders is overeengekomen? Sommige aanbieders ontvangen nu een tarief van 99% of meer, kunt u onderbouwen waar dit verschil op is gebaseerd en wordt bestemd?	We verwijzen naar eerdere vragen/antwoorden waarom voor een procedure zoals de HLT-procedure is gekozen. Uw stelling dat met sommige zorgaanbieders een basistariefpercentage van 99% krijgen is niet juist.
6	Waarom is de procedure voor het alsnog indienen i.v.m. de HLT zo laat? Wij moeten als zorgaanbieder in onzekerheid blijven zitten en ook de kosten blijven voorschieten?	Voor zover deze vraag betrekking heeft 2025: De beoordeling van de HLT-procedure kan pas plaatsvinden als het richttariefpercentage bekend is (na 5 september).
7	Bij de HLT-procedure moeten zorgaanbieders met een historisch laag tarief aantonen dat zij een hoger percentage nodig hebben door het invullen van de exploitatiecijfers 2021 t/m 2024. Voor 2024 kan worden uitgegaan van de begroting 2024. Indien Menzis alsnog een hoger percentage toekend, betreft het aangepaste percentage dan alleen 2024 of ook gelijk voor 2025?	Wij kunnen geen uitspraken doen over het tariefpercentage 2025, dat is namelijk onder andere afhankelijk van de uitkomst van de HLT-procedure en het richttariefpercentage voor 2025.
8	Bij de HLT-procedure moeten zorgaanbieders met een historisch laag tarief aantonen dat zij een hoger percentage nodig hebben door het invullen van de exploitatiecijfers 2021 t/m 2024. Alleen de cijfers van 2024 zijn nog niet definitief. Indien Menzis alsnog een hoger percentage toekend op basis van de aangeleverde cijfers, vindt er dan achteraf een nacalculatie plaats als de werkelijke cijfers afwijken van de aangeleverde cijfers over 2024?	Nee, er vindt geen nacalculatie plaats. Wij gaan middels de bestuursverklaring uit van een zo goed mogelijk ingevulde verwachting. Als de verwachting zeer sterk afwijkt van de realisatie, gaat de inkoper daarover met u in gesprek.
9	Menzis heeft mede op basis van de historische honoreringslijst 2023 (alleen door Menzis toegepast) de gunningspercentages toegekend voor 2024. Deze honoreringslijst ging uit van kwaliteit en geboden diensten door de zorgaanbieder en niet van doelmatigheid. Waarom moeten zorgaanbieders met een HLT nu dan laten zien of ze wel doelmatig zijn?	Het uitgangspunt in de HLT-procedure is dat sprake moet zijn van kostendekkende tarieven. Als u van mening bent dat het historisch laag tariefpercentage voor u niet leidt tot reële tarieven dan dient u de formulieren juist, volledig en tijdig in, zodat wij een goed beeld krijgen van uw (toekomstige) financiële positie. Bij de beoordeling van de toekomstige financiële posities wordt beoordeeld of er sprake is van doelmatige zorg.

10	<p>Het doorlopen van de HLT-procedure vraagt veel tijd en energie van zorgaanbieders omdat het een grote administratielast met zich meebrengt. Waarom vindt u het wenselijk en passend om de bewijslast primair bij de zorgaanbieder te leggen? Waarin schuilt de noodzaak hiervan en heeft u alternatieven overwogen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>"De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zo nodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Voor het aanleveren van de gegevens voor het doorlopen van de HLT-procedure is een standaardformat beschikbaar, dat aansluit op de informatie vanuit de jaarrekeningen van de zorgaanbieder. Op deze manier wordt de administratieve last van zorgaanbieders zoveel als mogelijk beperkt.</p>
11	<p>Wij maken BEZWAAR tegen het hanteren van historisch laag tariefpercentages zonder onderbouwing/motivering van het zorgkantoor dat met dit tariefpercentage sprake is van een reëel tarief, zoals volgt uit onder andere het proportionaliteitsbeginsel. Kunnen wij deze onderbouwing/motivering van het zorgkantoor t.z.t. dan wel verwachten?</p>	<p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zo nodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter en acht uw bezwaar ongegrond.</p>
12	<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): 'Bij het vaststellen van het basistariefpercentage voor 2025 zal Zorgkantoor dit lagere tariefpercentage hanteren voor volgende jaren, tenzij u aangeeft dat dit geen reëel tariefpercentage voor u is op de wijze als beschreven in hoofdstuk 8.' ZN/zorgkantoren verhogen het richttariefpercentage voor 2024 met 0,5%. Dit percentage is tot stand gekomen na een aangepaste berekening van het richttariefpercentage gebaseerd op declaratiegegevens en jaarcijfers van de hele sector. Wij vinden het daarom passend en logisch dat de verhoging van</p>	<p>Het Zorgkantoor volgt uw redenering niet. Het kan immers zo zijn dat het historisch laag tarief voor de betreffende zorgaanbieder kostendekkend is. Het verhogen van het tarief zou in strijd zijn met de verplichting voor Zorgkantoren om de zorg op doelmatige wijze in te kopen, juist omdat in de historisch laag tariefprocedure specifiek op aanbiedersniveau is beoordeeld op een kostendekkend tarief.</p> <p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de</p>

	<p>0,5% ook van toepassing is op zorgaanbieders met een historisch laag tarief. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, kunt u motiveren waarom u dit anders ziet?</p>	<p>historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p>
13	<p>Eventueel aanvullende vragen dienen binnen 3 werkdagen te worden beantwoord. Bij niet tijdige, onjuiste of onvolledige beantwoording van aanvullende vragen (mondeling dan wel schriftelijk) wordt het historisch lage tariefpercentage gehandhaafd" Wat maakt dat u hier 3 werkdagen hanteert? Hoe bepaalt u of de beantwoording onvolledig is? Graag uw toelichting op bovenstaande vragen.</p>	<p>De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk om volledige en juiste informatie aan te leveren. De tijdslijnen voor de beoordeling zijn kort. De periode waarin aanvullende vragen gesteld kunnen worden vanuit het zorgkantoor is vooraf bekend en via het inkoopbeleid gecommuniceerd. U kunt hier alvast rekening mee houden. We achten een reactie termijn van 3 werkdagen daarmee reëel. Het zorgkantoor stelt vast of de aangeleverde informatie de gestelde vraag beantwoordt. Heeft u zelf twijfels of u met de aan te leveren informatie volledig bent, neemt u dan contact op met het zorgkantoor.</p>
14	<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): "Bij het vaststellen van het basistariefpercentage voor 2025 zal Zorgkantoor dit lagere tariefpercentage als uitgangspunt hanteren voor volgende jaren, tenzij dit geen reëel tariefpercentage voor u". a. Uit jurisprudentie volgt dat zorgkantoren een verantwoordelijkheid hebben voldoende te onderbouwen dat sprake is van reële tarieven (proportionaliteitsbeginsel). Waarom kiest u ervoor de bewijslast - om aan te tonen dat een geboden historisch lager tariefpercentage niet kostendekkend is – eenzijdig bij de zorgaanbieder te leggen? Bent u het ermee eens dat dit geen recht doet aan jurisprudentie? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zo nodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter.</p>
15	<p>In het inkoopbeleid beschrijft u de historisch laag tariefprocedure (HLT): c. Uit de onderbouwing richttariefpercentages van zorgkantoren (bijlage volgt een onderbouwd, gemotiveerd richttariefpercentage. Waarom kiest Zorgkantoor ervoor – onderdeel zijnde van ZN - om af te wijken van deze onderbouwing en berekening? Stelt u daarmee dat u niet achter de onderbouwing staat? Zo nee, waarom wordt afgeweken?</p>	<p>Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klienten op doelmatige wijze in te kopen binnen het budgettair kader. Hoewel de zorgkantoren achter de methodiek om tot een richttariefpercentage te komen staan, is het niet doelmatig om bij aanbieders zorg in te kopen tegen een hoger tariefpercentage dan nodig om kostendekkend te kunnen zijn.</p> <p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de</p>

		historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan ook de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.
16	U geeft aan dat zorgaanbieders met een lager tariefpercentage voor 2025 de mogelijkheid hebben een verzoek in te dienen voor aanpassing van het tariefpercentage en dat zij hiervoor een onderbouwing aan dienen te leveren. Zorgaanbieders die al langer gecontracteerd zijn komen automatisch in aanmerking voor het hogere richttariefpercentage en hoeven geen onderbouwing aan te leveren om dit richttariefpercentage te blijven ontvangen. Dit strookt niet met het gelijkheidsbeginsel van de Aanbestedingswet. Op basis van welke juridische grondslag doet u dit?	<p>Uit de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 31 oktober 2023 (ECLI:NL:RBDHA:2023:20567) volgt dat de zorgkantoren acht mogen slaan op de historisch lagere tariefpercentages. Een historisch laag tariefpercentage kan de basis vormen voor een afspraak over een lager tariefpercentage. Zorgaanbieders die van mening zijn dat het aangeboden tariefpercentage niet leidt tot reële tarieven (in de zin van kostendekkend) kunnen een verzoek indienen voor aanpassing. Hiermee voorkomen we dat we bij alle zorgaanbieders met een historisch lager tariefpercentage informatie op moeten vragen, terwijl het historisch lage tarief voor een grote groep zorgaanbieders wel kostendekkend is.</p> <p>De zorgaanbieders die een verzoek doen voor aanpassing van het tariefpercentage leveren hiervoor dan de benodigde informatie aan. Dit is in lijn met de hiervoor aangehaalde uitspraak waarbij de rechter overweegt dat van de betrokken zorgaanbieder mag worden verwacht dat volledige openheid van zaken wordt verstrekt in het relevante kostenplaatje. De rechter overweegt in de uitspraak bovendien dat denkbaar is dat bij gebreke daarvan (lees: bij gebreke van verstrekken volledige openheid van zaken) wel mag worden uitgegaan van het historische richttariefpercentage. De zorgkantoren beoordelen de aangeleverde informatie en spreken zo nodig een hoger tariefpercentage af.</p> <p>Op deze manier is er sprake van transparante en uitlegbare onderbouwde reële tarieven. Het zorgkantoor handelt hiermee in lijn met de uitspraak van de voorzieningenrechter.</p>

3. Hardheidsclausule

#	Vraag	Antwoord
1	Als u de HLT-procedure voorliggend aan de hardheidsclausule ziet, waarom moeten ze dan gelijktijdig worden ingediend? Graag uw toelichting.	Dit heeft te maken met de deadline van de Nza van 15 november a.s. waarbij de budgetformulieren ingediend moeten worden. Het feit dat beide procedures gelijktijdig lopen, wil overigens niet zeggen dat de HLT-procedure niet voorafgaat aan de HHC-procedure. Eerst zal namelijk beoordeeld worden of de zorgaanbieder op grond van de HLT-procedure in aanmerking komt voor een hoger tarief, tot maximaal het richttariefpercentage. Ook na een beroep op de HLT, kan de systematiek een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben. In dat geval zal gekeken worden naar het beroep op de hardheidsclausule.

2	<p>In de paragraaf over een beroep op de hardheidsclausule (7.9) heeft u een zin toegevoegd, namelijk: "Indien na indiening van de stukken de Nza tarieven worden bijgesteld, dan zal het zorgkantoor de omzet op dezelfde manier bijstellen als dat de Nza tarieven zijn bijgesteld." Wij begrijpen dat deze zin alleen betrekking heeft op organisaties die een beroep doen op de hardheidsclausule. Hoe moeten we deze zin in het kader van de hardheidsclausule interpreteren? Wat kunnen de gevolgen zijn voor het toepassen van de hardheidsclausule als de NZa de tarieven verhoogd respectievelijk verlaagd?</p>	<p>In het HHC-formulier vult u een omzet in op basis van de dan bekende tarieven. Als de Nza de tarieven bijstelt, zullen wij de omzet in het HHC-formulier bijstellen op dezelfde manier als de Nza tarieven worden bijgesteld (bijvoorbeeld: de tarieven worden 0,1% verhoogd, dan wordt de omzet 0,1% verhoogd.). Een verhoging van de omzet vermindert de aanspraak op de hardheidsclausule.</p>
3	<p>Wij zijn vorig jaar met andere partijen samen een kortgeding gestart. Wij kunnen ons niet vinden in de tariefssystematiek, waaronder het (lage) richttariefpercentage en de voorwaarden voor de hardheidsclausule. Wij vinden dat Zorgkantoor onvoldoende tegemoetkomt aan de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure (ECLI:NL:RBDHA:2023:1633 door ons naar voren zijn gebracht.</p>	<p>U geeft aan dat het zorgkantoor onvoldoende tegemoetkomt aan de bezwaren die onder ander in de kortgedingprocedure (ECLI:NL:RBDHA:2023:1633) door u naar voren zijn gebracht. Het is voor ons niet helder welke vraag u stelt en wij kunnen deze daarom niet beantwoorden.</p>
4	<p>Over de hardheidsclausule staat het volgende in het inkoopbeleid: "Bij de herschikking en/of nacalculatie zal Zorgkantoor controleren of de zorgaanbieder die afspraken heeft op grond van de hardheidsclausule daar nog steeds voor in aanmerking komt. Indien dan blijkt dat de zorgaanbieder geen beroep meer toekomt op de hardheidsclausule (bijvoorbeeld omdat zijn financiële situatie gedurende het jaar is verbeterd) maakt Zorgkantoor aanspraak op het bedrag (of een gedeelte daarvan) dat aan de zorgaanbieder is betaald op grond van de hardheidsclausule." Bent u het ermee eens dat deze werkwijze tot grote (financiële) onzekerheid en onduidelijkheid bij zorgaanbieders kan leiden en dat dit gezien de uitdagingen en vraagstukken in de sector onwenselijk is? Zo nee, hoe kijkt u er dan naar? In deze tijden dat er grote transformaties in de zorg nodig zijn, hebben zorgorganisaties behoefte aan een stabiele financieringsstroom. De systematiek van het richttariefpercentage welke jaarlijks (her)berekend wordt, kan betekenen dat dit percentage jaarlijks fors kan differentiëren. En heeft daarmee een forse invloed op de financieringsstroom. Het helpt zorgorganisaties om deze potentiële differentiaties eruit te halen waardoor een stabielere financieringsstroom ontstaat. Om te transformeren zijn er diverse (subsidie)potjes ontstaan in de vorm van transitiebudgetten, IZA gelden etc. Sinds 2024 zijn daar in de WLZ de modules bijgenomen. Dit zijn incidentiele middelen die ook nog vallen binnen de NZa max tarieven voor de WLZ. Maak van deze modules structurele middelen binnen de NZa tarieven. Natuurlijk blijven de zorgorganisaties dan de opdracht houden om verder te gaan met de transformatie.</p>	<p>Het Zorgkantoor kan zich niet vinden in uw redenering. De zorgaanbieders hebben zelf zicht op (de verbetering van) hun financiële situatie en kunnen daarmee een goede inschatting maken van de uitkomsten van de herschikking en/of nacalculatie. Als de financiële situatie van de zorgaanbieder gedurende het jaar verbetert, voldoet de zorgaanbieder niet meer aan de uitgangspunten om in aanmerking te komen voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule. De noodzaak voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule is dan niet langer aanwezig. Het Zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om zorg voor Wlz-klanten op doelmatige wijze in te kopen. De gekozen aanpak sluit hierop aan. Het tweede deel van uw vraag (de "diverse potjes") heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden deze vraag daarom niet.</p>
5	<p>Is het mogelijk om uitstel te krijgen voor het aanvragen van de HHC gezien het feit dat de deadline van 20 september zeer kort volgt op het bekend worden van het richttariefpercentage van 2025? (5 september) Zo nee, waarom niet?</p>	<p>Nee, dat is niet mogelijk. Na indienen moeten de nodige processtappen doorlopen worden om de NZa deadline voor het indienen van het budgetformulier (15 november) te kunnen halen. Wij zijn van mening dat u uw begroting (vooral de kostenkant) al kunt voorbereiden zonder dat het richttariefpercentage bekend is.</p>

B. Overige wijzigingen

1. CSRD

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

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

15	U schrijft dat u uit hoofde van de CSRD mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties nodig heeft. En dat hiervoor een uitvraag komt. Geldt dat ook voor zorgaanbieders die zelf ook al CSRD-plichtig zijn? Dat is bij ons namelijk geval en zowel zelf conform de CSRD in het jaarverslag rapporteren als informatie aan u leveren lijkt te leiden tot een dubbele administratieve last. Kan er als alternatief worden verwezen naar de CSRD-gegevens in het jaarverslag van de zorgaanbieder?	Ja, dit geldt ook voor zorgaanbieders die zelf CSRD plichtig zijn. Zoals in het inkoopbeleid is aangegeven is het voor 2025 nog niet bekend hoe dit er uit gaat zien. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.
16	U vraagt zorgaanbieders mee te werken aan CRSD vereisten van de Zorgverzekeraar. Dit betekent een extra administratieve last voor de zorgaanbieder. Is de zorgaanbieder verplicht gegevens aan te leveren? Zo ja, wat is de wettelijke basis voor deze verplichting?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. We verwachten van zorgaanbieders dat zij dan conform de gemaakte afspraken de gegevens aanleveren.
17	U geeft aan dat u zich inzet voor een zo laag mogelijke administratieve lasten voor aanbieders worden beperkt. Kunt u aangeven hoe dat wordt gegarandeerd?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.
18	U verwacht "...dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving". Vanaf 1 januari 2025 gaat de CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) in voor grote zorgorganisaties die in BV-vorm zijn ingericht dus (lang) niet voor alle zorginstellingen. Hoe verhoudt zich uw vraag tot aanlevering van informatie in het kader van de CSRD met het niet hoeven voldoen aan deze verplichting voor een groot aantal zorginstellingen?	De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om te rapporteren conform de CSRD-vereisten. Hiervoor hebben wij mogelijk op termijn specifieke gegevens van zorgaanbieders nodig. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.
19	Leidt het verplicht rapporteren via de Europese richtlijn CSRD tot extra administratieve lasten en wat zijn deze dan. Is daarmee duidelijk wat er uiterlijk ultimo 2024 vastgelegd en gerapporteerd dient te worden?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
20	Door de omvang van het vastgoed dat in beheer is, kunnen uitvraagvariabelen veel inspanningen vereisen. Zijn hier maatwerkafspraken te maken over de reactietermijn en of de volledigheid van de gevraagde duurzaamheidsprestaties?	Vanwege onze werkwijze verwachten wij niet dat dit aan de orde zal zijn. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
21	Wij zijn een landelijke zorgaanbieder. Kunnen wij ervanuit gaan dat wij een landelijke rapportage mogen aanleveren i.p.v. een regionale? Als dit regionaal gedaan dient te worden zorgt dit voor een verhoging van de administratieve lasten	Zorgkantoren en zorgverzekeraars starten in het najaar 2024 in ZN-verband met de bepaling van de gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. We zullen dit o.a. afstemmen met de zorgbrancheverenigingen die medeondertekenaars zijn van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (de GDDZ3.0-partners). Ons uitgangspunt daarbij is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders.
22	Mogen wij aannemen dat informatie die aangeleverd moet worden voor de CSRD eerst in de ketenraad akkoord is bevonden en daarmee wordt	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.

	<p>verantwoord via de Kick-V? Zo nee hoe ziet u deze beweging in het licht van regelarme zorg?</p>	<p>Als we van bestaande werkwijzen via KIK-V gebruik kunnen maken om de administratieve belasting voor (een deel van de) zorgaanbieders en onszelf zo laag mogelijk te houden, dan staan we daar zeker voor open.</p>
23	<p>Een nieuwe ontwikkeling is de Europese richtlijn CSRD die bedrijven en organisaties verplicht te rapporteren over de impact van hun activiteiten op mens en milieu. Er dient gerapporteerd te worden over de impact van de eigen bedrijfsvoering én over de impact in de gehele keten van leveranciers en afnemers van de rapporterende organisatie. De Wlz uitvoerders maken onderdeel uit van een groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om (in 2024 te rapporteren conform de CSRD-vereisten over het verzekeringsjaar 2025.13. Dit betekent dat wij mogelijk informatie over de duurzaamheidsprestaties van onze leveranciers en zorgaanbieders nodig hebben. We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. Wij stemmen de uitvraag onderling, en met de GDDZ3.0-partners, af. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt. Hoe dit er voor 2025 precies uit gaat zien, is op dit moment nog niet bekend. Zodra hierover meer duidelijk is, zullen wij u informeren (al dan niet via de brancheorganisaties). We spannen ons in om hierover zo snel mogelijk, en bij voorkeur voor 30 juni 2024, duidelijkheid te kunnen bieden. Hoe kunnen organisaties zich nu voorbereiden op een dergelijk traject als het zorgkantoor zelf ook nog niet weet wat de impact gaat zijn. In financiële zin en qua tijd en energie.</p>	<p>We begrijpen dat u graag snel duidelijkheid wilt. Op dit moment kunnen wij u deze nog niet geven. In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden. Ons uitgangspunt bij de bepaling van onze gegevensbehoefte is minimale administratieve belasting van de zorgaanbieders. We zullen de zorgaanbieders tijdig informeren.</p>
24	<p>Genoemd wordt dat “We verwachten dat zorgaanbieders de informatie aanleveren die wij van hen nodig hebben in kader van de CSRD-wetgeving. We beperken zo veel mogelijk de administratieve lasten die dit voor zorgaanbieders met zich meebrengt.” Is het zorgkantoor bereid zich aan te sluiten op de landelijke afspraken die in het kader van de verantwoording CSRD worden gemaakt?</p>	<p>Ja, alle zorgkantoren committeren zich aan de nog te maken landelijke afspraken voor de monitoring van de resultaten van de Green Deal Samenwerken aan duurzame zorg (GDDZ3.0).</p>
25	<p>In hoeverre wordt bij de rapportage rekening gehouden met het beperken van de administratieve lasten voor de zorgaanbieder?</p>	<p>Bij de bepaling van onze CSRD-gegevensbehoefte is het centrale uitgangspunt om minimale (bij voorkeur geen) administratieve lasten bij zorgaanbieders te veroorzaken.</p>
26	<p>In hoeverre is er bij publicatie van informatie ruimte voor het stellen van vragen en eventueel bezwaar tegen bijvoorbeeld de administratieve lasten?</p>	<p>Nee, vanwege onze werkwijze verwachten wij ook niet dat dit nodig zal zijn.</p> <p>In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.</p>

27	Onduidelijkheid over administratieve lasten/ informatie aanleveren zorg-aanbieders. Kunt u bevestigen dat u geen aanvullende acties van zorg-aanbieders vereist die méér of extra vragen dan volgt uit wetgeving/ een verplichtend karakter heeft? Zo nee, waarom niet?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.
28	Heeft de invoering van CSRD nog verdere gevolgen voor het inkoopbeleid? Zo ja, welke en op wat voor termijn wordt dit duidelijk gemaakt?	In het najaar 2024 bepalen we in afstemming met zorgbrancheverenigingen onze gegevensbehoefte voor de CSRD-rapportages 2025. U zult hierover voor eind 2024 geïnformeerd worden.

2. GGZ

#	Vraag	Antwoord
1	In het document Aanvullend beleid 2025 (B. Overige wijzigingen, GGZ) wordt aangegeven dat zorgkantoren in 2025 het gesprek aangaan met aanbieders m.b.t. het 'overgangsrecht' GGZ en dat waar mogelijk en wenselijk regionaal afspraken hierover worden gemaakt. Kan het zorgkantoor de dit nader verduidelijken? Kan het zorgkantoor daarnaast toelichten aan welke regionale afspraken gedacht kan worden?	Er is op dit moment sprake van een overgangssituatie voor leveringsvormen van zorg inclusief en exclusief behandeling binnen de Wlz. We zien dat de huidige uitvoeringspraktijk verschilt. Zorgkantoren vinden dit onwenselijk. Er is daarom afgesproken om gezamenlijk te komen tot een landelijke duiding van het overgangsrecht.
2	U geeft aan: door middel van het zorginkoop-gesprek willen de zorgkantoren zicht krijgen op de interpretatie en de toepassing van het overgangsrecht. In goed overleg worden daar mogelijk en wenselijk door zorgkantoren regionaal afspraken gemaakt met zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling, vooruitlopend op een landelijke duiding van het overgangsrecht. Hierover een tweetal vragen die we graag individueel beantwoord zien: 1. Op welk standpunt stelt Menzis zich als het gaat om interpretatie en toepassing van overgangsrecht? 2. Op welk standpunt stelt Menzis zich, vooruitlopend op een landelijke duiding van overgangsrecht, wanneer het gaat om integrale versus modulaire bekostiging?	Het overgangsrecht GGZ behandeling is beschreven in de Nota van Wijziging van VWS (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/kst-35299-7.html) in artikel IVc en beschrijft dat cliënten die verblijf en behandeling (zoals beschreven in artikel 3.1.1. onderdeel c, onder 1 van de Wlz) niet bij dezelfde instelling afnemen, geen recht hebben op de behandeling, zoals beschreven in hetzelfde artikel onder 2, vanuit de Wlz. Regionale afspraken volgen op landelijk beleid. Zolang er nog geen landelijk besluit ligt bekijken we met aanbieders de mogelijkheden om afspraken te maken over integrale bekostiging in de Wlz zodat de overgang naar integrale bekostiging onder de Wlz in onderling overleg zo spoedig mogelijk kan worden bewerkstelligd.
3	Kunt u alvast vooruitlopen op de landelijke duiding aangeven aan welke afspraken het zorgkantoor denkt in het kader van het overgangsrecht?	Nee daar kunnen wij nu nog geen uitspraak over doen.
4	Komen de regionale afspraken door zorgkantoren met zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling in de plaats van het geldende overgangsrecht?	Regionale afspraken volgen op landelijk beleid. Zolang er nog geen landelijk besluit ligt bekijken we met aanbieders de mogelijkheden om afspraken te maken over integrale bekostiging in de Wlz zodat de overgang naar integrale bekostiging onder de Wlz in onderling overleg zo spoedig mogelijk kan worden bewerkstelligd.

5	Zorgkantoren gaan ten behoeve van het jaar 2025 met de zorginstellingen die GGZ-W leveren het gesprek aan over het "overgangsrecht". Door middel van het zorginkoop-gesprek willen de zorgkantoren zicht krijgen op de interpretatie en de toepassing van dit overgangsrecht. In goed overleg worden waar mogelijk en wenselijk door zorgkantoren regionaal afspraken gemaakt met zorginstellingen over de GGZ-W inclusief behandeling, vooruitlopend op een landelijke duiding van het overgangsrecht. Zorgkantoren gaan ervanuit dat er ten behoeve van zorginkoop 2026 er een landelijke uniforme consensus is rondom de duiding van dit overgangsrecht". Hoe wordt dit goede overleg vormgegeven? Is dit bijvoorbeeld bilateraal, of regionaal?	Middels het inkoopgesprek zullen de mogelijkheden tot het maken van afspraken per individuele aanbieder worden onderzocht.
6	Het geldende overgangsrecht is duidelijk. Is het niet voorbarig om vooruitlopend op de landelijke duiding op zoek te gaan naar interpretatie en de toepassing van het overgangsrecht? Te meer omdat de minister stelt dat het overgangsrecht samenhangt met bredere ontwikkelingen in de Wlz dus multi-interpretabele uitkomsten kan hebben.	Er is op dit moment sprake van een overgangssituatie voor leveringsvormen van zorg inclusief en exclusief behandeling binnen de Wlz. We zien dat de huidige uitvoeringspraktijk verschilt. Zorgkantoren vinden dit onwenselijk. Er is daarom afgesproken om gezamenlijk te komen tot een landelijke duiding van het overgangsrecht Om de overgang naar integrale bekostiging in de Wlz zo soepel mogelijk te laten verlopen, gaan de zorgkantoren wel al het gesprek aan met hun aanbieders om daar waar mogelijk en wenselijk afspraken te maken.
7	Kunt u het overgangsrecht iets nader specificeren?	Het overgangsrecht GGZ-behandeling is beschreven in de Nota van Wijziging van VWS (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/kst-35299-7.html) in artikel IVc en beschrijft dat cliënten die verblijf en behandeling (zoals beschreven in artikel 3.1.1. onderdeel c, onder 1 van de Wlz) niet bij dezelfde instelling afnemen, geen recht hebben op de behandeling, zoals beschreven in hetzelfde artikel onder 2, vanuit de Wlz.

3. Overzicht aan te leveren documenten

#	Vraag	Antwoord
1	Wij zijn een VOF met een extern toezichthoudend orgaan. Daarom is dit niet te zien bij de KVK. Wat kunnen wij doen?	Wij verwijzen voor het antwoord naar vraag 890 uit de Nota van Inlichtingen 2024.
2	We zijn een VOF. Er wordt gevraagd om een VOF RP echter is een VOF geen rechtspersoon. Wat kunnen we doen?	Een VOF kan wel een VOG RP aanvragen, zie https://justis.nl/producten/vog-voor-rechtspersonen-vog-rp/wat-is-de-vog-rp
3	In de inkoopvoorwaarden staat dat nieuwe zorgaanbieders een uittreksel uit het UBO-register aan moeten leveren. Klopt het dat ook in 2025 alleen nieuwe zorgaanbieders een uittreksel moeten aanleveren, en dat bestaande zorgaanbieders dat niet hoeven?	Dit klopt. Alleen als er wijzigingen t.a.v. de UBO's plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet dit gemeld worden aan het zorgkantoor en moeten gewijzigde documenten/bewijsstukken aangeleverd worden.

4	Onder de kop financieel plan wordt gevraagd naar de begroting 2025 met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen. Hierbij de volgende vragen: - wat zijn de redenen dat de begroting 2025 wordt opgevraagd? - per wanneer wordt de aanlevering van de begroting 2025 verwacht? - realiseert het zorgkantoor zich dat de begroting 2025 bij de meeste aanbidders in december 2024 beschikbaar zal zijn? - hoe staat de vorige vraag in relatie tot de gevraagde aanlevering van de begroting 2025?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet
5	Waar staat dat we deze moeten invullen? Moeten alle aanbidders dit format invullen?	Het is onduidelijk op welk format uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
6	Geldt het aanleveren van deze documenten ook voor bestaande aanbidders die zich al ingeschreven hebben?	Het is niet duidelijk op welke documenten uw vraag betrekking heeft. Wij kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
7	Gevraagd wordt om het aanleveren van een begroting met splitsing van opbrengsten en kosten voor de verschillende domeinen 2025. Waarom heeft het zorgkantoor deze gegevens nodig? Welke gegevens zijn hiervoor precies nodig (is er een format?).	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

4. Wijzigingen in bijlagen

Hier leest u de antwoorden op de vragen die regionaal beantwoord zijn. De antwoorden op de vragen over de bijlagen die landelijk beantwoord zijn, staan in Bijlage 1. Hier staan ook vragen tussen die bij andere zorgkantoren over de landelijke bijlagen zijn gesteld.

#	Vraag	Antwoord
1	(Bijlage 3A – Bestuursverklaring 2025) 6 Par. 5.3 regionaal inkoopbeleid Regeling AO/IC: hoe weten wij of de wet- en regelgeving wel of niet van toepassing is?	Als zorgaanbieder/ondernemer dient u zichzelf te informeren over de voor u geldende wet- en regelgeving.
2	(Bijlage 3A – Bestuursverklaring 2025) In het inkoopbeleid 2024 – 2026 staat het bestaande zorgaanbidders alleen een bestuursverklaring moeten inleveren. Betekent dit dat de drie aanvullingen die in paragraaf 3 worden genoemd niet van toepassing zijn op bestaande zorgaanbidders die een contract tot en met 2026 hebben?	Wij begrijpen niet welke 3 aanvullingen u bedoelt. Bestaande aanbidders hoeven geen nieuwe bestuursverklaring in te leveren.
3	(Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden) 1. Welke ondersteuning kan Menzis bieden bij het stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbidders in het kader van de transitie-middelen?	Het is alleen mogelijk om vragen te stellen over het nieuwe (aanvullende) beleid, dan wel wijzigingen in de bijlagen. Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid en wordt derhalve niet beantwoord.

4	(Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden) 2. We missen aangepast beleid "Regionaal beleid Menzis Zorgkantoor transitiemiddelen". In de versie van 7 juli 2023 staat dat uiterlijk 1-6-2024 gepubliceerd wordt.	Het regionaal beleid transitiemiddelen is inhoudelijk niet aangepast, alleen het tijdspad is gewijzigd. Het aangepaste tijdspad vindt u op pagina 10 van het Aanvullend beleid 2025.
5	(Bijlage 1 Overeenkomst) 6. Informeert Menzis zorgaanbieders over de eisen voortkomend uit het kwaliteitskader GGZ?	Het is de verantwoordelijkheid van de aanbieder om te toetsen of zij aan het kwaliteitskader langdurige GGZ voldoet. Naar verwachting wordt het kwaliteitskader, na goedkeuring door Zorginstituut Nederland, vanaf 1 juli 2024 van kracht.
6	(Bijlage 1 Overeenkomst) 7. Wat maakt dat Menzis (als enige zorgkantoor) naast zorgatlas Wlz ook zorgkaart Nederland blijft verplichten voor zorgaanbieders? Dit zorgt voor extra administratieve lasten.	Zorgkaart Nederland en het bijhouden van Zorgatlas was al beiden een verplichting vanuit de overeenkomst (respectievelijk: deel III - Hoofdstuk 1 - Artikel 1.1 en deel II - Hoofdstuk 2 - Artikel 4.2). Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid en wordt derhalve niet beantwoord.
7	(Bijlage 1 Overeenkomst) Vraag: Wij hebben een overeenkomst 2024-2026 met Menzis Zorgkantoor afgesloten. Zijn de wijzigingen in de overeenkomst 2025-2026 ook van toepassing voor aanbieders die al een overeenkomst hebben voor 2024-2026?	Ja, deze wijzigingen zijn ook van toepassing voor zorgaanbieders die al een meerjarenovereenkomst hebben.

C. Proces

1. Planning en termijnen

#	Vraag	Antwoord
1	Zorgaanbieder kan na de publicatie van de richttariefpercentages 2025 bezwaren uiten tegen de hoogte van de richttariefpercentages 2025 en de wijze van totstandkoming daarvan. Het staat Zorgaanbieder dan vrij om binnen een termijn van 20 kalenderdagen hun inschrijving niet langer gestand te doen. Zorgaanbieder gaat ervan uit dat wij in deze termijn ook een kort geding aanhangig kunnen maken tegen de hoogte en de totstandkoming van het richttariefpercentage 2025. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	Menzis Zorgkantoor heeft middels de Nota van wijziging d.d. 24 oktober 2023 aangegeven op welke manier bezwaar gemaakt kan worden tegen de richttariefpercentages voor het opvolgende jaar. Aangegeven is dat de zorgaanbieders een redelijke termijn gegund wordt voor het bezwaar en voor het aanhangig maken van een kortgedingprocedure indien de zorgaanbieder zich niet kan vinden in de uitkomst van het indiende bezwaar. De termijnen zullen bekendgemaakt worden bij publicatie van het richttariefpercentage.
2	8. Wanneer moet een nieuwe aanvraag voor module worden ingediend? In het tijdschema op pagina 10 staat 15 oktober. En in de tekst over de module op pagina 12 staat 31 juli.	De aanlevering van een plan ten behoeve van de module is mogelijk tot 31 juli 2024 17:00 uur. De termijn van 15 oktober 2024 is van toepassing op het indienen van plannen ten behoeve van de transitie-middelen.
3	Wanneer en hoe ontvangen bestaande aanbieders met een meerjaren-overeenkomst hun richttariefpercentage? Als gevolg van bijvoorbeeld modules of de HLT-procedure kan deze anders zijn dan vorig jaar. Graag uw toelichting.	Het richttariefpercentage voor de sectoren wordt 5 september 2024 gepubliceerd. De huidige afspraak (HLT of niet), het richttariefpercentage, een eventuele aanspraak op HLT e/o HHC en afspraken voor 1 of meerdere modules bepalen het uiteindelijke tarief voor 2025. Dit wordt 25 oktober 2024 aan de aanbieder bekend gemaakt.

2. Inschrijven overeenkomst

#	Vraag	Antwoord
1	Wij hebben een contract voor de periode 2024-2026. Betekent dit dat wij geen enkele actie hoeven te doen om de overeenkomst voort te zetten?	Dat is correct, er is geen actie nodig om uw overeenkomst voort te zetten.
2	Hoeven zorgaanbieders die al een meerjarenovereenkomst hebben niet opnieuw de bijlage onderaannemers in te vullen en in te dienen?	Als er geen wijzigingen zijn ten opzichte van het huidige overzicht onderaannemers is het niet nodig om een nieuw overzicht aan te leveren.
3	Als zorgaanbieders met een bestaande meerjarenovereenkomst wel een lijst met onderaannemer moeten indienen, op welke wijze moet dit dan?	U hoeft geen nieuwe lijst in te dienen. Als u een wijziging wil doorgeven ten aanzien van de inzet van onderaannemers kunt u dit via uw zorginkoper communiceren met het Zorgkantoor.
4	Als zorgaanbieder met een meerjarig contract met Menzis, die zich niet zal inschrijven voor het vernieuwde richttarief voor de GGZ, en dus het huidige richttarief wil blijven ontvangen, lezen wij het correct dat je dan geen documenten hoeft aan te leveren?	Wij denken dat uw vraag betrekking heeft op het wel of niet krijgen van het richttariefpercentage in relatie tot een meerjarenovereenkomst. Voor zorgaanbieders die in 2024 een basistariefpercentage kregen dat gelijk is aan het richttariefpercentage 2024 geldt het richttariefpercentage 2025 (uitgangspunt "eenmaal richttarief blijft richttarief"); Voor zorgaanbieders die in 2024 een basistariefpercentage kregen dat lager is dan het richttariefpercentage 2024 (ook wel: historisch laag tariefpercentage) geldt het tariefpercentage 2024 waarbij aanbieders zich kunnen wenden tot de HLT-procedure indien dat voor de aanbieder niet leidt tot een reeel tariefpercentage. Alleen als een aanbieder met een historisch laag tariefpercentage in aanmerking wil komen voor een hoger tariefpercentage, dan moeten er documenten aangeleverd worden.
5	U schrijft dat bestaande aanbieders die al een meerjarenovereenkomst hebben met Menzis Zorgkantoor, zich niet opnieuw hoeven in te schrijven. Klopt het dat deze aanbieders geen actie hoeven uit te voeren in Mercell? Ook niet voor een opgave van onderaannemers?	U hoeft inderdaad geen actie uit te voeren in Mercell. Als u een wijziging wil doorgeven ten aanzien van de inzet van onderaannemers kunt u dit via uw zorginkoper communiceren met het Zorgkantoor.
6	Wij zullen voor 1 januari 2025 inschrijven als nieuwe zorgaanbieder. Wij gaan er van uit dat, indien wij gegund worden, wij een overeenkomst krijgen aangeboden voor de duur van 1 jaar. Voor welke datum dienen wij in te schrijven als bestaande zorgaanbieder?	Deze planning zal gepubliceerd worden in het aanvullend inkoopbeleid 2026. Dit beleid zal naar verwachting begin juni 2025 worden gepubliceerd.

7	Wij schrijven ons in voor 1-1-2025 als nieuwe zorgaanbieder. Moeten wij ons dan in de zomer van 2025 inschrijven (wanneer wij nog gezien worden als nieuwe zorgaanbieder) als bestaande zorgaanbieder 1-1-2026? Betekent dit dan dat we bij inschrijving in de zomer 2025 kunnen volstaan met het invullen en indienen van een bestuursverklaring?	Indien u per 1-1-2025 gecontracteerd bent als nieuwe zorgaanbieder dient u inderdaad gedurende het jaar 2025 opnieuw in te schrijven (als bestaande zorgaanbieder) om in aanmerking te komen voor de overeenkomst 2026. Of het invullen van een bestuursverklaring volstaat, zullen wij toelichten in het aanvullend inkoopbeleid 2026, dat begin juni 2025 gepubliceerd wordt.
8	Zorgaanbieders die al een meerjarenovereenkomst hebben met Menzis Zorgkantoor, hoeven zich niet opnieuw in te schrijven. Behoeven deze aanbieders geen enkele actie te ondernemen om te zorgen dat het contract doorloopt in 2025? En hoeft het format voor onderaannemers ook niet gevuld te worden? Kun t u dit toelichten?	Het is inderdaad niet nodig om u voor 2025 opnieuw in te schrijven. Als u een wijziging wil doorgeven ten aanzien van de inzet van onderaannemers kunt u dit via uw zorginkoper communiceren met het Zorgkantoor.
9	Voor 2024-2026 hebben wij al een overeenkomst met Menzis Twente en Menzis Arnhem. In 2025 openen wij een locatie in de regio Groningen. Wij willen daarom per 2025 ook een overeenkomst afsluiten met Menzis Groningen. Kunt u aangeven wat er voor nodig is om dit te regelen? Welke stappen moet doorlopen worden en welke documenten zijn nodig om deze inschrijving te voltooien?	U dient zich dan voor de regio Groningen in te schrijven als "Bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor". In paragraaf 5.3 van het regionaal inkoopbeleid 2024-2026 vindt u meer informatie over de processtappen en de benodigde documenten
10	9. Wij lezen dat bestaande aanbieders met meerjarenovereenkomst niet opnieuw hoeven in te schrijven. Betekent dat u van de zorgaanbieder ook geen aanvullende documenten verwacht?	Ja dat is correct.
11	14. Begrijpen wij het goed dat bestaande aanbieders met een overeenkomst t/m 2026 zich niet opnieuw hoeven in te schrijven, m.u.v. een eventuele module waarop wordt ingeschreven voor 2025. Dit betekent dus dat er geen instemmingsverklaring, format onderaannemers etc. ingediend hoeft te worden?	Ja dat is correct. Alleen als er een wijziging is bijvoorbeeld ten aanzien van de inzet van onderaannemers, dan geeft u dat via uw zorginkoper door aan het Zorgkantoor.
12	Vraag: Zorgaanbieders met een meerjarenovereenkomst hoeven zich niet opnieuw in te schrijven. In de planning en termijnen staat niets over het indienen van een bestuursverklaring. Betekent dit dat er ook geen nieuwe bestuursverklaring hoeft te worden ingediend voor 2025?	Dat is correct.
13	Vraag: Wat omvat de inschrijving voor een bestaande zorgaanbieder met meerjarenovereenkomst voor 2025, welke documenten dienen er exact te worden aangeleverd en op welke manier (Excel, Mercell, etc.)?	Als er ten opzichte van de inschrijving voor 2024 geen wijzigingen zijn, is er geen aanlevering noodzakelijk.

14	<p>U geeft aan dat zorgaanbieders met een meerjarenovereenkomst zich niet opnieuw hoeven in te schrijven. Is het juist dat de inschrijving in Mercell op 31-7-2024 dan niet van toepassing is?</p> <p>Is er geen verdere actie nodig in systemen (ook m.b.t. de zogenaamde €0,- afspraak of dient de financiële afspraak nog wel apart te worden ingediend?</p>	<p>U hoeft zich als bestaande zorgaanbieder met een meerjarenovereenkomst inderdaad niet opnieuw in te schrijven per 31-7-2024. De budgetafpraak die wij samen (zorgkantoor en zorgaanbieder) indienen bij de NZa dient u conform planning in. (Aanvullend inkoopbeleid Hoofdstuk C, paragraaf 1 Planning en termijnen).</p>
----	---	--

3. Inschrijven Module

#	Vraag	Antwoord
1	<p>Uw motivatie waarom nieuwe zorgaanbieders niet voor een van de modules in aanmerking komt berust naar ons inzien op een aanname. Wij kunnen aantonen dat uw motivatie onjuist is. Komen wij daarom alsnog inschrijven op een of meerdere modules?</p> <p>Zo nee, vanaf wanneer kunnen wij wel in aanmerkingen komen voor een module?</p>	<p>Wij handhaven ons beleid. Alleen aanbieders met een meerjarenovereenkomst, of aanbieders die zich voor een meerjarenovereenkomst kunnen inschrijven, kunnen zich inschrijven op een module. Dit betekent dat aanbieders die per 1 januari 2024 of 1 juni 2024 als nieuwe aanbieder een overeenkomst met Menzis hebben afgesloten per 1 januari 2025 in aanmerking kunnen komen voor een module. Daarvoor dient de aanbieder uiterlijk 31 juli 2024 een voorstel in. Dezelfde systematiek geldt voor het volgende jaar tijdens de looptijd van dit meerjarenbeleid.</p>
2	<p>Wij hebben op dit moment nog geen contract met Menzis Zorgkantoor. Wij leveren echter Wlz zorg die betaald wordt in de vorm van onderaannemerschap. Daarnaast hebben een overeenkomst met verschillende gemeenten en hebben samenwerkingsverbanden met andere instanties. In de keten hebben wij afspraken met VVT aanbieders, huisartsen en welzijn organisaties. Wij delen onze expertise en adviseren en begeleiden deze organisaties bij het cultuursensitief invullen van de zorgvraag of nemen deze zorgvraag van hen over.</p> <p>Voor elk van deze partijen zijn wij daarmee van toegevoegde waarde in de keten in de regio voor onze doelgroep. Maw wij hebben een zeer nadrukkelijke en specifieke rol in de regio en de keten.</p> <p>Het enkele feit dat wij niet rechtstreeks gefinancierd worden voor de Wlz-zorg die wij leveren via een zorgkantoor maar via een bypass als onderaannemer gebruikt u als argument waarom wij nog niet voor een module kunnen inschrijven.</p> <p>Aangezien Menzis bekend staat als een zorgverzekeraar/zorgkantoor waar zorginhoud (en zorglevering) voor het geld gaat is onze vraag: Wat is de inhoudelijk motivatie van Menzis Zorgkantoor waarom onze rol niet als</p>	<p>Het is voor nieuwe zorgaanbieders niet mogelijk om zich in te schrijven voor de modules. Hierin hanteren wij het gelijkheidbeginsel voor alle nieuwe zorgaanbieders (ook bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor).</p>

	<p>voldoende wordt gezien om niet nu al in aanmerking te komen voor module-opslagen?</p> <p>Wij vragen u om in te kunnen schrijven op 1 of meerdere modules tijdens de nu lopende aanbestedingsperiode om per 1 januari 2025 ook module-opslagen te kunnen krijgen.</p>	
3	<p>4. Kan een vorig jaar ingediend voorstel vanuit de modules dat maar heeft geleid tot een opslag van 0,1% nog aangevuld worden om wel een opslag van 0,2% mogelijk te maken?</p>	<p>Nee, dat is niet mogelijk. Een module is afgesproken voor de resterende looptijd van de overeenkomst. (Zie bijlage A van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, onder het kopje "Prestaties en het aantal jaar waarvoor de opslag van toepassing is")</p>
4	<p>12. Begrijpen wij het goed dat als we voor 2025 een aanvraag voor een module willen indienen, waarvoor we in 2024 niet zijn gegund we dit per e-mail bij de zorginkoper moeten melden incl. onderbouwing?</p>	<p>Dit klopt ten dele. U dient uiterlijk 31 juli 2024 een voorstel voor de betreffende module in via inkoopbeleid.wlz@menzis.nl.</p>
5	<p>13. Begrijpen wij het goed dat als we voor 2024 een opslag hebben gekregen dit doorloopt in 2025?</p>	<p>Ja, dat klopt. Uw afspraak wordt gecontinueerd zoals per module beschreven in bijlage A van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, onder het kopje "Prestaties en het aantal jaar waarvoor de opslag van toepassing is"</p>
6	<p>Vraag: Wanneer er sprake is van een meerjarenovereenkomst en er in 2023 al projectplannen voor opslagen zijn in gediend voor 2024-2026 (ingeschreven voor modules), dienen deze dan nogmaals aangeleverd te worden?</p>	<p>Nee, dat is niet nodig. Uw afspraak wordt gecontinueerd zoals per module beschreven in bijlage A van het Regionaal Inkoopbeleid 2024-2026, onder het kopje "Prestaties en het aantal jaar waarvoor de opslag van toepassing is". Dit geldt ook voor module 3 GZ en module 3 V&V. U hoeft zich niet opnieuw in te schrijven. De opslag geldt in principe voor de resterende looptijd van het inkoopbeleid, oftewel tot het einde van de overeenkomst.</p> <p>Bij module 3 GZ zullen we jaarlijks de module toetsen, zowel toetsing gedurende het jaar als toetsing voor het laten doorlopen van de module in het volgende jaar. De zorginkoper en u stellen in dialoog samen vast of u aan de gestelde voorwaarden en garantieverplichting voor deze module voldoet en blijft voldoen.</p>
7	<p>Vraag: Wanneer er sprake is van een meerjarenovereenkomst en er in 2023 al projectplannen voor opslagen zijn in gediend (dus ingeschreven voor modules), maar wanneer deze plannen zich niet expliciet richten op meerdere jaren, dienen deze plannen dan opnieuw meerjarig te worden ingediend?</p>	<p>U hoeft op 31 juli 2024 geen aanvullend voorstel in te dienen. In het najaarsoverleg zal uw inkoper met u afspraken maken over de plannen voor 2025.</p>

4. Communicatie en informatieverstrekking

#	Vraag	Antwoord
1	Menzis is het enige zorgkantoor waarbij de Nvl via Mercell verloopt. Waarbij elke vraag los ingevoerd moet worden. Dit zorgt voor meer administratieve lasten t.o.v. andere zorgkantoren. Om welke reden werkt Menzis op een andere wijze?	Hier is het verleden vanuit aanbestedingsprincipes voor gekozen. Wij hebben uw feedback genoteerd en nemen dit mee naar de toekomst.
2	7 Algemene vraag Vraagt het zorgkantoor een AGB-code voor de instelling aan of doet Menzis zorgkantoor dat voor of namens de instelling?	Het aanvragen van een AGB-code dient u als zorgaanbieder zelf te organiseren. Wij zullen u op het moment van de gunning berichten over de werkwijze van de aanvraag voor uw AGB-code.
3	CO2 portefeuilleroutekaart: Zorgaanbieders moeten inzicht geven in de CO2-reductie a.d.h.v. de CO2 portefeuilleroutekaart. Een beperking van de CO2 portefeuilleroutekaart is dat deze geldt voor maximaal 50 locaties. Dit heeft als gevolg dat aanbieders met meer dan 50 locaties meerdere routekaarten moeten invullen. Staat het zorgkantoor ervoor open dat aanbieders een andere methode dan de CO2 routekaart hanteren om de CO2-reductie inzichtelijk te maken?	Het is alleen mogelijk om vragen te stellen over het nieuwe (aanvullende) beleid, dan wel wijzigingen in de bijlagen. Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid en wordt derhalve niet beantwoord.
4	Indien de kortingen (aangekondigde) worden doorgezet voor het WLZ-kader 2025, welke consequenties heeft dit voor het aantal vastgeklikte Wlz-plekken op landelijk niveau? Welke consequenties heeft het overschrijden van het aantal vastgeklikte plekken voor de zorgaanbieder en is er sprake van een herverdeling van plaatsen op landelijk dan wel regionaal niveau? Daarnaast; als de geplande bezuinigingen op de Wlz geen doorgang vinden, resulteert dit dan in een uitbreiding van het geplande aantal vastgeklikte Wlz-plekken?	Menzis Zorgkantoor begrijpt dat u vragen heeft over de verpleeghuiscapaciteit. In het aanvullend inkoopbeleid 2025 zijn geen beleidswijzigingen gepubliceerd met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit. Vragen hierover worden dan ook niet beantwoord. Menzis Zorgkantoor geeft zo snel als mogelijk is maar in ieder geval voor de herschikking duidelijkheid voor zover dat mogelijk is. Wij kunnen geen uitspraken doen over landelijk beleid, als dat er nog niet is.
5	In de aanvullende inkoopvoorwaarden missen een toelichting op de ZZPO indicaties in relatie tot het aantal vastgeklikte plekken. Wij realiseren ons dat er in landelijke beeldvorming veel te doen is over partneropname maar tegelijkertijd missen wij coullance bij het vastklikken van de intramurale verpleeghuisplekken. Wij zouden graag zien dat er een duidelijke uitspraak komt over het al dan niet meetellen van dit type indicaties in het vastklikken. Immers, een zorgaanbieder is niet verplicht om partneropnames te	Menzis Zorgkantoor begrijpt dat u vragen heeft over de verpleeghuiscapaciteit. In het aanvullend inkoopbeleid 2025 zijn geen beleidswijzigingen gepubliceerd met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit. Vragen hierover worden dan ook niet beantwoord. Menzis Zorgkantoor geeft zo snel als mogelijk is maar in ieder geval voor de herschikking duidelijkheid voor zover dat mogelijk is. Wij kunnen geen uitspraken doen over landelijk beleid, als dat er nog niet is.

	realiseren. Men kan ervoor kiezen om dit uit te sluiten. Dit is onze optiek onwenselijk maar dan wel zonder consequenties voor de vastgeklitte verpleeghuisplekken.	
6	CO2 routekaart: zorgaanbieders moeten inzicht geven in de CO2-reductie adhv de CO2 routekaart. Deze routekaart beperkt zich tot 50 locaties. Wij hebben meer dan duizend locaties. Dit betekent dat wij meer dan twintig aparte routekaarten moeten inleveren, terwijl het via onze eigen methode/ "routekaart", in één keer kan. Dit bespaart veel (schaarse) tijd en middelen. We nemen aan dat u stuurt op het resultaat, niet op het instrument. Derhalve gaan we ervan uit dat wij via onze methode onze CO2-reductie inzichtelijk kunnen maken. Kunt u dit bevestigen?	Het is alleen mogelijk om vragen te stellen over het nieuwe (aanvullende) beleid, dan wel wijzigingen in de bijlagen. Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid en wordt derhalve niet beantwoord.
7	Vraag: Worden er inhoudelijk ook eisen gesteld aan het Medewerkers Tevredenheidsonderzoek?	Uw vraag heeft betrekking op de inhoud van het regionaal inkoopbeleid 2024-2026. U bent geen nieuwe zorgaanbieder voor het zorgkantoor Menzis. Het is voor u niet toegestaan vragen te stellen over dit document.
8	In het beleid is de volgende zin toegevoegd 'Als gevolg van de toenemende druk op de langdurige zorg zal de definitie van kwaliteit en de manier waarop kwaliteit ervaren wordt, veranderen.' Vraag: Op wat voor wijze zal deze definitie veranderen? Kunt u een aangepaste definitie formuleren?	Uw vraag heeft betrekking op de inhoud van het regionaal inkoopbeleid 2024-2026. U bent geen nieuwe zorgaanbieder voor het zorgkantoor Menzis. Het is voor u niet toegestaan vragen te stellen over dit document.
9	Vraag t.a.v. de vastgestelde verpleeghuiscapaciteit. Wij vragen ons af hoe het zorgkantoor omgaat met deze "vastgestelde" capaciteit. - Hoe en op basis van welke informatie wordt de capaciteit bepaald en gemonitord? - Wat gebeurt er als een aanbieder boven de capaciteitsafsprake uitkomt? - Welke speelruimte is er regionaal (zorgkantoor geeft aan dat er jaarlijks wordt gekeken of er capaciteit herverdeeld moet worden)? - Hoe wordt met de toekenning van onomkeerbare plekken omgegaan?	Menzis Zorgkantoor begrijpt dat u vragen heeft over de verpleeghuiscapaciteit. In het aanvullend inkoopbeleid 2025 zijn geen beleidswijzigingen gepubliceerd met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit. Vragen hierover worden dan ook niet beantwoord. Menzis Zorgkantoor geeft zo snel als mogelijk is maar in ieder geval voor de herschikking duidelijkheid voor zover dat mogelijk is. Wij kunnen geen uitspraken doen over landelijk beleid, als dat er nog niet is.
10	Vraag: T.a.v. de vastgestelde verpleeghuiscapaciteit (vastklik capaciteit). - Wat gebeurt er wanneer we als organisatie bijvoorbeeld onder de vastgestelde capaciteit uitkomen? Kan het Zorgkantoor dit verduidelijken in het beleid?	Menzis Zorgkantoor begrijpt dat u vragen heeft over de verpleeghuiscapaciteit. In het aanvullend inkoopbeleid 2025 zijn geen beleidswijzigingen gepubliceerd met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit. Vragen hierover worden dan ook niet beantwoord. Menzis Zorgkantoor geeft zo snel als mogelijk is maar in ieder geval voor de herschikking duidelijkheid voor zover dat mogelijk is. Wij kunnen geen uitspraken doen over landelijk beleid, als dat er nog niet is.

11 Vraag: T.a.v. inzet onomkeerbare verpleeghuisplekken. Toetsen jullie op de vastgestelde capaciteit inclusief onomkeerbare plekken of exclusief onomkeerbare plekken? Kan het zorgkantoor dit verduidelijken in het beleid?

Menzis Zorgkantoor begrijpt dat u vragen heeft over de verpleeghuiscapaciteit. In het aanvullend inkoopbeleid 2025 zijn geen beleidswijzigingen gepubliceerd met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit. Vragen hierover worden dan ook niet beantwoord. Menzis Zorgkantoor geeft zo snel als mogelijk is maar in ieder geval voor de herschikking duidelijkheid voor zover dat mogelijk is. Wij kunnen geen uitspraken doen over landelijk beleid, als dat er nog niet is.

Bijlage 1. Landelijk beantwoorde vragen over de landelijke bijlagen

Bijlage 1 Overeenkomst Wlz 2025-2026

Paragraaf	Vraag	Antwoord
DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Waarom is artikel 22 lid 9 niet meer opgenomen in de overeenkomst? (Bepalingen van deze overeenkomst die materieel van betekenis blijven nadat de overeenkomst is geëindigd, behouden hun betekenis. Partijen kunnen van die bepalingen naleving verlangen.).	Dit artikel is geschrapt aangezien dit punt al geregeld is middels artikel 19 lid 6 van Deel III: Algemeen deel.
DEEL III: ALGEMEEN DEEL	Artikel 11 lid 2 onder f) van Deel III: Algemeen deel. U beschrijft: "Het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag of kwaliteitsbeeld conform de relevante kwaliteitskaders. De zorgaanbieder in de VV-sector stelt zo spoedig mogelijk doch in elk geval uiterlijk 1 juli van het daaropvolgende kalenderjaar (jaar t + 1) het kwaliteitsverslag en uiterlijk 31 december van het lopende jaar (jaar t) een kwaliteitsplan beschikbaar aan het zorgkantoor." De verwachting is dat per 1 juli 2024 het kwaliteitskompas VV in werking treedt. Gekoppeld daaraan is afgesproken dat er géén sprake meer is van een kwaliteitsplan en -verslag, maar van een kwaliteitsbeeld dat één keer per jaar moet worden aangeleverd. Wij gaan ervan uit dat u aansluit bij deze landelijke ontwikkelingen en dit daarom aanpast in de overeenkomst. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet? Zo nee, dan maken wij daar bezwaar tegen.	Zorgkantoren sluiten hierbij aan op de landelijke ontwikkelingen. Er is sprake van een 'verwachting'. Dat geeft op dit moment geen aanleiding om de overeenkomst aan te passen. Mocht de verwachting werkelijkheid worden, dan zal elk zorgkantoor aan de zorgaanbieders laten weten hoe hiermee omgegaan moet worden in relatie tot wat in de overeenkomst is opgenomen.
Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Art 1 lid 2. Kan de Wvvgz worden gelijkgesteld aan de Wzd? Als specialistische GGZ aanbieder leveren wij geen zorg op grond van de Wzd, maar wel op grond van de Wvvgz.	Nee, deze kan daaraan niet worden gelijkgesteld. Artikel 1 lid 2 zullen wij daarop aanpassen.
Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Art. 11 lid 1 en 2. Gaat het hier ook om vertrouwelijke patiëntinformatie? Bezwaar tegen het verstrekken van vertrouwelijke informatie.	In principe niet tenzij het voor de uitvoering van de Wlz noodzakelijk is.

Hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens	Artikel 11 lid 2. Worden hieronder ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken?	Ja, hieronder worden ook rapporten verstaan in het kader van toezichtsbezoeken.
--	---	---

Bijlage 3A Bestuursverklaring 2025

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

Bijlage 4 Aanvullende inkoopvoorwaarden

Paragraaf	Vraag	Antwoord
6.2 Het regionaal stimuleringsbudget Wlz, voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg	In paragraaf 6.2 wordt gesproken over het regionale stimuleringsbudget voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg. - Kunt u toelichten wat voor 2025 en 2026 de speerpunten zijn van het zorgkantoor? - Welke rol gaat het zorgkantoor hierin spelen en op welke wijze gaat zij daaraan invulling geven? - In welke mate hebben de zorgaanbieders daarin een stem dan wel invloed op de inzet van de beschikbare middelen? - Hoe worden de beschikbare middelen verdeeld over de zorgaanbieders?	Uw vraag heeft betrekking op ongewijzigd beleid. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.

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

2.5 Domeinoverstijgende samenwerking (V&V, GGZ en GZ)	Het wetsvoorstel moet het mogelijk maken voor de zorgkantoren om domeinoverstijgend buiten de langdurige zorg middelen in te zetten. Vragen hierbij zijn: - Over welke middelen is hier sprake? - Worden deze middelen onttrokken aan het budget voor langdurige zorg of betreft het een aanvullend budget?	Daarover bestaat op dit moment nog onvoldoende duidelijkheid.
2.8 Laag Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Zijn de zorgkantoren, in navolging van één van hen, bereid om NAH+ ook op deze manier in te gaan kopen, aangezien er voor deze doelgroep onvoldoende plekken zijn.	Het is nog niet duidelijk of en wanneer zorgkantoren LVHC zorg voor NAH+ kunnen inkopen. Dit is landelijk nog in bespreking met diverse partijen, waaronder VWS, NZa, Actiz, VGN en ZN. Het zorgkantoor bepaalt overigens niet zelf bij wie zij deze zorg inkopen. Het expertisecentrum NAH+ bepaalt namelijk in overleg met de zorgaanbieders hoe het zorglandschap NAH+ er uit gaat zien. Oftewel welke zorgaanbieders zich gaan ontwikkelen tot een REC of DEC en hoeveel plekken daarvoor nodig zijn. Zorgkantoren geven hierover advies en de CELZ stelt het zorglandschap vast. Zorgkantoren maken alleen afspraken met zorgaanbieders die in het zorglandschap zijn opgenomen en beschikken over een positief deskundigenadvies van de CELZ.
2.8 Laag Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Met ingang van het jaar 2025 kopen zorgkantoren ook GP in. Zien zorgkantoren in de regio de vraag groeien in de markt? Zo ja, in welke regio's vindt deze groei plaats?	Uw vraag gaat over de inkoop van GP in relatie tot de groei. Hierover kunt u contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor. De inkoop van LVHC heeft betrekking op de doelgroep GP+. Het aantal plaatsen GP+ dat zorgkantoren inkopen is gemaximeerd en is vastgesteld door de CELZ in het zorglandschap en in het positief deskundigenadvies voor GP+.
2.8 Laag Volume, Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In paragraaf 2.8 van de aanvullende inkoopvoorwaarden 2025 schrijft u over de instroom van de LVHC doelgroepen Gerontopsychiatrie (GP+) en dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP): "De inkoop van deze twee doelgroepen is onder voorbehoud van publicatie van de NZa beleidsregels met de prestatieomschrijvingen en de tarieven voor LVHC zorg en de wijzigingen in de Regeling langdurige zorg (Rlz) per 1 juli 2024." In bestuurlijk overleg tussen VWS, ZN, NZa en branches is formeel besloten dat deze doelgroepen per 1 januari 2025 instromen. Wij als zorgaanbieder zijn aangewezen als [REC/DEC van GP+/DZEP] en hebben duidelijkheid nodig. Kunt u bevestigen dat wij als [REC/DEC] in 2025 LVHC zorg kunnen leveren conform afspraak? Zo nee, waarom niet?	In het bestuurlijk overleg is inderdaad besloten dat zorgkantoren per 1 januari 2025 de GP+ en DZEP inkopen. Wij kunnen dit echter pas doen als de gewijzigde RLZ in de staatcourant is gepubliceerd en de NZa de beleidsregels met prestaties en tarieven publiceert. Zorgkantoren hebben geen redenen om te verwachten dat publicatie niet tijdig plaatsvindt. Toch moeten wij dat voorbehoud maken, omdat zorgkantoren geen zorg kunnen inkopen zonder opname van de betreffende aanspraken in de wet en zonder opname van de betreffende prestaties en tarieven in de beleidsregels van de NZa. De gewijzigde Rlz is inmiddels gepubliceerd in de Staatscourant: stcrt-2024-1886 (officieelbekendmakingen.nl).

Bijlage 5 Declaratieprotocol 2025

Paragraaf	Vraag	Antwoord
Artikel 3. Declareren	U geeft aan op pagina 3, artikel 3.11: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.' Vraag; Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.
Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	U geeft aan op pagina 3, Artikel 4.2: 'De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen'. Vraag; Hoe moet dit worden aangetoond? en is deze afspraak wederkerig?	De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen. Hoe dat moet gebeuren, hangt van de omstandigheden van het geval af. De zorgaanbieder moet in ieder geval duidelijk maken dat de tekortkoming hem niet toegerekend kan worden. In dit artikellid gaat het over de eventuele overmacht van de zorgaanbieder. Wederkerigheid is hier niet aan de orde.
Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	U geeft aan op pagina 3, artikel 4.7: 7. Indien sprake is van tussentijdse (gedurende het lopende jaar) aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, dan kan het zorgkantoor besluiten om, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, deze tariefsaanpassing gedurende het lopende jaar met terugwerkende kracht tot uiterlijk de eerste dag van dat lopende jaar in het declaratieverkeer toe te passen. Verzoek is om deze voorgestelde wijziging ongedaan te maken (te behouden zoals bestaand artikel), in het kader van administratieve lasten die hiermee gepaard zullen gaan.	Wij zullen deze wijziging niet ongedaan maken. Deze wijziging is doorgevoerd om aan het zorgkantoor de mogelijkheid te bieden om bij een tussentijdse tariefsaanpassing, deze tariefsaanpassing met terugwerkende kracht toe te passen, naast de mogelijkheid om dat vanaf een bepaald (toekomstig) moment in het lopende jaar te doen (zie artikel 4.8). In beide situaties zal het zorgkantoor de administratieve lasten in de overwegingen meenemen en een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	In lid 7 wordt aangegeven dat het zorgkantoor tarieven met terugwerkende kracht kan aanpassen, in lid 8 de mogelijkheid om dit niet met terugwerkende kracht te doen, maar vanaf een bepaald moment. Welke garantie geeft ons dit als zorgaanbieder over wel of niet aanpassen van de tarieven gedurende het jaar?	Indien er sprake is van een tussentijdse aanpassing van de tarieven, bepaalt het zorgkantoor zelf hoe het hiermee om wil gaan. Het zorgkantoor zal bij een besluit in het kader van lid 7 of lid 8 in ieder geval een redelijke termijn ten behoeve van de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder in acht nemen.
Artikel 7. Controles door het zorgkantoor	Punt 1 controles achteraf; Kunt u toevoegen?: controles achteraf kunnen enkel worden doorgevoerd voor de aangegeven datum zoals vermeld in art 4. punt 6. Correcties uit controles achteraf na deze datum zullen niet meer worden verwerkt via een declaratie.	Dit zullen wij niet toevoegen.

Bijlage 7 Onderbouwing richttariefpercentages Wlz

Paragraaf	Vraag	Antwoord
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Is bij het bepalen van het richttarief VenV rekening gehouden met de extra overheidskorting op de NZa tarieven VenV 2025 en zo nee, volgt er dan nog een bijstelling naar boven?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT- zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? - Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?	Indien voor 2025 en later dezelfde systematiek wordt gebruikt, zal de set bepaald worden door dezelfde uitgangspunten (dat wil zeggen: als de gegevens van de zorgaanbieder beschikbaar zijn, gaat de aanbieder mee in de berekening). Dit betekent dat het onwaarschijnlijk is dat exact dezelfde 458 aanbieders voor 2025 gebruikt zullen worden die ook voor 2024 nu zijn gebruikt, maar dat de overlap tussen de twee sets groot zal zijn.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er staat dat de Nza heeft laten weten dat het kostenonderzoek meer tijd nodig heeft en de tarieven pas in 2026 aangepast zullen worden. Uitzondering hieronder is het VG7 tarief. In hoeverre wordt hiermee een evt. opslag i.r.t. de bepaling van het landelijk richttarief percentage rekening mee gehouden?	Met het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. Het richttariefpercentage wordt toegepast op de NZa tarieven. Als de NZa het VG7 tarief verhoogt voor 2025, dan wordt het richttariefpercentage toegepast op het hogere NZa tarief.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op blz. 6 staat: Daarnaast zal elk jaar op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen worden berekend of het richttariefpercentage aanpassing behoeft. Wat verstaat u onder 'meest recent'?	Dit zijn de jaarverslagen die in het Intrakoopbestand van medio juli zijn opgenomen over t-2. Waarbij t het betreffende beleidsjaar is, dus voor beleidsjaar 2025 zijn dit de beschikbare jaarverslagen over 2023.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	1) Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Met het aangepaste tariefmodel heeft u beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de feitelijke berekening heeft u niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming van het richttariefpercentage niet kunnen controleren. Bent u bereid om de feitelijke berekening (geanonimiseerd) te publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?	1) In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richttariefpercentage is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren.

2) Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt het niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controlebaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?

3) In het bericht op de website wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?

4) In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT- zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? Ben ik als zorgaanbieder meegenomen in de sample? - Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?

5) Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de jaarrekening t-1 later deponeert en daardoor

2) De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.

3) Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

4) De lijst van geïnccludeerde aanbieders betreffen zorgaanbieders van wie de jaarrekening tijdig is gepubliceerd en waarvan de gegevens zijn opgenomen in het intrakoop bestand minus outliers. Uit het oogpunt van uniformiteit zijn voor de herberekening van de richttarieven in 2024 dezelfde bronbestanden gebruikt als voor de initiële berekening van het richttariefpercentage voor 2024.

5) Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te

	<p>niet meegaat in de lijst van geïnccludeerde aanbieders in het model? Het zijn immers vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?</p> <p>6) In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet?</p> <p>7) Op welke wijze kan een aanbieder vaststellen of deze volgens u valt binnen de groep van 75% voor wie zou gelden dat met het richttariefpercentage een positief of neutraal resultaat behaald zou moeten worden?</p> <p>8) Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?</p> <p>9) Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.</p> <p>6) Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een berekening van de richttariefpercentages kunnen komen. De aanname wordt gedaan, omdat specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Dit model (inclusief de aannames) is eerder extern gevalideerd. In het afgelopen jaar is er geen aanleiding geweest deze aanname nader te onderzoeken.</p> <p>7) Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen, om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt, zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat deze groep een positief of neutraal resultaat behaalt. Indien het berekende percentage ("kostenpercentage aanbieder") boven het richttarief uitkomt, dan zit de aanbieder in de 25% groep. Zie voor een toelichting hierop pagina 6 van bijlage 7.</p> <p>8) Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.</p> <p>9) Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hiermee worden richttarieven bepaald voor het jaar t+1. Feitelijk zit er een discrepantie van 2 jaar tussen de financiële	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

	<p>situatie waarvan uitgegaan wordt en de daadwerkelijke tarieven waarmee gerekend wordt. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? Hoe wordt er bijvoorbeeld gecorrigeerd voor komende (mogelijke)bezuinigingen?</p>	<p>richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Is de berekeningsmethodiek gewijzigd ten opzichte van 2024? en zo ja, op welke punten?</p>	<p>De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Wij zijn het niet eens met de arbitraire keuze van 75% van de zorgaanbieders met een neutraal of positief resultaat. Waarom heeft het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gekozen voor tenminste 90% van de zorgaanbieders heeft een neutraal of positief resultaat? Ook dan stimuleer je de doelmatigheid.</p>	<p>Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. het hof Den Haag heeft in zijn arrest van 13 februari 2024 wel aangegeven dat zorgkantoren bij het bepalen van het richttariefpercentage er voor dienen zorg te dragen dat minimaal 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren én dat het richttariefpercentage minimaal 75% van het marktaandeel representeert. Met de berekeningssystematiek van het richttariefpercentage voldoen wij ook aan beide voorwaarden.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>In het bericht op de website van Zorgverzekeraars Nederland wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?</p>	<p>Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere</p>

		rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en4 -lasten mee te nemen.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het model gaat uit dat 75% van de aanbieders een resultaat van nihil of meer dient te behalen. Echter, indien een zorginstelling voor een langere periode (meerdere jaren) een nihil of gering resultaat (kleiner dan het inflatiepercentage) behaalt, komt de continuïteit van die organisatie in gevaar. Op welke wijze houdt u hiermee rekening in het model op basis waarvan het richttariefpercentage wordt bepaald? Zo nee, zou dat niet wenselijk zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen voor de toekomst?	Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2025. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en 2025 ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Het model voor de bepaling van het richttariefpercentage gaat ervan uit dat 75% van de aanbieders en 75% van het marktaandeel ten minste een positief resultaat moet behalen. Wat is het beleid als één van beide of beide criteria niet gehaald kunnen worden als gevolg van slechte resultaten in de sector?	Het richttariefpercentage wordt bepaald aan de hand van het uitgangspunt dat 75% van het aantal en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat behalen. Stel dat in 2023 de resultaten in de sector erg negatief uitvallen, dan zal dit in de berekening voor de richttariefpercentages van 2025 tot uiting komen in een hoger richttariefpercentage. Enige uitzondering hierop is als het richttariefpercentage bij het voldoen aan dit uitgangspunt boven de 100% zou uitkomen. Zorgkantoren kunnen en mogen niet meer dan 100% van het NZa-maximum tarief vergoeden.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U geeft aan dat het richttariefpercentage pas na 1 juni berekend kan worden. Tot welke publicatiedatum worden jaarverslagen van 2023 meegenomen?	Voor de berekening voor 2025 gebruiken we het Intrakoop bestand dat (meestal) medio/eind juli gepubliceerd wordt. Alle daarin opgenomen jaarverslagen worden verwerkt in de berekening, de exacte grens op deponeringsdatum van de jaarverslagen kunnen wij daarom op dit moment niet aangeven.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Op welke wijze geeft het zorgkantoor inzicht in de afwegingen die gemaakt worden in de keuzes voor het model voor de berekening?	Dit doen de zorgkantoren door middel van de uitgebreide toelichting in deze Bijlage 7.

<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Er staat dat we na de publicatie van de richttariefpercentages 2025 bezwaren kunnen uiten tegen de hoogte en de wijze van totstandkoming hiervan. Wat verandert er in de wijze van totstandkoming van het richttariefpercentage 2025 ten opzichte van het document onderbouwing richttariefpercentages Wlz (juni 2024 van Zn)?</p>	<p>De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>In de onderbouwing van het richttariefpercentage staat dat deze niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden met de reguliere zorgprestaties waarbij nu al een aanpassing wordt gedaan op het tariefpercentage ?</p>	<p>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. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>De afgelopen jaren zijn er qua personele / materiële kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. PNIL en energie)geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefpercentage?</p>	<p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2023 enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen en de inkomsten en uitgaven</p>	<p>Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de</p>

	<p>van andere domeinen zoals Wmo/Zvw uitgesloten? Zo ja, kunt u toelichten hoe u dit heeft gedaan gezien de afwezigheid van gedetailleerde kostenverdeling naar zorgdomeinen in de jaarverslagen? Zo nee, waarom acht u het niet nodig om enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten te beschouwen?</p>	<p>financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Door de keuze om op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen het nieuwe richttarief te berekenen betekent dit dat zorgaanbieders pas begin september weten welke richttarief van toepassing is op 2025. Onlangs is het richttarief 2024 met 1% verhoogd, dit is mooi, maar brengt veel onzekerheid met zich mee, zodat zorgaanbieders pas laat weten waar ze aan toe zijn. Een wijziging van 1% lijkt relatief klein, maar kan voor een instelling het verschil tussen een positief/negatief resultaat in het jaar betekenen. Is er een bandbreedte af te geven waarin het richttarief zich kan/mag bewegen?</p>	<p>De publicatie in september is inherent aan het feit dat zorgkantoren gehouden zijn om uit te gaan van de meest recente beschikbare jaarrekeningen. Op voorhand is niet te zeggen wat de uitkomsten gaan zijn van een nieuwe berekening op basis van de jaarverslagen en declaratiedata van een nieuw jaar (voor 2025 zal dit op basis van 2023 zijn). De zorgkantoren hanteren geen bandbreedte.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>De berekeningswijze van het richttarief is duidelijk. Echter voor het bepalen van het richttarief 2025 zijn de afspraken en resultaten 2023 leidend. In 2023 zijn instellingen gecompenseerd voor VG7, met ingang van 2025 is de verwachting dat dit via de tarieven wordt gecompenseerd. In 2022 was deze compensatie er niet. Hoe nemen zorgkantoren de VG7 compensatie in 2023 mee in het nieuw vast te stellen richttarief voor 2025?</p>	<p>De VG7 compensatie over 2023 zal worden meegenomen in de berekening van het richttarief 2025. De exacte uitvoering is afhankelijk van de manier waarop de zorgkantoren deze compensatie verwerken. Indien de zorgkantoren deze compensatie als opslag in de tarieven verwerken kom het middels de declaratiedata in het model terecht. Mochten de zorgkantoren het verwerken middels bijvoorbeeld een lumpsum bedrag in de nacalculatie, dan wordt dit bedrag opgeteld bij de Wlz ZiN omzet van een aanbieder.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>In hoeverre wordt in het richttariefpercentages rekening gehouden met het onderscheid tussen complexe zorg en reguliere zorg?</p>	<p>De richttarieven zijn landelijk per sector bepaald en gelden ook landelijk als uitgangspunt voor de tariefstelling voor iedere prestatie. Bij de bepaling van de richttarieven zijn alle prestaties, ongeacht complexiteit, meegenomen in de berekening.</p>

<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Wat zijn criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld?</p>	<p>Er zijn geen “criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld”. Het richttariefpercentage wordt bepaald met behulp van het model dat in bijlage 7 is opgenomen en met gebruikmaking van de financiële gegevens die ontleend zijn aan de jaarrekeningen.</p>
<p>1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis</p>	<p>Binnen onze regio neemt de vergrijzing en arbeidskrachte in verhouding van het landelijke beeld eerder en harder toe, hoe houdt u daar rekening mee in het vaststellen van het richttariefpercentage?</p>	<p>In de berekening van het richttariefpercentage is hier niet apart rekening mee gehouden. De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) zien wij als goede basis voor reële tariefstelling. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.</p>
<p>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</p>	<p>Indien 75% een neutraal of positief tarief ontvangt, heeft 25% een negatief tarief. Indien deze 25% een kostenbesparing doorvoert tbv gezonde bedrijfsvoering betekent dit dat de korting het jaar daarop moet stijgen om weer 75% een neutraal of positief tarief laten ontvangen. Dit is een negatieve spiraal. Waar denkt het zorgkantoor dat deze negatieve spiraal ophoudt? Hoe voorkomt het zorgkantoor met deze methodiek dat de kwaliteit van zorg niet meer haalbaar is binnen de middelen? Welke grenzen heeft het zorgkantoor bepaald aan de tariefskortingen?</p>	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Uw vraag naar de grenzen voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet beantwoorden.</p> <p>Met betrekking tot uw vraag over de negatieve spiraal wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p>

<p>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</p>	<p>Hoe is bepaald dat het maatschappelijk verantwoord is om voor 25% geen kostendekkend tarief te bieden? Welke kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing is beschikbaar waaruit blijkt dat deze organisatie onderpresteren?</p>	<p>Wij stellen niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt, danwel onderpresteert. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
<p>2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector</p>	<p>In de onderbouwing van het richttariefpercentage stelt u de aanname van de NZa te hebben overgenomen dat 'de verhouding tussen de Wlz ZiN-omzet en de totale omzet een betrouwbare benadering is voor de verhouding tussen de Wlz ZiN-kosten en de totale kosten.' Heeft u de validiteit van deze aanname nader onderzocht? Zo nee, waarom niet? U veronderstelt hiermee dat de kosten van ouderenzorg uit de WMO, ZVW en WLZ gelijksoortig zijn. Waarop baseert u dat?</p>	<p>De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat op grond van de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de totale omzet, aangezien de specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarrekeningen. Omdat niet alle aanbieders in hun jaarstukken kosten toewijzen aan domeinen waarin zij actief zijn, is onontkoombaar dat met een aanname wordt gewerkt. Dat is niet ongebruikelijk zoals blijkt uit het feit dat ook de NZa dat doet. Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data dit model ontwikkeld waarmee zij zo goed mogelijk tot een onderbouwing van de richttariefpercentages komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Deze manier van toerekening vormt al meerdere jaren onderdeel van het inkoopbeleid en heeft al meerdere keren de toets der kritiek doorstaan in gerechtelijke procedure.</p>

2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Is al bekend hoe de NZA de nieuwe Max tarieven berekend? Met andere woorden, wordt het kostprijsonderzoek in de Wlz al gebruikt voor het vaststellen van de nieuwe maximale tarieven in de Wlz en zo ja, hoe dan?	De NZa laat hierover via de eigen website het volgende weten: "Het kostenonderzoek voor de gehandicaptenzorg en de ggz exclusief behandeling zou moeten leiden tot nieuwe tarieven per 2025. Op basis van de in het onderzoek verkregen informatie moeten we echter concluderen dat dit helaas niet mogelijk is. Daarom stellen we voor de meeste prestaties de tarieven voor 2025 vast door die van 2024 te indexeren. Wel hebben we met de brancheorganisaties VGN, Valente en de Nederlandse ggz afgestemd dat we voor de prestaties van vg7, sglvg, zg en ggz-wonen een alternatieve methode toepassen om tot passende tarieven voor 2025 te komen".
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	U geeft aan dat u bij het berekenen van het richttariefpercentage rekening houdt (moet houden) met bepaalde regionale en organisatie-specifieke aspecten die een impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u dat toelichten? Betekent dit ook dat er in bepaalde regio's/ aanbieder andere richttariefpercentages kunnen worden afgesproken?	Het richttariefpercentage is landelijk per sector gelijk en vormen het vertrekpunt. De tarieven die met zorgaanbieders worden afgesproken zijn namelijk afhankelijk van regionaal beleid. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele 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.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	In welke mate houdt de berekening van het nieuwe richttariefpercentage rekening met de cao-ontwikkelingen en inflatie? Gezien de grote impact in 2025 ten opzichte van 2024, en het bepalen van het tariefpercentage op basis van 2022 en 2023, heeft het zorgkantoor beelden bij hoe aanvragen hardheidsclausule te voorkomen?	Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Met het aangepaste tariefmodel is er beter inzicht gegeven in de verschillende stappen van het model, maar de berekening is niet gepubliceerd waardoor wij de totstandkoming niet kunnen controleren. Kunt u de feitelijke berekening publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?	In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richttariefpercentage is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen. Ook bij anonimisering zouden de gegevens te herleiden zijn tot een specifieke aanbieder. Wel zijn de

		zorgkantoren bereid om een onafhankelijke derde, ingeschakeld door de aanbieders, de berekening te laten verifiëren.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	De afgelopen jaren zijn er qua materiële kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. energie) geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richttariefpercentage?	Doordat het berekende richttariefpercentage (o.b.v t-2) wordt afgezet tegen de maximum NZa-tarieven, en de NZa deze maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, worden deze kostenontwikkelingen automatisch meegenomen.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom heeft u gekozen voor het intrakoop bestand en niet voor de jaarverslagen die op de website Jaarverantwoording zorg staan?	Voor de jaarrekeningcijfers wordt gebruik gemaakt van de bestanden van Intrakoop. Deze bestanden zijn gebruiksvriendelijker dan de DigiMV-data. In tegenstelling tot de DigiMV-databestanden zijn de Intrakoopbestanden compacter en overzichtelijker. Door de Intrakoopbestanden te gebruiken is het model (de praktische uitwerking ervan) vaak beter te volgen.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Kunt u aangeven hoe intrakoop de jaarverslagen verkrijgt? Hoe beoordeelt u dat de aanlevering compleet is?	Het intrakoop bestand is een afgeleide van DigiMV. Voor de exacte werkwijze waarop Intrakoop deze bestanden inleest/verwerkt verwijzen wij naar Intrakoop zelf. Zorgkantoren controleren van de beschikbare jaarverslagen in het Intrakoopbestand of de koppeling goed verloopt tussen KvK nummers en de ingediende declaraties van aanbieders van het betreffende jaar.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgkantoren moeten rekening houden met bepaalde regionale en organisatie-specifieke aspecten die een significante impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u enkele voorbeelden geven van regionale dan wel organisatie-specifieke aspecten?	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. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat

		afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader 2025? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Het zijn vaak de zorgaanbieders met financiële uitdagingen die de jaarrekening later deponeren dan gebruikelijk waardoor de sample een mogelijk vertekend beeld kan geven. Hoe zorgt u ervoor dat dit zoveel mogelijk voorkomen wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. De jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2, zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Wordt er bij de berekening van het richttariefpercentage 2025 rekening gehouden met de lagere NHC-vergoeding in 2025 als gevolg van de NHC-herijking?	Het richttariefpercentage wordt niet toegepast op de NHC en NIC componenten. De herijking van de NHC door de NZa is daarom niet relevant voor het richttariefpercentage.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Bij doorontwikkeling ten opzichte van voorgaande jaren en gehanteerde uitgangspunten wordt gezegd dat er rekening gehouden moet worden met gelegitimeerde regionale of anderszins goed onderbouwde kostenverschillen. Hoe heeft u hier invulling aan gegeven?	Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele 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.
2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom zijn de berekeningen gebaseerd op 100% exploitatiekosten aangezien er een afslag hierop gehanteerd wordt? Feitelijk wordt je dan als zorgaanbieder tekort gedaan, want kostprijs is kostprijs.	Het model gaat uit van de daadwerkelijk gemaakte kosten van een zorgaanbieder zoals opgenomen in de jaarrekening. Deze worden toegekend aan de Wlz ZiN middels een omzetratio. Het tariefpercentage wordt toegepast op het NZa-maximumtarief, niet op de door de zorgaanbieder gemaakte kosten.

2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	<p>Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt ons niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controlebaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?</p>	<p>De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.</p>
3. Het richttariefpercentage per sector	<p>Op welke wijze kunnen wij als aanbieder vaststellen onder welke groep we vallen, dus binnen de 75% die met het richttarief een positief resultaat behaalt of juist bij de andere 25% hoort?</p>	<p>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.</p>
3. Het richttariefpercentage per sector	<p>Het richttariefpercentage per sector is door ZN bepaald en volledig gebaseerd op openbare informatie. Kunnen dan ook niet gewoon alle onderliggende zorgaanbieder-percentages worden gepubliceerd? Dit vergroot de transparantie en biedt ook op de meest eenvoudige manier een controlemogelijkheid voor de zorgaanbieders.</p>	<p>Hoewel de jaarverslagen inderdaad openbaar zijn, zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders niet openbaar. Tevens zijn de declaratiegegevens concurrentiegevoelig en bedrijfsvertrouwelijk. Daarom delen de zorgkantoren geen gegevens op zorgaanbiederniveau (waaronder de zorgaanbieder-percentages).</p>
3. Het richttariefpercentage per sector	<p>U vermeldt onder 'het richttariefpercentage per sector voor 2024' het aangepaste richttariefpercentage voor 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven,</p>	<p>Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het macrokader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>

	<p>de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is voor cliënten en zorgaanbieders om toekomstbestendige langdurige zorg te kunnen organiseren, maar brengen alle wijzigingen/ontwikkelingen samen ook financiële onzekerheden met zich in relatie tot het al dan niet toereikend zijn van de contracteerruimte van 2024, 2025 en verder. Wij vragen u duidelijkheid te verschaffen over de toereikendheid van de contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder naar aanleiding van onder andere de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage. Wij maken bezwaar tegen het ontbreken van duidelijkheid in de toereikendheid van de contracteerruimte in 2024, 2025 die financiële onzekerheid met zich meebrengt voor zorgaanbieders.</p>	
<p>3.6 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?</p>	<p>Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het inkoopproces 2025. Op 31 mei 2024 12.00u is het inkoopbeleid gepubliceerd en op 13 juni 2024 12.00u dienen vragen en/of bezwaren kenbaar te zijn gemaakt. De termijn van 13 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Daarnaast is deze termijn ieder jaar korter aan het worden. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten? Waarom kiest u er niet voor zorgaanbieders meer tijd te bieden?</p>	<p>De termijn om vragen te stellen is inderdaad 1 dag korter dan vorig jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat er (slechts) sprake is van een aanvulling voor 2025, met een beperkt aantal aanpassingen, op het meerjarig zorginkoopkader 2024-2026. Voor de bezwaartermijnen verwijzen we u naar regionaal beleid.</p>
<p>4. Resultaten per sector voor 2024</p>	<p>Welke resultaatspercentage vindt het zorgkantoor in de zorgsector noodzakelijk om toekomstige investeringen te financieren en de transities vorm te geven? Komt dit overeen met de benodigde eigen middelen welke financiers vragen bij de financiering bij eigen middelen?</p>	<p>Het 75ste percentiel en 75% van de markt bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Daarnaast geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een</p>

		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.
4. Resultaten per sector voor 2024	De inschrijving is op 31 juli, maar het richttariefpercentage voor 2025 is pas bekend op 5 september. Is het juridisch wel juist om een inschrijving te vragen als je niet weet waarvoor je inschrijft?	Zorgkantoren hebben in het inkoopdocument het volgende opgenomen: Het staat zorgaanbieders vrij om binnen 20 dagen na publicatie van het richttariefpercentage mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van het op 5 september 2024 gepubliceerde richttariefpercentage 2025.
6. Bijlage 7.B: SAS code	De gegevens op pagina 17 t/m 26 SAS code zijn cryptisch omschreven. Is dit de correctie afdrukstand in het document?	Dit is het correcte afdrukstand. De SAS-code is gepubliceerd zoals deze gebruikt wordt in SAS EG.
6. Bijlage 7.B: SAS code	In hoofdstuk 6 vermeld u de SAS-code. Wat kunnen of moeten aanbieders met deze SAS-code doen?	Zorgkantoren geven hiermee transparantie in de werking van het model, zoals bepaald in het arrest. Dit doen wij door zowel een schematische toelichting te verstrekken, fictieve voorbeelden uit te werken als ook de technische code van het model te verstrekken.
6. Bijlage 7.B: SAS code	Waarom zijn op pagina 17 onderaan Zorgkantoor en DSW niet meegenomen en verder op in de SAS-code wel?	Op pagina 17 worden de zorgkantoren genoemd waarvoor correctiebestanden zijn ingelezen. Menzis en DSW worden niet genoemd omdat er voor deze zorgkantoren geen correcties zijn op de declaratiegegevens.
7. Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens	Wij nemen aan dat wij geen rol spelen bij de gegevens die in bijlage 7C ingevuld moeten worden en dat het zorgkantoor deze gegevens invult. Is dit juist?	Dit is juist. De zorgkantoren verzorgen deze aanlevering.
7. Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens	Is dit format voor de berekening ingevuld op basis van de gegevens uit 2022? Moet dit format nu jaarlijks worden ingevuld door alle gecontracteerde zorgaanbieders?	Het format wordt ingevuld met de gedeclareerde prestaties over hetzelfde boekjaar als in de jaarekening is opgenomen. Het format wordt ingevuld door de zorgkantoren.
Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wanneer een Zorgorganisatie bestaat uit een ziekenhuis-deel en een ouderenzorg-deel, en deze zorgorganisatie ook in de jaarrekening per onderdeel/segment inzicht in de resultaten verschaft, wordt voor de bepaling van het kostenpercentage van deze aanbieder dan	Het model maakt geen gebruik van gesegmenteerde onderdelen omdat deze niet altijd zijn gespecificeerd. Het maakt gebruik van de Wlz ratio: Wlz Zin Omzet gedeeld door totale omzet uit de jaarrekening. De Wlz ratio wordt vervolgens toegepast op de totale kosten, dit resulteert in de Wlz kosten.

	uitgegaan van de geconsolideerde jaarrekening of het relevante gesegmenteerde onderdeel?	
Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75ste percentiel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75% marktaandeel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wat is de reden dat ervoor gekozen is om de tariefsystematiek ook voor de sectoren VV en GGZ te herijken terwijl het bezwaar enkel is ingediend door de sector GHZ?	De zorgkantoren hebben hier vanuit het gelijkheidsbeginsel voor gekozen. Voor alle drie de sectoren wordt namelijk eenzelfde tariefsystematiek gehanteerd en een verschil in toepassing vinden zorgkantoren niet uitlegbaar.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Genoemd wordt dat het richttarief wordt berekend o.b.v de meest recente beschikbare jaarrekeningen. De jaarrekening van de organisatie is vertraagd en kent een negatief resultaat. Mogelijk dat meer instellingen in dezelfde situatie vertraging kennen. Dit kan betekenen dat er een scheef beeld ontstaat van de resultaten, wat mogelijk een verlaging van het richttarief tot gevolg heeft. Hoe zorgt het Zorgkantoor ervoor dat dit risico gemitigeerd wordt?	Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van de jaarverslagen heeft tot deze keuze geleid.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U geeft aan dat de zorgsector een belangrijke transformatie moet ondergaan. Op welke wijze worden de kosten voor deze transformatie verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?	In het model van het richttariefpercentage is hier geen rekening mee gehouden. De financiering van de transformatie vindt in beginsel plaats vanuit de reguliere Wlz-financiering, de prestaties kennen immers een integraal tarief. In hoeverre hier aanvullend afspraken over mogelijk zijn is onderhevig aan regionaal beleid, zie hiervoor het regionale inkoopbeleid.
1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De langdurige ouderenzorg kampt met een fors personeelstekort er is echter nog steeds een groot gat tussen de cao VVT en marktconforme salarissen in andere sectoren. Om een aantrekkelijke sector te worden voor personeel, worden zorgorganisaties gedwongen om salarissen te bieden die hoger liggen dan de cao of structureel veel zzp'ers in te huren. Dit leidt tot forse aanvullende exploitatie kosten. Op welke wijze worden de additionele kosten die een gevolg zijn van de personeelsschaarste op de sector verwerkt in de bepaling van een passend richttariefpercentage?	Wij delen het belang van het behoud van zorgpersoneel bij de zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

