

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	DEEL I: ZORGAANBIEDER-GEBONDEN DEEL	Klopt het dat deze overeenkomst van toepassing is op de zorgaanbieders die een meerjarig contract hebben ondertekend?	Ja, mits de zorgaanbieders de instemmingsverklaring voor 2025 hebben ondertekend bij zorgkantoren waarbij deze van toepassing is.
2	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	DEEL I: ZORGAANBIEDER-GEBONDEN DEEL	Is het afsluiten van deze overeenkomst (bijlage 1 periode 2025-2026) een voorwaarde voor een zorgaanbieder die reeds vorig jaar eenzelfde overeenkomst voor de periode 2024-2026 heeft afgesloten?	Een zorgaanbieder die een meerjarig contract in de zin van de Wlz-overeenkomst 2024-2026 heeft gesloten met een zorgkantoor, dient met het oog op 2025 een instemmingsverklaring bij dat zorgkantoor in te dienen waarin hij onder andere verklaart dat hij uiterlijk op de datum van inschrijving de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 met bijbehorende bijlagen aanvaardt. Daarmee gelden de voorwaarden van de overeenkomst Wlz 2025 ook voor hem.
3	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	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.
4	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	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.
5	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	Hoofdstuk 1: Levering van zorg	Art 1 lid 2. Kan de Wvvgz worden gelijkgesteld aan de Wzd? Als specialistische GGZ aanbieder leveren wij	Nee, deze kan daaraan niet worden gelijkgesteld. Artikel 1 lid 2 zullen wij daarop aanpassen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
			geen zorg op grond van de Wzd, maar wel op grond van de Wvggz.	
6	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	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.
7	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2025_2026	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.
8	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2025	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.
9	Bijlage_3A_Bestuursverklaring_2025	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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
10	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_2025	Algemene gegevens	Moet een uitzendbureau waar de medewerkers in loondienst zijn ook aangemeld worden als onderaannemer bij het zorgkantoor?	<p>Ja, dat is het geval. Een uitzendbureau wordt wel gezien als een onderaannemer. Zie ook wat in de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024 van de NZa in Artikel 8 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders is opgenomen:</p> <p>3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. (...) Toelichting (...) Artikelsgewijs (...) Artikel 8, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.</p>
11	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_2025	Algemene gegevens	Instemmingsverklaring: Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. Is het voor u mogelijk het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren? Indien dit niet haalbaar is, staat u er dan voor open om middels brede afstemming (met aanbieders en branches zoals VGN en Actiz) te komen tot een gedragen Voorschrift?	<p>Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van het inkoopbeleid te publiceren. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWlz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
12	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_ 2025	Ondertekening	Zien jullie medewerkers die in loondienst zijn bij een uitzendbureau ook als onderaannemer?	Nee. Bij een uitzendbureau met medewerkers in loondienst gaan wij ervan uit dat de daadwerkelijke zorg is doorgecontracteerd aan het uitzendbureau en niet aan de medewerkers in loondienst. In dat geval dient het uitzendbureau als onderaannemer beschouwd te worden.
13	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_ 2025	Ondertekening	Is bij tussentijdse wijziging van bestuurder bij inschrijving van bestaande zorgaanbieder een instemmingsverklaring voldoende?	Als de bestaande zorgaanbieder conform de inkoopprocedure een instemmingsverklaring moet indienen en er is tevens sprake van een tussentijdse wijziging van bestuurder, dan dient de zorgaanbieder dit te melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aan te leveren.
14	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_ 2025	Ondertekening	Met de instemmingsverklaring wordt ingestemd met de voorwaarden van de overeenkomst en bijbehorende bijlagen. Echter, jaarlijks wordt het Voorschrift zorgtoewijzing in het najaar gepubliceerd waardoor een aanbieder instemt met een bijlage welke op inhoud (eventuele wijzigingen) niet bekend is. We verzoeken dan ook het Voorschrift zorgtoewijzing met de NvI te publiceren. Indien dit niet haalbaar is hierover brede afstemming te hebben met de branches (o.a. VGN en Actiz) om tot een gedragen Voorschrift te komen. Staat u hiervoor open?	Het is voor ons niet mogelijk om het Voorschrift zorgtoewijzing gelijk met de publicatie van de Nota van Inlichtingen te publiceren. Het Voorschrift zorgtoewijzing beschrijft de processen en uit te voeren acties rond de zorgtoewijzing. De reden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de WLz op 1 juli gepubliceerd en ten tweede kunnen er veranderingen worden doorgevoerd in het berichtenverkeer iWLz per 1 januari die nu nog niet bekend zijn. Aanpassingen die hier het gevolg van zijn, moeten nog in het Voorschrift zorgtoewijzing verwerkt kunnen worden. Aan te brengen wijzigingen van deze en andere aard zullen na consultatie van de branches door de zorgkantoren worden doorgevoerd.
15	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_ 2025	Ondertekening	Het Voorschrift zorgtoewijzing is onderdeel van de overeenkomst, echter is de gewijzigde inhoud momenteel niet bekend. Is het mogelijk bij de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing 2025 eventueel aanvullende vragen en bezwaren te stellen? Gelieve uw antwoord te motiveren.	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen aparte procedure voor vragen en antwoorden dan wel gelegenheid om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen. Dit vanwege de bijkomende administratieve lasten.
16	Bijlage_3B_ Instemmingsverklaring_ 2025	Ondertekening	Wij zijn een bestaande aanbieder en onze Raad van Bestuur is uitgebreid van 1 naar 2 bestuurders. Moeten wij een nieuw uittreksel KvK aanleveren in Vecozo bij de inschrijving? 2. Indien ja, hoe oud mag dit document maximaal zijn bij het moment van inschrijven?	Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en/of contractering moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren. In dit geval dient u een afschrift van inschrijving in het Handelsregister van de KvK bij uw inschrijving te voegen. Een afschrift dat wordt aangeleverd bij de inschrijving dient niet ouder te zijn dan zes maanden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
17	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
18	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
19	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
20	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
21	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
22	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
23	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
24	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
25	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.
26	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
27	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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+.
28	Bijlage_4_ Aanvullende_ inkoopvoorwaarden	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 staatscourant 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 (officielebekendmakingen.nl).
29	Bijlage_5_ Declaratieprotocol_2025	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.
30	Bijlage_5_ Declaratieprotocol_2025	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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
31	Bijlage_5_Declaratieprotocol_2025	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.
32	Bijlage_5_Declaratieprotocol_2025	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.
33	Bijlage_5_Declaratieprotocol_2025	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.
34	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Is bij het bepalen van het richttarief VenV rekening gehouden met de extra overheidskorting op de NZa tarieven VenV 2025 en zo nee, volgt er dan nog een bijstelling naar boven?	Nee, bij de berekening van het richttariefpercentage wordt geen rekening gehouden met eventuele kortingen op het Wlz-kader 2025. Zorgkantoren merken in dit kader op dat zij niet het makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
35	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In bijlage 7 is de lijst van geïncludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richtttariepercentages. 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 richtttariepercentages 2025 en later 2026 dezelfde set geïncludeerde 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.
36	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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 richtttariepercentages wordt hiermee geen rekening gehouden. Het richtttariepercentages wordt toegepast op de NZa tarieven. Als de NZa het VG7 tarief verhoogt voor 2025, dan wordt het richtttariepercentages toegepast op het hogere NZa tarief.
37	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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 richtttariepercentages 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.
38	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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 richtttariepercentages niet kunnen controleren. Bent u bereid om de feitelijke berekening (geanonimiseerd) te publiceren zodat de tariefsystematiek navolgbaar en controleerbaar is? Zo nee, waarom niet?  2)Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefsystematiek – als gevolg van het vonnis gehandicaptenzorg – tot een verhoging van het	1) In bijlage 7 hebben wij beschreven met welke methodiek en welke data het richtttariepercentages 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 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

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
			<p>richttariefpercentage voor 2024 van 0,5%. Uit het rekenmodel wordt het niet duidelijk hoe het meenemen van de financieringsbaten en – lasten rekenkundig heeft geleid tot een verhoging van 0,5% tot een tariefpercentage van 96,9%. Uit het vonnis gehandicaptenzorg volgt dat de tariefsystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?</p> <p>3) In het bericht op de website wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?</p> <p>4) In bijlage 7 is de lijst van geïnccludeerde zorgaanbieders per sector opgenomen voor de berekening van het richttariefpercentage. De sample betreft een aantal van 458 VVT- zorgaanbieders. - Hoe bent u tot deze sample van VVT-zorgaanbieders gekomen? Waar is de keuze die hierin is gemaakt op gebaseerd? Ben ik als zorgaanbieder meegenomen in de sample? - Bent u voornemens om voor de berekening van het richttariefpercentage 2025 en later 2026 dezelfde set geïnccludeerde zorgaanbieders te gebruiken zodat sprake is van continuïteit?</p> <p>5) Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hoe gaat u in het rekenmodel om met de groep zorgaanbieders die de</p>	<p>vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.</p> <p>3) Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en - lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en - lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en - lasten mee te nemen.</p> <p>4)De lijst van geïnccludeerde aanbieders betreffen zorgaanbieders van wie de jaarrekening tijdig is gepubliceerd en waarvan de gegevens zijn opgenomen in het intrakoop bestand minus outliers. Uit het oogpunt van uniformiteit zijn voor de herberekening van de richttarieven in 2024 dezelfde bronbestanden gebruikt als voor de initiële berekening van het richttariefpercentage voor 2024.</p> <p>5) Naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de richttarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Ook met de berekening op basis van t-2 zijn inderdaad nog niet alle jaarverslagen beschikbaar. De afweging tussen de volledigheid en de actualiteit van</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
			<p>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 vertekenend 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>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 makro-kader vaststellen. Zorgkantoren zijn wel bereid om met zorgaanbieders gezamenlijk op te trekken naar VWS indien het macro-kader ontoereikend is. Dat zorgkantoren hier serieus naar kijken, blijkt ook uit de brieven die zorgkantoren eerder naar VWS hebben verzonden.</p>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
39	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Zorgaanbieders deponeren de jaarrekening t-1 doorgaans op 1 juni van het jaar t. Hiermee worden richtttarieven bepaald voor het jaar t+1. Feitelijk zit er een discrepantie van 2 jaar tussen de financiële situatie waarvan uitgegaan wordt en de daadwerkelijke tarieven waarmee gerekend wordt. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? Hoe wordt er bijvoorbeeld gecorrigeerd voor komende (mogelijke)bezuinigingen?	Doordat het richtttariepercentages wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richtttarieven 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.
40	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Is de berekeningsmethodiek gewijzigd ten opzichte van 2024? en zo ja, op welke punten?	De berekening van de richtttariepercentages 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 financieringsbatens &-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 richtttariepercentages.
41	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wij zijn het niet eens met de arbitraire keuze van 75% van de zorgaanbieders met een neutraal of positief resultaat. Waarom heeft het zorgkantoor bijvoorbeeld niet gekozen voor tenminste 90% van de zorgaanbieders heeft een neutraal of positief resultaat? Ook dan stimuleer je de doelmatigheid.	Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie standgehouden. het hof Den Haag heeft in zijn arrest van 13 februari 2024 wel aangegeven dat zorgkantoren bij het bepalen van het richtttariepercentages er voor dienen zorg te dragen dat minimaal 75% van de zorgaanbieders kostendekkend zorg kan leveren én dat het richtttariepercentages minimaal 75% van het marktaandeel representeert. Met de berekeningssystematiek van het richtttariepercentages voldoen wij ook aan beide voorwaarden.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
42	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In het bericht op de website van Zorgverzekeraars Nederland wordt gesteld over de herberekening van het richttariefpercentage "De afgelopen tijd is gebleken dat het op korte termijn niet mogelijk is om de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen." Kunt u uitleggen waarom het niet mogelijk is de feitelijke financieringsbaten en -lasten op betrouwbare wijze vast te stellen? Wat bedoelt u hiermee?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.
43	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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.
44	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
				de 100% zou uitkomen. Zorgkantoren kunnen en mogen niet meer dan 100% van het NZa-maximum tarief vergoeden.
45	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	U geeft aan dat het richttariefpercentage pas na 1 juni berekend kan worden. Tot welke publicatiedatum worden jaarverslagen van 2023 meegenomen?	Voor de berekening voor 2025 gebruiken we het Intrakoop bestand dat (meestal) medio/eind juli gepubliceerd wordt. Alle daarin opgenomen jaarverslagen worden verwerkt in de berekening, de exacte grens op deponerdatum van de jaarverslagen kunnen wij daarom op dit moment niet aangeven.
46	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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.
47	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Er staat dat we na de publicatie van de richttariefspercentages 2025 bezwaren kunnen uiten tegen de hoogte en de wijze van totstandkoming hiervan. Wat verandert er in de wijze van totstandkoming van het richttariefspercentage 2025 ten opzichte van het document onderbouwing richttariefpercentages wlz (juni 2024 van Zn)?	De berekening van de richttariefpercentages voor 2025 zal op dezelfde manier worden uitgevoerd als nu voor 2024 is omschreven in de Nota van Wijziging van 31 mei 2024. Dit houdt in dat, in overeenstemming met het arrest van het gerechtshof Den Haag van 13 februari 2024, de financieringsbaten &-lasten worden meegenomen in de berekening én dat de voorwaarde geldt dat 75% van de markt (qua aantal én marktaandeel) uit moet kunnen met het betreffende richttariefpercentage.
48	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In de onderbouwing van het richttariefpercentage staat dat deze niet zodanig laag mag zijn dat dit ten koste gaat van voldoende juiste en kwalitatief toereikende zorg. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden met de reguliere zorgprestaties waarbij nu al een aanpassing wordt gedaan op het tariefpercentage ?	De systematiek van het werken met een richttariefpercentage (als vertrekpunt) wordt gezien als goede basis voor reële tariefstelling van de zorgkantoren. Het richttariefpercentage is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele 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

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
49	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De afgelopen jaren zijn er qua personele / materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. PNIL en energie )geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richtttariepercentage?	Doordat het richtttariepercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richtttarie 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.
50	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Heeft u bij het vaststellen van het richtttariepercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2023 enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen en de inkomsten en uitgaven van andere domeinen zoals Wmo/Zvw uitgesloten? Zo ja, kunt u toelichten hoe u dit heeft gedaan gezien de afwezigheid van gedetailleerde kostenverdeling naar zorgdomeinen in de jaarverslagen? Zo nee, waarom acht u het niet nodig om enkel de Wlz-kosten en -opbrengsten te beschouwen?	Op korte termijn was het niet mogelijk om vast te stellen hoe financieringsbaten en -lasten op een precieze wijze toegerekend moesten worden aan Wlz-ZIN. Daarnaast leidt het meenemen van de financieringsbaten en -lasten in het model tot het meenemen van kosten die reeds gedekt worden door de NHC en NIC. Ook die problematiek bleek weerbarstig en niet op korte termijn op te lossen op eenvoudige wijze. De meest accurate benadering van het meenemen van de financieringsbaten en -lasten was binnen de beschikbare termijn haalbaar door het "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" op te tellen bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de totale kosten te bepalen én om zo de financieringsbaten en -lasten mee te nemen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
51	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Door de keuze om op basis van de meest recente beschikbare jaarrekeningen het nieuwe richttarief te berekenen betekent dit dat zorgaanbieders pas begin september weten welke richttarief van toepassing is op 2025. Onlangs is het richttarief 2024 met 1% verhoogd, dit is mooi, maar brengt veel onzekerheid met zich mee, zodat zorgaanbieders pas laat weten waar ze aan toe zijn. Een wijziging van 1% lijkt relatief klein, maar kan voor een instelling het verschil tussen een positief/negatief resultaat in het jaar betekenen. Is er een bandbreedte af te geven waarin het richttarief zich kan/mag bewegen?	De publicatie in september is inherent aan het feit dat zorgkantoren gehouden zijn om uit te gaan van de meest recente beschikbare jaarrekeningen. Op voorhand is niet te zeggen wat de uitkomsten gaan zijn van een nieuwe berekening op basis van de jaarverslagen en declaratiedata van een nieuw jaar (voor 2025 zal dit op basis van 2023 zijn). De zorgkantoren hanteren geen bandbreedte.
52	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	De berekeningswijze van het richttarief is duidelijk. Echter voor het bepalen van het richttarief 2025 zijn de afspraken en resultaten 2023 leidend. In 2023 zijn instellingen gecompenseerd voor VG7, met ingang van 2025 is de verwachting dat dit via de tarieven wordt gecompenseerd. In 2022 was deze compensatie er niet. Hoe nemen zorgkantoren de VG7 compensatie in 2023 mee in het nieuw vast te stellen richttarief voor 2025?	De VG7 compensatie over 2023 zal worden meegenomen in de berekening van het richttarief 2025. De exacte uitvoering is afhankelijk van de manier waarop de zorgkantoren deze compensatie verwerken. Indien de zorgkantoren deze compensatie als opslag in de tarieven verwerken komt 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.
53	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	In hoeverre wordt in het richttariefpercentages rekening gehouden met het onderscheid tussen complexe zorg en reguliere zorg?	De richttarieven zijn landelijk per sector bepaald en gelden ook landelijk als uitgangspunt voor de tariefstelling voor iedere prestatie. Bij de bepaling van de richttarieven zijn alle prestaties, ongeacht complexiteit, meegenomen in de berekening.
54	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Wat zijn criteria in de jaarverslagen van aanbieders die er toe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld?	Er zijn geen "criteria in de jaarverslagen van aanbieders die ertoe kunnen leiden dat het richttariefpercentage 2025 naar beneden wordt bijgesteld". Het richttariefpercentage wordt bepaald met behulp van het model dat in bijlage 7 is opgenomen en met gebruikmaking van de financiële gegevens die ontleend zijn aan de jaarrekeningen.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
55	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	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 richtttariepercentages?	In de berekening van het richtttariepercentages is hier niet apart rekening mee gehouden. De systematiek van het werken met een richtttariepercentages (als vertrekpunt) zien wij als goede basis voor reële tariefstelling. Het richtttariepercentages is gerelateerd aan de NZa-maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Doordat het richtttariepercentages 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.
56	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	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?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richtttariepercentages 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 richtttariepercentages waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen. De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Uw vraag naar de grenzen voor de tariefstelling kunnen wij dan ook niet beantwoorden. Met betrekking tot uw vraag over de negatieve spiraal wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richtttariepercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
57	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	Hoe is bepaald dat het maatschappelijk verantwoord is om voor 25% geen kostendekkend tarief te bieden? Welke kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing is beschikbaar waaruit blijkt dat deze organisatie onderpresteren?	Wij stellen niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt, danwel onderpresteert. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de aantallen en marktaandeel zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richtttariepercentages 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 richtttariepercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richtttariepercentage 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.
58	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	In de onderbouwing van het richtttariepercentage stelt u de aannahme 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 aannahme nader onderzocht? Zo nee, waarom niet? U verondersteld hiermee dat de kosten van ouderenzorg uit de WMO, ZVW en WLZ gelijksoortig zijn. Waarop baseert u dat?	De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat op grond van de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en de totale omzet, aangezien de specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarrekeningen. Omdat niet alle aanbieders in hun jaarstukken kosten toewijzen aan domeinen waarin zij actief zijn, is onontkoombaar dat met een aannahme 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 richtttariepercentages komen. Dit model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd. Deze manier van

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
				toerekening vormt al meerdere jaren onderdeel van het inkoopbeleid en heeft al meerdere keren de toets der kritiek doorstaan in gerechtelijke procedure.
59	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages 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".
60	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	U geeft aan dat u bij het berekenen van het richtttariepercentages rekening houdt (moet houden) met bepaalde regionale en organisatiespecifieke aspecten die een impact kunnen hebben op de kostenopbouw. Kunt u dat toelichten? Betekent dit ook dat er in bepaalde regio's/ aanbieder andere richtttariepercentages kunnen worden afgesproken?	Het richtttariepercentages 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.
61	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	In welke mate houdt de berekening van het nieuwe richtttariepercentages rekening met de CAO ontwikkelingen en inflatie? Gezien de grote impact in 2025 ten opzichten van 2024, en het bepalen van het tariefpercentages op basis van 2022 en 2023, heeft het zorgkantoor beelden bij hoe aanvragen hardheidsclausule te voorkomen?	Doordat het richtttariepercentages wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richtttarie 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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
62	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages 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 richtttariepercentages is berekend. Wij zijn van mening hiermee aan het transparantiebeginsel te voldoen. In verband met de betrouwbaarheid 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.
63	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages per sector	De afgelopen jaren zijn er qua materiele kosten al behoorlijke kostenstijgingen (bijv. energie) geweest. In hoeverre wordt dit meegenomen in de vaststelling van het richtttariepercentages?	Doordat het berekende richtttariepercentages (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.
64	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages 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.
65	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richtttariepercentages 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.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
66	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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?	<p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p> <p>Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.</p>
67	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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.
68	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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.
69	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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?	<b>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.</b>

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
70	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	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 tariefssystematiek. 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.
71	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Waarom zijn de berekeningen gebaseerd op 100% exploitatiekosten aangezien er een afslag hierop gehanteerd wordt? Feitelijk word je dan als zorgaanbieder 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.
72	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	Voor de ouderenzorg leidt de aanpassing van de tariefssystematiek – 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 tariefssystematiek van zorgkantoren controleerbaar en navolgbaar dient te zijn. Bent u bereid om de wijze waarop en de mate waarin de financieringsbaten en – lasten zijn verwerkt in het rekenmodel, te publiceren? Zo nee, waarom niet?	De wijze waarop financieringsbaten en -lasten in het model zijn verwerkt, volgt uit bijlage 7 (zie pagina 4). Ook de mate waarin financieringsbaten en -lasten zijn verwerkt in het model is kenbaar. In Bijlage 7 is immers verduidelijkt dat "het saldo van de opbrengst van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten, andere rentebaten en soortgelijke opbrengsten, waardeverandering van vorderingen die tot de vaste activa behoren en van effecten en rentelasten en soortgelijke kosten, zoals die in de jaarrekeningen kunnen zijn opgenomen" wordt opgeteld bij de "Som der bedrijfslasten" om zo de "totale kosten" te bepalen.
73	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Op welke wijze kunnen wij als aanbieder vast stellen onder welke groep we vallen, dus binnen de 75% die met het richttarief een positief resultaat behaalt of juist bij de andere 25% hoort?	Als een aanbieder dit zou willen bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage aanbieder" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit zit de aanbieder in de 25% groep.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
				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.
74	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	3. Het richtttariepercentaje per sector	Het richtttariepercentaje per sector is door ZN bepaald en volledig gebaseerd op openbare informatie. Kunnen dan ook niet gewoon alle onderliggende zorgaanbiederpercentages worden gepubliceerd? Dit vergroot de transparantie en biedt ook op de meest eenvoudige manier een controlemogelijkheid voor de zorgaanbieders.	Hoewel de jaarverslagen inderdaad openbaar zijn, zijn de declaratiegegevens van de zorgaanbieders niet openbaar. Tevens zijn de declaratiegegevens concurrentiegevoelig en bedrijfsvertrouwelijk. Daarom delen de zorgkantoren geen gegevens op zorgaanbiederniveau (waaronder de zorgaanbieder-percentages).

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
75	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richttariefpercentages_ Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	U vermeldt onder 'het richttariefpercentage per sector voor 2024' het aangepaste richttariefpercentage voor 2024. Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat u op eigen initiatief een eenduidige systematiek hanteert voor alle sectoren. Hoewel dit voor in ieder geval 2024 resulteert in een meer passend richttariefpercentage, brengt dit ook financiële onzekerheden met zich mee, rekening houdend met de beschikbare contracteerruimte voor 2024, 2025 en verder. Het gaat hierbij niet alleen om de aanpassing van de systematiek voor bepaling van het richttariefpercentage, ook om andere onzekerheden zoals het nieuwe verdeelmodel van de landelijke contracteerruimte, de overheveling van GGZW-behandeling, de aangepaste VG7 tarieven, de teruggedraaide korting op de NHC et cetera. Al deze wijzigingen zijn van invloed op de benodigde contracteerruimte van 2024, 2025 en verder, maar onduidelijk is of de contracteerruimte toereikend gaat zijn met inachtneming van al deze wijzigingen. Wat ons betreft is het positief dat goed wordt gekeken naar wat er financieel gezien nodig is 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.	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.



#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
76	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	3.6 Welke juridische kaders gelden voor het inkoopproces en de monitoring?	Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het inkoopproces 2025. Op 31 mei 2024 12.00u is het inkoopbeleid gepubliceerd en op 13 juni 2024 12.00u dienen vragen en/of bezwaren kenbaar te zijn gemaakt. De termijn van 13 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Daarnaast is deze termijn ieder jaar korter aan het worden. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten? Waarom kiest u er niet voor zorgaanbieders meer tijd te bieden?	De termijn om vragen te stellen is inderdaad 1 dag korter dan vorig jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat er (slechts) sprake is van een aanvulling voor 2025, met een beperkt aantal aanpassingen, op het meerjarig zorginkoopkader 2024-2026. Voor de bezwaartermijnen verwijzen we u naar regionaal beleid.
77	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	4. Resultaten per sector voor 2024	Welke resultaatspercentage vindt het zorgkantoor in de zorgsector noodzakelijk om toekomstige investeringen te financieren en de transities vorm te geven? Komt dit overeen met de benodigde eigen middelen welke financiers vragen bij de financiering bij eigen middelen?	Het 75ste percentiel en 75% van de markt bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Dat vormt vervolgens het vertrekpunt voor een vast te stellen tarief voor 2024 en verder. Of een aanbieder daadwerkelijk winst maakt, hangt af van de individuele omstandigheden van die aanbieder en hoe diens exploitatie zich in 2024 en verder ontwikkelt. Daarover kunnen wij geen uitspraak doen. Daarnaast geldt voor het merendeel van de aanbieders dat er met het richttariefpercentage een resultaat van +2% wordt behaald. Gezien deze uitkomst vinden wij het niet reëel om het richttariefpercentage zoals berekend structureel en dus zonder onderscheid op basis van de individuele positie van zorgaanbieders te verhogen met een risico-opslag. Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in het geval de gehanteerde tariefsystematiek voor een organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft een beroep op de hardheidsclausule kan worden gedaan.
78	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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.
79	Bijlage_7_ Onderbouwing_	6. Bijlage 7.B: SAS code	De gegevens op pagina 17 tm 26 SAS code zijn cryptisch omschreven. Is dit de correctie afdrukstand in het document?	Dit is het correcte afdrukafstand. De SAS code is gepubliceerd zoals deze gebruikt wordt in SAS EG.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
	richtttariepercentages_Wlz			
80	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	6. Bijlage 7.B: SAS code	In hoofdstuk 6 vermeld u de 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.
81	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	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.
82	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	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.
83	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	7. Bijlage 7.C: uitvraagformulier declaratiegegevens	Is dit format voor de berekening ingevuld op basis van de gegevens uit 2022? Moet dit format nu jaarlijks worden ingevuld door alle gecontracteerde zorgaanbieders?	Het format wordt ingevuld met de gedeclareerde prestaties over hetzelfde boekjaar als in de jaarrekening is opgenomen. Het format wordt ingevuld door de zorgkantoren.
84	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	Deel 1: Bepalen zorgaanbieder percentage (kostenpercentage)	Wanneer een Zorgorganisatie bestaat uit een ziekenhuis-deel en een ouderenzorg-deel, en deze zorgorganisatie ook in de jaarrekening per onderdeel/segment inzicht in de resultaten verschaft, wordt voor de bepaling van het kostenpercentage van deze aanbieder dan uitgegaan van de geconsolideerde jaarrekening of het relevante gesegmenteerde onderdeel ?	Het model maakt geen gebruik van gesegmenteerde onderdelen omdat deze niet altijd zijn gespecificeerd. Het maakt gebruik van de Wlz ratio: Wlz Zin Omzet gedeeld door totale omzet uit de jaarrekening. De Wlz ratio wordt vervolgens toegepast op de totale kosten, dit resulteert in de Wlz kosten.
85	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75ste percentiel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.
86	Bijlage_7_Onderbouwing_richtttariepercentages_Wlz	Deel 2: Bepalen sectorpercentage	Op basis waarvan is de 75% marktaandeel in stap 5 bepaald?	Wij verwijzen u naar de toelichting in Bijlage 7.

#	Document	Paragraaf	Vraag	Antwoord
87	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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.
88	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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.
89	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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.
90	Bijlage_7_ Onderbouwing_ richtttariepercentages_ Wlz	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.