

Overzicht wijzigingen

Voor u ligt de Nota van Inlichtingen bij het Inkoopdocument Wlz 2027-2027

In de Nota van inlichtingen vindt u een overzicht van de correcties en aanvullingen op het inkoopdocument Wlz 2027-2029. De vragen en antwoorden hebben geleid tot enkele aanpassingen in het zorginkoopbeleid en de bijlagen. Een toelichting op deze aanpassingen en op welke paragraaf de aanpassing betrekking heeft leest u hieronder.

[In deze Nota van Inlichtingen staan de antwoorden op de vragen over het inkoopbeleid die voor iedereen van belang zijn](#)

Wij hebben vragen van gelijke strekking gebundeld om het document overzichtelijk en toegankelijk te houden. We hebben de strekking van deze vragen samengevat en één antwoord gegeven op deze gebundelde vragen. De gestelde vragen, van antwoorden voorzien, komen dus niet allemaal letterlijk terug in de Nota van Inlichtingen. U vindt de gebundelde vragen en bijbehorende antwoorden per paragraaf terug in dit document.

[De Nota van Inlichtingen gaat voor op het Inkoopbeleid Wlz 2027-2029](#)

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

Inhoud

Overzicht wijzigingen	1
Bijlage 2 - Landelijk beleidskader 2.6 Laag volume Hoog complex. Aan de opsomming van LVHC doelgroepen wordt Korsakov toegevoegd. 3.2 Toetsingskader MPT voorliggend aan VPT Voetnoot 6 is aangepast, is geen wijziging maar een verduidelijking.	4
Bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027.....	14
Bijlage 3A - Overeenkomst Wlz 2027-2029 & Bijlage 3B – Overeenkomst Wlz 2027	180
Bijlage 4A – Bestuursverklaring Wlz 2027	219
Bijlage 5 - Declaratieprotocol Wlz 2027	223
Bijlage 7 - Onderbouwing vertrektarieven Wlz 2027.....	225
Onze visie op de regio.	309
Inkoopdocument 2027-2029	310

Overzicht wijzigingen bij inkoopbeleid 2027

Titelblad

Versie 1 juli 2026, na Nota van Inlichtingen is aangeduid.

Inkoopdocument 2027-2029

In tabel 3.4 hebben we bij Indienen regionale maatwerkafspraken 'Uiterlijk 31 juli 2026 17:00 u' aangepast naar 'Uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur'.

4.1 Welke sector overstijgende uitdagingen zien wij?

Onder het kopje medisch generalistische zorg hebben we enkele tekstaanpassingen gedaan om de verantwoordelijkheid van de WLz-zorgaanbieder duidelijker te maken.

Onder het kopje Verpleeghuiszorg hebben we het woord opnametoets vervangen voor afwegingskader verpleeghuiszorg. Dit laatste is de gangbare term die ook binnen het HLO gebruikt wordt.

6.2 Budget: hoe stellen we het budget vast?

In de opsomming hebben we de typefout in het woord crisiszorg verbeterd.

6.2 Herschikking: hoe stellen we de productieafpraak vast?

We hebben punt 1. intramurale zorgverzekering aangepast naar (intramurale) zorgverzekering

6.3 Nacalculatie: wat gebeurt er met eventuele onder- en overproductie?

Hier hebben we het woord productieafpraak aangepast naar herschikkingsafpraak.

6.4 Financiële cyclus: wat wachten wij van u?

In de tabel hebben we enkele jaartallen gecorrigeerd.

7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld.

We hebben bij 'U hebt een overeenkomst tot en met 31 december 2025' het jaartal aangepast naar 2026

7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?

Onder het kopje 'bevoegdheid tot het vragen van een toelichting' hebben we bij '31 juli 2025 17.00' het jaartal aangepast naar 2026.

7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?

Bij de tweede bullet is het jaartal 2025 aangepast naar 2026 en 2026 aangepast naar 2027.

Bijlagen

Bijlage 2 - Landelijk beleidskader

2.6 Laag volume Hoog complex.

Aan de opsomming van LVHC doelgroepen wordt Korsakov toegevoegd.

3.2 Toetsingskader MPT voorliggend aan VPT

Voetnoot 6 is aangepast, is geen wijziging maar een verduidelijking.

Bijlage 3a/b - Overeenkomst

Bij 1F zijn de jaartallen bij alle vernoemde inkoopdocumenten (m.u.v. bijlage 1) geschrapt.

In artikel 1: zorglevering lid 3 stond ECV-certificaten. Dit moet zijn EVC-certificaten.

Bijlage 7 - Onderbouwing vertrektarieven Wlz

Er stond bij de jaarrekeningen t-2 maar dat moet t-1 zijn, de tekst is aangepast naar: De jaarverslagen die eind juli jaar t-1 beschikbaar waren in het Intrakoop bestand van zorgaanbieders binnen de Wlz.

Bijlage 1 - Visie op samen werken aan langdurige zorg 2027-2029

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	1. Voorwoord	Algemeen: Alle vragen gesteld door de andere partijen mag u veronderstellen als een vraag gesteld door ons.	Daar gaan wij niet in mee. U kunt alleen een rechtsgeldig beroep doen op onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden, tegenstrijdigheden of bezwaren die door uzelf, als individuele zorgaanbieder, uiterlijk 15 juni 2026 12.00 uur aan de orde zijn gesteld.
2	1. Voorwoord	Het is helaas niet mogelijk om aan te geven dat vragen m.b.t. de landelijke stukken voor meerdere zorgkantoren van toepassing zijn. Wij gaan er dan ook vanuit dat vragen die betrekking hebben op de landelijke stukken voor alle zorgkantoren gelden en dat wij deze vraag niet bij de verschillende zorgkantoren apart dienen te stellen. Graag ontvangen wij hierop een bevestiging.	Ja, dat bevestigen wij. Vragen over landelijke stukken die onderdeel zijn van de Wlz-inkoopdocumenten worden in het proces van de Nota van Inlichtingen beantwoord binnen de inkoopprocedure. U hoeft dezelfde vraag niet afzonderlijk bij meerdere zorgkantoren te stellen wanneer de vraag hetzelfde landelijke stuk betreft.
3	1. Voorwoord	Zelf als het kan en thuis als het kan zal niet alle regio's op de zelfde manier worden opgepakt. Hoe monitoren en stimuleren ZN en de betrokken zorgkantoren dit?	Zorgkantoren en ZN stemmen regionaal beleid - en bijbehorende knelpunten - met elkaar af. De regionale en landelijke regiomonitor V&V wordt gebruikt om de beweging van de zorgvraag te monitoren. Uitkomsten van deze beweging kunnen in verschillende regio's anders uitpakken; de regionale (gewenste) uitkomst vormt de basis voor de samenwerking in die specifieke regio.
4	2.1 Een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio	DEZE VRAAG HEEFT BETREKKING OP DE ZORGKANTOREN ZK, SALLAND, CZ, VGZ EN ZenZ : Hoe wordt voorkomen dat landelijke aanbieders met kleinschalige locaties in regio's worden uitgesloten van deelname aan regiotafels en regionale samenwerking ? Op een aantal regiotafels zijn relatief kleine zorgaanbieders momenteel in de regio niet welkom.	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. Wij kunnen deze daarom niet beantwoorden. Bespreek uw zorgen met de zorgkantoren.

5	2.1 Een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio	Kan het zorgkantoor iets aangeven hoe de regierol van zorgkantoren zich verhoudt tot de autonomie van zorgaanbieders bij keuzes over groei, afbouw en concentratie van zorg en de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieder heeft voor de gezonde bedrijfsvoering en werkgelegenheid in het bedrijf?	De regierol van zorgkantoren richt zich op voldoende, passend en doelmatig zorgaanbod voor cliënten; wij agenderen leemtes in het zorgaanbod en nemen een sturende rol als regionale afspraken onvoldoende tot stand komen. Dat gebeurt in samenwerking met zorgaanbieders en laat onverlet dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk blijven voor hun eigen bedrijfsvoering, strategische keuzes en werkgeverschap. Keuzes over groei, afbouw en concentratie moeten daarom in samenhang worden gezien: vanuit de zorgplicht en de regionale opgave. In de individuele inkoopdialoog is ruimte om deze zaken met uw zorginkoper te bespreken.
6	2.1 Een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio	Met ingang van 1 januari 2026 is de wet Domein overstijgende samenwerking (DOS) in werking getreden. Wanneer maakt het zorgkantoor het DOS-beleid bekend met de voorwaarden voor nieuwe projecten en de continuering van de bestaande projecten?	Het beleid rondom domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hiervoor binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.
7	2.1 Een landelijke visie met ruimte voor maatwerk in de regio	Met ingang van 1 januari 2026 is de wet Domein overstijgende samenwerking (DOS) in werking getreden. Wanneer maakt het zorgkantoor het DOS-beleid bekend met de voorwaarden voor nieuwe projecten en de continuering van de bestaande projecten?	De financiering van Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hiervoor binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.
8	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	"De visie op langdurige zorg stelt dat een passende woonomgeving essentieel is voor kwaliteit van leven en dat zorg zoveel mogelijk wordt georganiseerd in een omgeving die het thuisgevoel benadert, waarbij wonen, welzijn en zorg integraal worden vormgegeven." Huiselijkheid en toekomstbestendig kunnen elkaar bijten. Hoe wordt hiermee omgegaan?	Wij zien huiselijkheid en toekomstbestendigheid niet als tegengestelde doelen, maar als een afweging per cliënt en per situatie. Zorg 'zo thuis mogelijk' is geen doel op zich; de zorgvraag, context en behoeften van de cliënt zijn leidend, en dit gebeurt alleen waar het doelmatig en kwalitatief verantwoord kan. Waar randvoorwaarden nodig zijn, trekken wij samen met zorgaanbieders en netwerkpartners op om die te verkennen en in te vullen.

9	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	3.2.4 Domeinoverstijgende samenwerking is noodzakelijk: Welke concrete rol en verantwoordelijkheid nemen zorgkantoren in het organiseren, financieren en bestuurlijk agenderen van domeinoverstijgende samenwerking, waaronder DOS-preventieve maatregelen, en hoe wordt geborgd dat Wlz-aanbieders niet alleen uitvoeringsverantwoordelijkheid krijgen voor opgaven waarvan de baten deels buiten de Wlz vallen?	Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hiervoor binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.
10	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Focus verplaatst van verbeteren kwaliteit naar behoud. Cliënt moet in acht genomen worden maar soms is wens cliënt niet altijd meer haalbaar. Er moet gekeken worden wat in welke vorm nog mogelijk is. Er wordt dus gezegd, de volledige wens is niet langer altijd haalbaar. Onder welke voorwaarde is niet geheel meer voldoen aan wensen acceptabel (graag voorbeeld) en bevestiging dat de aanname klopt.	Uw aanname klopt deels: de wens van de cliënt blijft leidend in het gesprek, maar die wens is niet altijd volledig realiseerbaar. Afwijken is acceptabel als de wensen zorgvuldig zijn meegewogen, de cliënt met respect wordt behandeld, keuzes in samenspraak met de cliënt of het cliëntsysteem worden gemaakt en de geboden zorg passend, veilig, doeltreffend, doelmatig, tijdig en afgestemd op de reële behoefte is. Een voorbeeld is dat zorg thuis alleen wordt voortgezet zolang dit verantwoord en haalbaar is.
11	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Gezien de toenemende druk op de beschikbare capaciteit in de zorg en het belang van het terugdringen van regeldruk, vragen wij ons af waarom het beperken van administratieve lasten niet als overkoepelend thema is opgenomen. Kunt u toelichten waarom het enkel als thema is opgenomen bij V&V intramurale zorg.	Het beperken van administratieve lasten is niet alleen een thema bij V&V intramurale zorg. In de gezamenlijke visie geldt breder dat gegevensuitwisseling en datagedreven werken zonder verhoging van administratieve lasten essentieel zijn. Daarnaast nemen wij bij informatie-uitvragen het uitgangspunt in acht dat deze niet tot onnodige extra administratieve lasten leiden. Bij V&V intramurale zorg is dit aanvullend als sectorspecifiek optimalisatie- en innovatiethema benoemd, naast de overkoepelende thema's.
12	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Hoe vertaalt het zorgkantoor de beweging "digitaal als het kan" naar concrete eisen of verwachtingen richting zorgaanbieders?	'Als het kan' betekent dat dit voor elke cliënt individueel gewogen moet worden.
13	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Hoe wordt bepaald wanneer een kwaliteitsniveau nog als voldoende wordt beschouwd?	Voldoende kwaliteit wordt bepaald aan de hand van het voldoen aan geldende normen en kaders. Zorg wordt als voldoende beschouwd wanneer deze minimaal voldoet aan professionele standaarden, het toetsingskader van de IGJ en de geldende kwaliteitskaders en -kompassen. Daarmee wordt de ondergrens bewaakt: de zorg is veilig, verantwoord en passend

14	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Hoe wordt omgegaan met cliënten waarbij Wlz, Zvw en/of Wmo samenkomen (domeinoverstijgende samenwerking). Een aantal thuiszorgorganisaties leveren alleen zorg uit de WMO en als client over gaat van de WMO naar de WLZ dan komt client weer op een wachtlijst bij een ZIN WLZ aanbieder voor HH. Hoe zien jullie samenwerkingen over de domeinen heen voor deze groep cliënten.	Bij een Wlz-indicatie wordt zorg die onder de Wlz-aanspraken valt vanuit de Wlz geleverd en betaald; Wmo- of Zvw-financiering loopt daarvoor niet door. Als de huidige Wmo- of Zvw-zorgaanbieder de zorg wil blijven leveren, kan dit alleen indien deze zorgaanbieder Wlz-gecontracteerd is, als onderaannemer werkt of via een pgb levert; anders kan een andere zorgverlener of zorgaanbieder worden ingezet. De dossierhouder of coördinator zorg thuis ziet erop toe dat de continuïteit van zorg bij een domeinovergang wordt geborgd en organiseert waar nodig passende oplossingen, bijvoorbeeld via inzet van onderaanneming.
15	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Hoe wordt samenwerking met gemeenten en welzijn meegewogen in de beoordeling van aanbieders?	Het is niet duidelijk op welke beoordeling u doelt. We kunnen deze vraag daarom niet beantwoorden .
16	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Hoe ziet wordt de grens tussen professionele zorg en informele zorg gezien, en hoe wordt voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken door deze verschuiving?	Wij zien informele zorg als ondersteuning in het dagelijks leven door het netwerk van de klant. Professionele zorg sluit daarop aan en neemt informele ondersteuning niet onnodig over. De grens wordt dus bepaald door wat verantwoord en haalbaar is voor cliënt en netwerk, waarbij professionele zorg wordt toegevoegd waar die nodig is. Overbelasting van mantelzorgers wordt voorkomen doordat zorgaanbieders bij intake en periodiek de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger bespreken, passende ondersteuning afstemmen en toegang tot logeerszorg borgen.
17	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Op basis van welke criteria vindt selectie per gemeente plaats (volume, kwaliteit, samenwerking, identiteit)?	Het is niet duidelijk op welke selectie u doelt. We kunnen deze vraag dan ook niet beantwoorden.
18	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Op pagina 7 schrijft u citaat; "actief samenwerken in...de Nederlandse Burger". Wat verstaat het Zorgkantoor onder actief samenwerken in de regio, tussen regio's over sectoren en over domeinen heen?	Wij bedoelen hiermee dat de zorgkantoren een bredere samenwerkingen in de regio stimuleren, die het Wlz-domein overstijgen.
19	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Wanneer publiceert ZN het beleid voor Domeinoverstijgende Samenwerking, inclusief voorwaarden voor nieuwe DOS-projecten en continuering van bestaande projecten vanaf 2026?	Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hiervoor binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.

20	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Wat is de visie van ZN op de Wet Domeinoverstijgende Samenwerking bij regionale transformatie, en waarom heeft DOS geen expliciete plaats gekregen in het Wlz-inkoopbeleid 2027-2029?	Zorgkantoren zien domeinoverstijgende samenwerking als noodzakelijk voor de beweging naar een toekomstbestendige Wlz: de transformatie raakt ook de Wmo en Zvw en kan niet alleen door zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders worden gerealiseerd. Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hiervoor binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.
21	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Welke impact heeft dit voor kleinere aanbieders / landelijke organisaties / identiteitsgedreven organisaties?	Het is niet duidelijk waar uw vraag precies over gaat. We kunnen deze dan ook niet beantwoorden.
22	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Welke mogelijkheden ziet het zorgkantoor hierin om voor aanbieders kostendekkende zorg in te kopen?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
23	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Welke rol ziet het zorgkantoor voor zich om passende zorg voor jeugdigen (binnen de Wlz) in te kopen waarbij vanuit de Jeugdwet kleinschaligheid een uitgangspunt is en daardoor de bekostiging van zorg vanuit de Jeugdwet en de Wlz vaak ver uiteenlopen?	Als uitgangspunt geldt dat de zorgkantoren zijn gehouden om zorg rechtmatig en binnen de geldende wet- en regelgeving van de Wlz in te kopen en te financieren. We kunnen op uw vraag geen generiek antwoord geven; dit wordt per situatie beoordeeld in het gesprek met de zorgaanbieder.
24	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Welke stappen zetten zorgkantoren in de samenwerking over domeinen heen?	Uw vraag is onvoldoende concreet om te kunnen beantwoorden, aangezien niet duidelijk is op welk onderdeel van de paragraaf deze betrekking heeft.
25	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Wordt de bijdrage van aanbieders die actief zijn in meerdere regio's meegewogen in termen van: a. continuïteit b. flexibiliteit c. en risicospreiding binnen het zorglandschap	Het is niet duidelijk op welke bijdrage u doelt. We kunnen deze vraag dan ook niet beantwoorden.
26	3.2 Aandacht voor kwaliteit, innovatie, verduurzaming en samenwerking	Zorgkantoren geven aan dat kwaliteit verantwoord moet zijn. Op welke manier ondersteunen de geldende Wet- en regelgeving, richtlijnen, de basisnormen, het toetsingskader van de IGJ en de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf de beweging die de GZ moet maken om toekomstbestendig te worden en te kunnen blijven voldoen aan verantwoorde kwaliteit?	In de visie staat dat we zorg inkopen die verantwoord is en kwalitatief voldoende is. We spreken niet van verantwoorde kwaliteit. We kunnen deze vraag daarom niet beantwoorden.

27	4.1 Verpleging & Verzorging - een andere kijk op de ouderenzorg	Hoe wordt bepaald wanneer intramuraal nog passend is?	Wanneer zorg thuis niet passend is of niet verantwoord of doelmatig kan worden georganiseerd, kan zorg met verblijf of, afhankelijk van de situatie, een geclusterde woonvorm passend zijn. Per cliënt wordt zorgvuldig afgewogen welke leveringsvorm het best past. Daarbij staan de zorgvraag, persoonlijke situatie, context, de mogelijkheden van het netwerk en het beschikbare aanbod centraal. Eerst wordt bezien of zorg thuis via MPT of VPT passend is. Voor V&V geldt aanvullend dat opname bedoeld is voor de meest kwetsbare cliënten met een intensieve of complexe zorgbehoefte voor wie zorg thuis niet meer passend is en geldt daarnaast dat het mpt in principe voorliggend is op het vpt.
28	4.1 Verpleging & Verzorging - een andere kijk op de ouderenzorg	Kan worden bevestigd dat geclusterde VPT-woonzorglocaties worden beschouwd als passende woonomgeving binnen de beweging "thuis, tenzij"?	Ja, geclusterde VPT-woonzorglocaties kunnen worden beschouwd als een passende woonomgeving binnen de beweging "thuis, tenzij". Binnen deze beweging wordt zorg zoveel mogelijk in de thuissituatie georganiseerd, en hieronder vallen ook geclusterde woonvormen waar zorg nabij en georganiseerd beschikbaar is, mits dit verantwoord en doelmatig is. Daarbij geldt dat deze vormen een alternatief kunnen bieden voor intramurale zorg en bijdragen aan het zo thuis mogelijk organiseren van zorg. Wel wordt bij het ontwikkelen van geclusterde VPT-locaties getoetst of deze aansluiten bij de regionale zorgvraag en daadwerkelijk meerwaarde bieden ten opzichte van MPT op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.
29	4.1 Verpleging & Verzorging - een andere kijk op de ouderenzorg	Worden de V&V-locaties van zorgaanbieder binnen de regionale capaciteitsplanning en vastgoedontwikkeling beschouwd als onderdeel van de V&V-sector of van de GZ-sector?	Deze vraag heeft betrekking op een individuele situatie en leent zich daarom niet voor beantwoording via de Nota van Inlichtingen.
30	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	De visie beweging wordt beschreven naar passende zorg. Hoe vertalen zorgkantoren deze beweging naar de beoordeling van passende leveringsvormen in de GZ, zoals MPT, VPT en verblijf, en welke criteria worden daarbij gehanteerd om te bepalen wanneer een lichtere leveringsvorm passend is en wanneer verblijf of een meer beschermde woonvorm noodzakelijk blijft?	Het antwoord op deze vraag leest u in het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.

31	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Een actueel beeld van het aantal wachtenden vormt een basis om inzicht te krijgen in benodigd zorgaanbod. Hiervoor worden komende jaren verschillende acties ondernomen. Welke acties worden hiervoor geïnitieerd door zorgkantoren/zorgverzekeraars?	Zorgkantoren zetten in op het verbeteren van inzicht in vraag en aanbod, onder meer door het gebruik van regiobeelden, analyses en samenwerking met zorgaanbieders. Hierbij wordt ook gekeken naar complexe zorg, rol dossierhouder en verbeteren wachtlijstregistratie. Het door VGU ontwikkelde dashboard voor complexe zorg, wordt met hulp van de aanbieders naar meerdere regio's uitgerold om hiermee ervaring op te doen en beter inzicht te krijgen voor wachtenden voor complexe zorg.
32	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	GGZ wonen leveren via integrale woonzorg. Begrijpen wij goed dat de optie voor modulair inkoop geen optie meer is?	Wij begrijpen uw vraag niet volledig. U kunt MPT blijven inzetten om zorg te leveren aan uw cliënten.
33	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Hoe draagt het zorgkantoor eraan bij dat de wettelijke en juridische randvoorwaarden passend zijn voor gecombineerde zorg GZ / GGZ?	Zorgkantoren dragen hieraan bij door te werken aan landelijke randvoorwaarden en door in de regio samenwerking tussen GZ en GGZ actief te stimuleren en te versterken. Wij verwachten dat zorgaanbieders deze samenwerking actief opzoeken en benutten. Wettelijke of juridische randvoorwaarden die buiten onze bevoegdheid liggen, signaleren wij landelijk bij onder meer VWS en de NZa. Wij nemen ook actief deel aan landelijke overleggen hierover.
34	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Hoe voorkomen we dat financiële grenzen leidend worden boven wat inhoudelijk passende zorg is voor de cliënt?	Zorg moet altijd worden afgestemd op de reële zorgbehoefte van de cliënt, waarbij kwaliteit, tijdigheid en veiligheid centraal staan. Tegelijk worden betaalbaarheid en toegankelijkheid meegewogen om zorg ook voor andere en toekomstige cliënten beschikbaar te houden. Deze belangen worden altijd in samenhang afgewogen.
35	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Hoe wordt de samenwerking met de GGZ vormgegeven? Worden hiervoor bijvoorbeeld overlegstructuren ingericht? En wie neemt hierin het initiatief?	Voor samenwerking met de GGZ vragen wij aanbieders dit actief op te zoeken en zetten wij ons ook actief in om kansen te benutten en de samenwerking te versterken. Of hiervoor een overlegstructuur nodig is, is afhankelijk per regio en/of situatie. Wie hierin het initiatief neemt is ook niet op voorhand vastgelegd, zorgaanbieders en zorgkantoren hebben hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daar waar het gaat om afstemming op cliëntniveau ligt initiatief vanuit de zorgaanbieder voor de hand.

36	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Inzicht in complexe zorg en het plaatsen is gericht op het afstemmen van beleid en is nodig voor optimalisatie van zorgaanbod. Om deze beweging te ondersteunen worden dashboards ontwikkelt, vergelijkbaar met een dashboard vanuit de VGU. In hoeverre trekken zorgkantoren hier gezamenlijk in op om een eenduidig dashboard te gaan hanteren?	Zorgkantoren werken gezamenlijk aan het verbeteren van inzicht in vraag en aanbod van complexe zorg. Wij stimuleren de brede implementatie van het VGU-dashboard, zodat regionaal beschikbare data uniform wordt benut. Dit draagt bij aan een landelijk vergelijkbaar en beter onderbouwd beeld van vraag en aanbod. Het is van belang dat ook bij de zorgaanbieders voldoende draagvlak is om deze werkwijze te implementeren.
37	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Passend aanbod kunnen we bovenregionaal of landelijk organiseren en inkopen. Dit doen we door expertise te bundelen en zo de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. Hoe worden aanbieders hiervoor geselecteerd?	Aanbieders worden geselecteerd op basis van de benodigde expertise, aantoonbare kwaliteit en de mate waarin zij in staat zijn om het gevraagde aanbod doelmatig en passend te organiseren, al dan niet in samenwerking met andere partijen. De selectie vindt plaats binnen de kaders van het inkoopbeleid en de contractering, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke zorgvraag en de regionale en bovenregionale context.
38	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Passend aanbod voor complexe zorg moet zo nodig bovenregionaal of landelijk worden georganiseerd en ingekocht. Wat valt onder complexe zorg en wanneer valt het onder niet dekkendheid, want hoe worden in de praktijk bijkomende kosten en uitvoeringsrisico's zoals vervoer, reistijd, coördinatie, behandeling, beschikbaarheid en bovenregionale afstemming betrokken bij contractering en bekostiging?	Onder complexe zorg verstaan wij onder meer situaties waarin zorginhoud, organisatie en beschikbaarheid extra inzet vragen, soms bovenregionaal of landelijk. Het antwoord op uw vragen is niet te geven omdat dit verschilt per regio, per type zorgaanbod en per casus. We verwijzen u dan ook naar het regionale zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
39	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Ten aanzien van het Passend aanbod kwetsbare groepen vraagt expertise vanuit meerdere gebieden. Op welke wijze ondersteunen zorgkantoren deze domeinoverstijgende samenwerkingen door vanuit financiers hierin ook domeinoverstijgend financiële middelen beschikbaar te stellen?	Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren hier binnenkort afzonderlijk beleid over. Vragen over voorwaarden, aanvraagproces, continuering of financiering van DOS-projecten worden binnen dat beleid beantwoord.
40	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Voorgaande jaren waren er de 5 kanslijnen uit Zorgakkoord waar zorgaanbieders aan werkten. In de nieuwe inkoopdocumenten lezen wij hier niets over. Wat verwachten de zorgkantoren t.a.v. deze 5 kanslijnen?	Het landelijk akkoord tussen VGN en ZN is eind 2025 afgelopen. De kanslijnen uit dit akkoord blijven relevant om de gehandicaptenzorg te vernieuwen en te transformeren. Zorgkantoren bespreken de ontwikkelingen en behaalde resultaten rond deze kanslijnen met de zorgaanbieders.

41	4.2 Gehandicaptenzorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Welke indicatoren worden gebruikt om de "doelmatige inzet van middelen" binnen de gehandicaptenzorg te meten? Welke keuzes verwacht het zorgkantoor dat aanbieders gaan maken bij beperkte capaciteit? In het zorginkoopdocument staat dat het zorgkantoor sectoroverstijgende initiatieven wilt stimuleren. Hoe ziet de stimulatie vanuit de zorgkantoren eruit met betrekking tot de sectoren gehandicaptenzorg.	We verwijzen voor het antwoord op deze vraag naar het regionale zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor.
42	4.3 Geestelijke Gezondheidszorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	"Voor cliënten met een lager zorgprofiel kan professionele zorg naar verwachting vaker in een thuissituatie worden geleverd dan voor cliënten met een hoger zorgprofiel." > wat is het toekomstbeeld? Cliënten hebben wettelijk recht op verblijf. Wat verstaat u onder lager zorgprofiel? "	Het toekomstbeeld is: thuis als het kan, met verblijf beschikbaar voor cliënten met een zeer intensieve of complexe zorgvraag. Dit doet niet af aan het huidige wettelijke recht op verblijf; de passende leveringsvorm wordt beoordeeld op verantwoordheid en doelmatigheid. Met een lager zorgprofiel doelen wij op de lagere indicaties.
43	4.3 Geestelijke Gezondheidszorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	(lijkt 4.1 te zijn ipv 4.3) In de visie wordt gesteld dat aanbieders, in het kader van een noodzakelijke organisatorische transformatie, eerst dienen te onderzoeken of extramurale zorg mogelijk is, voordat intramurale zorg wordt overwogen. Kunt u toelichten hoe deze volgorde zich verhoudt tot het uitgangspunt dat de individuele en contextafhankelijke zorgbehoefte van de cliënt leidend is?	Deze volgorde betekent dat wij eerst laten onderzoeken of zorg thuis of in een zo thuis mogelijke setting passend, doelmatig en kwalitatief verantwoord kan worden georganiseerd. Dat staat niet haaks op de individuele zorgbehoefte: juist de individuele mogelijkheden, context, het steunsysteem, de woonsituatie en de zorgvraag bepalen of extramurale zorg meerwaarde heeft. Als dat niet passend of verantwoord is, blijft intramurale zorg beschikbaar voor cliënten die dit nodig hebben.
44	4.3 Geestelijke Gezondheidszorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Het beleid zet in op extramuralisering, maar erkent afhankelijkheid van gemeenten voor huisvesting . Hoe gaat het zorgkantoor concreet regie voeren op afspraken met gemeenten en corporaties om te borgen dat Wlz-cliënten niet achtergesteld worden bij Wmo-cliënten, gezien de schaarste op de woningmarkt en de huidige prioriteitstelling door gemeenten?	Zorgkantoren gaan daar waar nodig in de regio samen met zorgaanbieders, gemeente en woningcorporaties het gesprek aan om te zorgen dat voldoende geschikte zorgwoningen onder de aandacht blijven. Mocht u actief hulp nodig hebben dan adviseren wij u contact op te nemen met uw zorgkantoor.
45	4.3 Geestelijke Gezondheidszorg - verandering is nodig om passende zorg te behouden	Wie is primair verantwoordelijk voor het realiseren van randvoorwaarden zoals passende huisvesting, sociale ondersteuning en veiligheid bij extramuralisering, en hoe is deze verantwoordelijkheid belegd wanneer deze buiten de directe invloed van de zorgaanbieder ligt?	De randvoorwaarden voor extramuralisering zijn niet uitsluitend bij 1 primaire verantwoordelijke belegd. Mede hierdoor is de samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoor van groot belang om de benodigde randvoorwaarden in samenhang te organiseren en behouden.

Bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	1. Inleiding	Bezwaar: Het Zorginkoopbeleid beschrijft verschillende beleidsinstrumenten afzonderlijk (zoals clustering, sturing op MPT/VPT en capaciteits- en volumesturing), maar laat na inzichtelijk te maken wat deze maatregelen gezamenlijk betekenen voor de financiële positie en kostendekkendheid van het tarief.	Wij begrijpen dat de samenhang tussen clustering, sturing op leveringsvormen en volumesturing vragen oproept. Deze instrumenten worden in onderlinge samenhang toegepast om passend aanbod, toegankelijkheid en doelmatigheid te borgen. Keuzes worden daarbij gebaseerd op regionale opgaven, zorgvraag en capaciteit en gelden in uitgangspunt voor alle aanbieders.
2	1. Inleiding	Het inkoopbeleid 2027-2029 heeft een looptijd van drie jaar. Het is niet mogelijk om in één vragenronde alle gevolgen te overzien. Antwoorden in de Nota van Inlichtingen kunnen aanleiding geven tot aanvullende vragen. Bent u bereid na publicatie van de Nota van Inlichtingen een tweede vragenronde open te stellen? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij stellen geen tweede vragenronde open. U kon vanaf 1 juni 2026 tot uiterlijk 15 juni 2026 12.00 uur vragen stellen; na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over het inkoopbeleid en bijbehorende documenten.
3	1. Inleiding	Het landelijk inkoopbeleid kan worden aangepast als er nieuwe ontwikkelingen of aanvullende voorwaarden zijn. In dat geval wordt de branche vooraf geïnformeerd. Wanneer wordt de branche geïnformeerd en krijgt zij de mogelijkheid om op de wijziging te reageren vóórdat de zorgkantoren deze wijziging doorvoeren?	Er is geen vaste termijn of reactieronde vastgelegd vóórdat zorgkantoren een wijziging doorvoeren. Als dat nodig is, informeren zorgkantoren de relevante branches vooraf.
4	1. Inleiding	Hoe hebben zorgkantoren onderzocht/vastgesteld dat de in het beleidskader opgenomen verwachtingen, ontwikkelopgaven gedurende de periode 2027-2029 voor aanbieders uitvoerbaar en financieel haalbaar zijn binnen de voorgestelde tariefsystematiek alsook Wlz macro-kader? Kan inzicht gegeven worden in deze analyses, aannames en financiële onderbouwingen?	Uw vraag heeft geen betrekking op de inhoud van het beleidskader. Daarom beantwoorden wij uw vraag niet.

5	1. Inleiding	In hoeverre streven zorgkantoren naar harmonisatie in KPI's en contractvoorwaarden tussen regio's?	Zorgkantoren streven naar harmonisatie op hoofdlijnen, zoals beleidskaders en basiscontractafspraken. Tegelijk behouden zij ruimte voor een regionaal inkoopbeleid. De regionale opgave en de invulling van afspraken kan per regio verschillen en regionale afspraken worden met ketenpartners in de regio gemaakt. KPI's en contractvoorwaarden worden deels uniform bepaald en deel regionaal ingevuld, afgestemd op regionale opgave, zorgvraag en samenwerking.
6	1. Inleiding	Kunt u toelichten welke hulpmiddelen, standaarden of formats door het zorgkantoor worden aangeboden om registratie, verantwoording en declaratie te uniformeren en administratieve lasten te beperken?	Deze vraag ligt buiten de reikwijdte van het beleidskader. Daarom beantwoorden we deze vraag niet.
7	1. Inleiding	Kunt u verduidelijken welke juridische status het beleidskader heeft ten opzichte van de overeenkomst en in hoeverre zorgaanbieders hier rechtstreeks aan gebonden zijn?	Het Landelijk beleidskader Wlz is als bijlage bij het regionale inkoopbeleid expliciet onderdeel van de overeenkomst. Zorgaanbieders zijn daaraan rechtstreeks contractueel gebonden voor zover zij de overeenkomst met ons sluiten; de contractuele relatie wordt beheerst door de wet- en regelgeving en de afspraken en regels in de overeenkomst, inclusief de bijlagen.
8	1. Inleiding	Op welke wijze worden wijzigingen in het beleidskader tijdens de looptijd van de overeenkomst contractueel verwerkt en vanaf welk moment zijn deze bindend voor zorgaanbieders?	Wijzigingen in het beleidskader worden contractueel verwerkt doordat het beleidskader en (toekomstige) aanvullingen, waaronder Nota's van Inlichtingen, integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst. Gedurende de looptijd is steeds de meest actuele versie van deze documenten van toepassing. Nieuwe wet- en regelgeving wordt automatisch onderdeel van de overeenkomst. Wijzigingen zijn bindend voor zorgaanbieders vanaf het moment van inwerkingtreding van de betreffende wijziging, dan wel – in het geval van beleids- en documentwijzigingen – vanaf het moment waarop de geactualiseerde versie wordt vastgesteld en gepubliceerd.

9	1. Inleiding	Op welke wijze worden wijzigingen in het landelijk beleidskader gedurende de contractperiode vertaald naar de individuele overeenkomst met zorgaanbieders?	Wijzigingen in het beleidskader worden contractueel verwerkt doordat het beleidskader en (toekomstige) aanvullingen, waaronder Nota's van Inlichtingen, integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst. Gedurende de looptijd is steeds de meest actuele versie van deze documenten van toepassing. Nieuwe wet- en regelgeving wordt automatisch onderdeel van de overeenkomst. Wijzigingen zijn bindend voor zorgaanbieders vanaf het moment van inwerkingtreding van de betreffende wijziging, dan wel – in het geval van beleids- en documentwijzigingen – vanaf het moment waarop de geactualiseerde versie wordt vastgesteld en gepubliceerd.
10	1. Inleiding	Opm. over geheel bijlage 2: Als zorgaanbieder sluiten wij ons aan bij alle overige geuite bezwaren en verzoeken tot aanpassingen die andere aanbieders indienen. Dit is inclusief onze eigen gestelde vragen die wij zien als bezwaren indien dit noodzakelijk blijkt uit de verdere toelichting/wijzigingen/weigering tot wijzigingen die in de Nota van Inlichtingen wordt aangegeven op de gestelde vragen.	Wij nemen uw opmerking voor algemene kennisgeving aan. Wij wijzen u hierbij op de verplichting om als individuele aanbieder onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden, of tegenstrijdigheden tijdig zelf aan de orde te stellen evenals de vervalttermijnen voor kort geding.
11	1. Inleiding	Wij hebben bezwaar tegen de cumulatieve werking van clustering, sturing op leveringsvormen en volumebeperkingen, die feitelijk leidt tot afwaardering van o.a. VPT zonder expliciete motivering. De samenhangende financiële effecten zijn niet inzichtelijk gemaakt, wat strijdig is met het transparantie-, zorgvuldigheids- en evenredigheidsbeginsel.	Wij begrijpen dat de samenhang tussen clustering, sturing op leveringsvormen en volumesturing vragen oproept. Deze instrumenten worden in onderlinge samenhang toegepast om passend aanbod, toegankelijkheid en doelmatigheid te borgen. Keuzes worden daarbij gebaseerd op regionale opgaven, zorgvraag en capaciteit en gelden in uitgangspunt voor alle aanbieders.
12	1. Inleiding	Wij hebben bezwaar tegen de gelijktijdige sturing op afbouw intramurale capaciteit, omzetting en beperking van uitbreiding, waardoor feitelijk een tariefverlaging ontstaat zonder expliciete grondslag. De financiële gevolgen (lagere opbrengsten, hogere druk op vaste lasten) zijn niet afzonderlijk gemotiveerd en strijdig met het evenredigheids- en rechtszekerheidsbeginsel.	Wij begrijpen de zorg dat de samenloop van maatregelen financiële effecten kan hebben. Deze instrumenten worden echter in samenhang ingezet om een passend, toegankelijk en doelmatig zorgaanbod te realiseren binnen de beschikbare kaders en de regionale opgave. Daarbij wordt per regio en situatie een afweging gemaakt, gericht op continuïteit van zorg en inzet waar deze het meest noodzakelijk is.

13	1. Inleiding	Wij hebben bezwaar tegen verschillen in sturing door zorgkantoren op leveringsvormen, capaciteit en volume, waardoor vergelijkbare aanbieders met gelijke kostenstructuur uiteenlopende vergoedingen en ontwikkelruimte ervaren. Dit leidt tot een ongelijk speelveld en is strijdig met het gelijkheids- en rechtszekerheidsbeginsel.	Deze vraag heeft geen betrekking op het beleidskader. Daarom beantwoorden wij deze vraag niet.
14	1. Inleiding	Zorgkantoren hanteren landelijk beleid uniform wat is dan voorliggend bij een discrepantie tussen regionaal en landelijk?	Bij een tegenstrijdigheid gaat het regionale inkoopbeleid van het zorgkantoor voor op de landelijke inkoopdocumenten.
15	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Beschouwt het zorgkantoor zichzelf als partij die aantoonbaar commitment toont aan het MGZ-convenant en actief bijdraagt aan regionale implementatie? Zo nee, op welke grond en welke verantwoordelijkheid neemt het zorgkantoor dan wel?	Het convenant MGZ is tot stand gekomen door betrokken partijen, waaronder zorgkantoren, brancheorganisaties van zorgaanbieders en beroepsverenigingen. Deze partijen hebben zich gezamenlijk gecommitteerd aan de doelen en implementatie van het convenant. Zorgkantoren sluiten zich in het beleidskader bij deze afspraken aan en werken in de periode 2027-2029 toe naar verdere implementatie van MGZ. De rol van het zorgkantoor ligt in het faciliteren van regionale samenwerking, het vertalen van afspraken naar het inkoopbeleid en het bijdragen aan signalering en escalatie bij knelpunten. Zorgkantoren zijn daarnaast betrokken bij het landelijke overleg van convenantspartijen, waar knelpunten worden besproken die regionaal niet opgelost kunnen worden. De uitvoering van de afspraken ligt bij zorgaanbieders en andere betrokken partijen, die gezamenlijk invulling geven aan de regionale organisatie en borging van MGZ.
16	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Betekent de voorwaarde dat elke zorgaanbieder MGZ conform het convenant voor haar cliënten organiseert dat iedere aanbieder zelf contractuele afspraken met huisarts/HAP en SO moet hebben, of kan dit ook via regionale afspraken?	Het beleidskader gaat uit van regionale implementatie van het convenant MGZ, waarbij betrokken partijen afspraken maken over samenwerking, taakverdeling en beschikbaarheid van zorg. Hierbij is niet voorgeschreven op welke wijze deze afspraken contractueel worden vormgegeven. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders, samen met andere partijen, invulling geven aan de benodigde samenwerking en dat hierover regionale afspraken worden gemaakt. Dit betekent dat de organisatie van MGZ kan plaatsvinden via regionale samenwerkingsafspraken en niet per definitie via afzonderlijke contractuele afspraken tussen individuele partijen.

17	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	De verantwoordelijkheid voor het organiseren van MGZ wordt bij de zorgaanbieder gelegd. In regio's met een cliëntenstop bij HA is een HA niet beschikbaar, maar opname incl BH is ook beperkt. Hoe ziet het zorgkantoor de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders in dergelijke situaties waarin de randvoorwaarden (zoals beschikbaarheid HA) niet aanwezig zijn?	Het uitgangspunt is dat Wlz-zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het organiseren van MGZ voor hun cliënten. Dit volgt uit de overeenkomst, waarin is vastgelegd dat de zorgaanbieder zorg draagt voor een adequate organisatie van MGZ in samenwerking met huisartsen en SO. Het beleidskader erkent dat beschikbaarheid van MGZ niet volledig binnen de invloedsfeer van de zorgaanbieder ligt. Bij knelpunten verwacht het zorgkantoor dat deze tijdig worden gemeld, waarna regionale afstemming en zo nodig escalatie volgt.
18	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Een aanvraag m.b.t. een zzp incl. behandeling wordt beoordeeld a.d.h.v. regionaal beleid/beschikbare contracteerruimte. Kan worden aangegeven onder welke voorwaarden een verzoek tot uitbreiding naar een zzp incl behandeling wordt toegekend? Als financiële argumenten/contracteerruimte mede bepalend zijn voor de voor de beoordeling, de vraag hoe zich dit verhoudt dat benodigde zorg leidend moet zijn?	Behandeling is onderdeel van het totaalpakket aan Wlz-zorg. Uitgangspunt is dat cliënten de behandeling ontvangen die gelet op hun zorgbehoefte noodzakelijk is. De wijze van inkopen en bekostigen kan verschillen, zonder dat dit betekent dat cliënten de benodigde behandeling niet kunnen ontvangen. Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders inkoopafspraken over de inzet van behandeling, integraal als onderdeel van verblijf of modulair, op basis van het regionale inkoopbeleid. Daarbij zijn de beleidsregels van de NZa en een doelmatige inzet van behandeling het uitgangspunt. De NZa-beleidsregels bieden daarmee verschillende mogelijkheden voor bekostiging. Een verzoek tot uitbreiding naar een zzp inclusief behandeling wordt beoordeeld binnen deze kaders en conform het regionale beleid.
19	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Elke zorgaanbieder organiseert de MGZ conform het convenant en zet SO/AVG-capaciteit regionaal in volgens gemaakte afspraken. Wij menen dat dit alleen uitvoerbaar is als regionale samenwerkingspartners hierover overeenstemming bereiken. Als die overeenstemming uitblijft, roept het zorgkantoor dan een regiotafel bijeen om tot een oplossing te komen? Wat is in dat geval de rol van het zorgkantoor?	Het beleidskader gaat uit van regionale samenwerkingsafspraken om de beschikbaarheid van MGZ te borgen. Wanneer het regionaal niet lukt om tot afspraken te komen, verwacht het zorgkantoor dat dit tijdig wordt gemeld. Het zorgkantoor heeft in dat geval een rol in het bevorderen van regionale afstemming en kan, indien nodig, partijen bijeenbrengen en escaleren om tot passende afspraken te komen.

20	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Er wordt uitgegaan van uitgangspunten/verwachtingen t.a.v. behandeling en de organisatie van zorg terwijl de landelijke opnametoets behandeling ten tijde van de publicatie van dit beleid nog niet definitief is vastgesteld. Kan het zorgkantoor toelichten op welke wijze rekening is gehouden met de mogelijke uitkomsten van de opnametoets behandeling bij de totstandkoming van het beleidskader 2027-2029	Wij herkennen de genoemde opnametoets behandeling niet. In het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg wordt gesproken over een opnametoets verblijf. Daarnaast wordt daarin het streven uitgesproken om op termijn het onderscheid tussen verpleeghuisplekken met en zonder behandeling te laten vervallen. Wanneer en op welke wijze dit wordt uitgewerkt, en wat dit betekent voor inhoud en omvang van behandeling, is nog niet vastgesteld. Het beleidskader sluit daarom aan bij de huidige wet- en regelgeving en bekostiging. Zolang nadere uitwerking ontbreekt, wordt uitgegaan van de bestaande systematiek. Daarbij geldt dat het beleid zo nodig wordt aangepast als wet- en regelgeving wijzigt.
21	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Er wordt verwezen naar het MGZ convenant. Hierin staat hoe de coördinatie MGZ georganiseerd moet worden per zorgvorm. Soms zullen dus SO's ingezet moeten worden terwijl WLZ cliënten geen behandeling (en zorgaanbieders alleen via MPT iets ontvangen). Het mag ook niet uit de GZSP gefinancierd worden. Hoe moet de structurele inzet van SO's dan gefinancierd worden bij VPT en MPT?	De NZa-beleidsregels bieden de mogelijkheid om bij alle leveringsvormen de inzet van Wlz-specifieke behandeling, waaronder de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG, te bekostigen vanuit de Wlz. Wanneer er geen sprake is van integrale behandeling (zoals bij pgb, MPT, VPT en verblijf exclusief behandeling) kan benodigde Wlz-specifieke behandeling wel worden ingezet en wordt deze modulair bekostigd.
22	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Het inkoopbeleid koppelt honorering van zorgverzoeken aan contracteerruimte. Hoe borgen zorgkantoren dat hun zorgplicht wordt nagekomen en dat cliënten tijdig passende zorg ontvangen, ook wanneer (dreigende) budgettekorten optreden en voordat de drempel voor de NZa-knelpuntenprocedure is bereikt?	Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om voldoende passende Wlz-zorg in te kopen en bewaakt daarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Op basis van monitoring en signalen uit de regio worden (dreigende) knelpunten tijdigesignaleerd, vindt afstemming plaats met zorgaanbieders en worden afspraken zo nodig bijgesteld. Indien knelpunten daartoe aanleiding geven, worden deze ook landelijk geagendeerd en, waar van toepassing, betrokken bij de daarvoor geldende kaders, waaronder de NZa-knelpuntenprocedure.

23	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Het inkoopbeleid maakt honorering van aanpassing naar een ZZP inclusief behandeling afhankelijk van contracteerruimte. Hoe verhoudt dit voorbehoud zich tot de zorgplicht van het zorgkantoor en hoe wordt geborgd dat cliënten met een structurele behandelbehoefte tijdig passende Wlz-zorg ontvangen?	Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om voldoende passende Wlz-zorg in te kopen en bewaakt daarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De contracteerruimte vormt daarbij een kader voor de inkoopafspraken, maar laat onverlet dat het zorgkantoor verantwoordelijk blijft voor de continuïteit van noodzakelijke zorg. Op basis van monitoring en signalen worden knelpunten tijdig gesignaleerd, vindt afstemming plaats en worden afspraken zo nodig bijgesteld.
24	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Het is een nobel streven om MGZ regionaal te organiseren, maar regionale inzet van VG-artsen is niet vanzelfsprekend. Aanbieders met hogere capaciteit VG artsen hebben vaak een complexe doelgroep in huis met meer afhankelijkheid van behandeling en betrokkenheid van VG,-arts waardoor inzet voor minder complexe regionale zorg extra druk geeft. Wat verwacht het zorgkantoor hierin van zorgaanbieders?	Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij het convenant MGZ benutten om regionaal afspraken te maken over samenwerking, taakverdeling en inzet van capaciteit, waarbij de best geëquiperde arts wordt ingezet. Wij realiseren ons dat zorgaanbieders hierbij afhankelijk zijn van samenwerking met andere partijen. Indien dit knelt, verwachten wij dat dit tijdig regionaal wordt geadresseerd en gemeld.
25	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Het zorgkantoor gaat nu uit van verblijf met, verblijf zonder behandeling en MPT met als doel gelijkheid van inzet van behandeling voor alle cliënten ongeacht verblijfsplaats. Echter de prestatiebeschrijving MPT gaat uit van directe uren, terwijl behandeling ook indirecte inzet vraagt. Hierdoor is er per definitief sprake van ongelijkheid. Hoe gaat het het zorgkantoor hiermee om irt de verwerking in prestatieb MPT?	In de NZa-tarieven voor de mpt-prestaties voor behandeling is rekening gehouden met indirecte tijd. Alleen directe tijd is declarabel, maar in dat uurtarief zit een opslag voor indirecte tijd. Voor meer informatie hierover verwijzen we u naar de NZa.
26	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Het zorgkantoor maakt vervolgens met zorgaanbieders de inkoopafspraken met betrekking tot de behandeling. Dit moet wel passen binnen de contracteerruimte. Dit staat haaks op het HLO. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	Behandeling is onderdeel van het totaalpakket aan Wlz-zorg. Uitgangspunt is dat cliënten de behandeling ontvangen die gelet op hun zorgbehoefte noodzakelijk is. De wijze van inkopen en bekostigen kan verschillen, zonder dat dit betekent dat cliënten de benodigde behandeling niet kunnen ontvangen. Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders inkoopafspraken over de inzet van behandeling, integraal of modulair, binnen de kaders van de NZa-beleidsregels en gericht op een doelmatige inzet van behandeling. Dit staat volgens ons niet haaks op het HLO. Het HLO beschrijft de beweging en uitgangspunten voor passende zorg en beschikbaarheid van behandeling. De wijze waarop deze zorg wordt ingekocht en bekostigd, vindt plaats binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving en contracteerruimte.

27	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe borgen zorgkantoren en zorgverzekeraars uniform de samenwerking tussen Wlz en Zvw bij de taakverdeling HA/SO/AVG als randvoorwaarde voor extramuralisering, mede gezien de Zvw-bekostiging van huisartsenzorg?	Zorgkantoren en zorgverzekeraars stemmen hierover landelijk op hoofdlijnen af en hanteren daarbij dezelfde uitgangspunten voor de organisatie van MGZ. De nadere invulling vraagt regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars, waarbij ook bredere doelgroepen worden meegenomen. Wij verwachten dat zorgaanbieders eventuele knelpunten, bijvoorbeeld wanneer zij tegenstrijdige prikkels of signalen ervaren tussen Wlz en Zvw, tijdig bij ons melden. Op basis daarvan stemmen wij waar nodig af met zorgverzekeraars en andere betrokken partijen, zowel regionaal als landelijk.
28	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe kan het zorgkantoor ondersteunen in de situatie dat bewoners van kleinschalige zorglocaties worden geweigerd door de huisarts in de regio ?	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij, in samenwerking met regionale partners, zorgen voor de beschikbaarheid van MGZ voor hun cliënten en daarover afspraken maken met onder andere huisartsen en andere betrokken partijen. Indien dit in de praktijk niet tot stand komt, bijvoorbeeld bij huisartsweigering ondanks aantoonbare inspanningen, verwachten wij dat u dit tijdig en actief bij ons meldt. Knelpunten worden in de regio besproken en waar nodig opgepakt met betrokken partijen, waaronder zorgkantoor en zorgverzekeraar. Als regionale oplossingen onvoldoende zijn, kan het zorgkantoor dit landelijk escaleren.
29	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe verenigt het zorgkantoor het recht van cliënten op noodzakelijke Wlz-behandeling met begrenzing door contracteerruimte, en op welke juridische en inhoudelijke grond kan noodzakelijke behandeling niet worden ingekocht?	Behandeling is onderdeel van het totaalpakket aan Wlz-zorg. Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders inkoopafspraken over de behandeling, integraal als onderdeel van het verblijf of los middels de MPT-prestatie(s), waarbij de beleidsregels van de NZa en een doelmatige inzet van behandeling het uitgangspunt zijn. De NZa-beleidsregels bieden verschillende mogelijkheden voor de bekostiging van behandeling. Deze keuzeruimte vormt de grondslag voor het zorgkantoor om behandeling integraal of modulair in te kopen. Ongeacht de gekozen wijze van bekostiging blijft de aanspraak op de voor de cliënt benodigde behandeling onverminderd van kracht, wat betekent dat cliënten de behandeling kunnen ontvangen die gelet op hun zorgbehoefte noodzakelijk is.

30	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe verhouden de verwachtingen rond het organiseren van MGZ en het bieden van passende zorg voor cliënten zich tot de beperkte beschikbare behandelcapaciteit, en hoe wordt in die situatie omgegaan met keuzes in inzet van capaciteit?	De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het organiseren van MGZ en het bieden van passende zorg aan cliënten. Tegelijkertijd erkent het beleidskader dat de beschikbare behandelcapaciteit beperkt kan zijn. In die situatie wordt de inzet van capaciteit doelmatig georganiseerd en vindt afstemming plaats in de regio. Zorgaanbieders melden knelpunten tijdig bij het zorgkantoor, waarna gezamenlijke oplossingen worden gezocht met betrokken partijen.
31	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe waarborgt het zorgkantoor dat cliënten met een structurele behandelbehoefte passende zorg ontvangen, als honorering van een ZZP inclusief behandeling afhankelijk wordt gesteld van regionale keuzes en beschikbare contracteerruimte?	Uitgangspunt is dat cliënten de behandeling ontvangen die zij nodig hebben. De gekozen leveringsvorm of bekostigingswijze bepaalt alleen hoe de behandeling wordt vergoed, niet óf deze wordt geleverd. Ook wanneer verblijf exclusief behandeling is gecontracteerd, blijft noodzakelijke behandeling beschikbaar via modulaire inzet of vanuit de Zvw, afhankelijk van de aard van de behandeling. De keuze voor een leveringsvorm, waaronder verblijf met of zonder behandeling, is daarmee niet één-op-één gekoppeld aan de (structurele) behandelbehoefte van de cliënt, maar aan de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd en bekostigd. De contracteerruimte vormt een kader voor de inkoopafspraken. Wanneer aanvullende afspraken niet vanzelfsprekend binnen dit kader passen, maakt het zorgkantoor afwegingen gericht op het borgen van de continuïteit van zorg, het nakomen van de zorgplicht en de doelmatige inzet.
32	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe wordt de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg geborgd voor cliënten die langer thuis wonen in MPT/VPT?	We nemen aan dat u met medisch specialistische zorg doelt op medisch generalistische zorg (MGZ), zoals opgenomen in het landelijk beleidskader. De borging van de beschikbaarheid van medisch generalistische zorg, met name voor cliënten die langer thuis wonen, is een belangrijke aanleiding geweest voor het sluiten van het convenant MGZ. Partijen zagen dat deze beschikbaarheid onder druk staat en hebben daarom afspraken gemaakt om dit gezamenlijk te organiseren en te versterken. Uitgangspunt is dat cliënten toegang hebben tot passende MGZ, ongeacht hun woonsituatie of leveringsvorm. Dit vraagt om regionale samenwerking tussen betrokken partijen. Het inkoopbeleid sluit aan bij deze afspraken en maakt daarbij geen onderscheid naar leveringsvorm.

33	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe wordt doelmatige inzet van behandeling gedefinieerd en getoetst?	In het beleidskader is doelmatige inzet van behandeling een uitgangspunt bij de inkoop en organisatie van zorg. Hiermee wordt bedoeld dat behandeling passend is bij de zorgbehoefte van de cliënt en effectief en verantwoord wordt ingezet, met oog voor kwaliteit van leven. Het beleidskader bevat geen nadere uitgewerkte definitie of toetsingskader voor doelmatigheid. De invulling hiervan vindt plaats in de praktijk, onder andere in het gesprek tussen zorgkantoor en zorgaanbieders en in de inkoopafspraken, waarbij wordt aangesloten bij professionele standaarden en de NZa-beleidsregels.
34	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Hoe wordt omgegaan met situaties waarin GZ-aanbieders afhankelijk zijn van externe partners (huisartsen, ziekenhuizen, GGZ) voor MGZ en ANW-zorg, maar deze samenwerking regionaal niet volledig tot stand komt?	Het beleidskader erkent dat de organisatie van MGZ en ANW-zorg afhankelijk is van samenwerking met andere partijen en daarmee niet volledig binnen de invloedssfeer van de zorgaanbieder ligt. Indien het regionaal niet lukt om deze samenwerking tot stand te brengen, verwacht het zorgkantoor dat dit tijdig wordt gemeld. Het zorgkantoor bevordert in dat geval de regionale afstemming en kan, indien nodig, partijen bijeenbrengen en escaleren om tot passende afspraken te komen.
35	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	In aanvullende inkoopvoorwaarden stelt u dat elke zorgaanbieder MGZ conform het convenant voor cliënten georganiseerd dient te hebben, ongeacht leveringsvorm. Wij menen dat er geen MGZ-samenwerking nodig is, indien je als aanbieder voor alle cliënten verblijf en behandeling biedt. Wij stellen voor dit te verwerken in deze passage. Bent u hiertoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Het zorgkantoor hanteert als uitgangspunt dat de borging van medisch-generalistische zorg plaatsvindt in lijn met het convenant MGZ, ongeacht leveringsvorm. Dit geldt ook voor aanbieders met verblijf en behandeling. Het zorgkantoor ziet daarom geen aanleiding om een uitzondering op te nemen.

36	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	In de aanvullende inkoopvoorwaarden stelt u dat elke zorgaanbieder MGZ conform het convenant organiseert, ongeacht de leveringsvorm. Wij menen dat MGZ-samenwerking niet nodig is wanneer een aanbieder alle cliënten verblijf en behandeling biedt (m.u.v. HAP). Bent u bereid hiervoor een uitzondering op te nemen? Zo nee, waarom niet?	Nee, het zorgkantoor is niet bereid deze aanpassing over te nemen. In het beleidskader is opgenomen dat elke zorgaanbieder de MGZ voor haar cliënten organiseert conform de in de regio gemaakte afspraken, ongeacht de leveringsvorm. Daarnaast geeft het convenant aan dat MGZ voor alle Wlz-cliënten beschikbaar moet zijn, ongeacht waar zij wonen, en dat hiervoor regionale samenwerkingsafspraken nodig zijn. Dit betekent dat ook zorgaanbieders met verblijf en behandeling een verantwoordelijkheid hebben om, in samenwerking met andere partijen, bij te dragen aan de beschikbare en toegankelijke MGZ in de regio, ook buiten de muren van hun verblijfsinstelling. Wij zien daarom geen aanleiding om een uitzondering op te nemen.
37	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	In het convenant is opgenomen dat altijd de best geëquiperde arts wordt ingezet. Gelet op de aanhoudende, en naar verwachting toenemende, arbeidsmarktkrapte onder meer specialisten ouderengeneeskunde en andere MGZ relevante professionals de vraag aan het zorgkantoor op welke wijze is vastgesteld dat deze uitgangspositie gedurende de contractperiode 2027-2029 daadwerkelijk realiseerbaar is?	Het convenant MGZ is tot stand gekomen door betrokken partijen, waaronder zorgkantoren, brancheorganisaties en beroepsgroepen, met als doel de beschikbaarheid van medisch generalistische zorg te borgen. De afspraak om de best geëquiperde arts in te zetten is een inhoudelijk uitgangspunt uit het convenant. Het inkoopbeleid geeft hier geen nadere invulling aan, maar sluit aan bij deze gezamenlijke afspraken. Partijen zijn zich ervan bewust dat de arbeidsmarktkrapte een uitdaging vormt voor de uitvoerbaarheid. Juist daarom zijn in het convenant afspraken gemaakt over regionale samenwerking, signalering en escalatie van knelpunten, zodat partijen gezamenlijk kunnen zoeken naar passende oplossingen.

38	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	inzake convenant Medisch - gespecialiseerde Zorg hoe werkt de implementatie van dit convenant voor aanbieders die een enkele prestatie leveren aan jong volwassenen?	U doelt hier waarschijnlijk op het convenant medisch-generalistische zorg (MGZ). Onder MGZ wordt verstaan: het geheel aan geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG in samenhang leveren aan Wlz-cliënten. Het convenant ziet op de regionale organisatie van deze zorg, zodat deze beschikbaar en toegankelijk is voor alle Wlz-cliënten, ongeacht waar zij wonen. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen in hoeverre de eigen zorg en doelgroep raakt aan de organisatie van MGZ. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij bezien wat nodig is om de MGZ in de regio te borgen en dat zij daarvoor, waar nodig, samenwerking met andere partijen organiseren conform de regionale afspraken.
39	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Is er ruimte voor transitie-investeringen (tijdelijk hogere kosten voor structurele besparing)?	Uw vraag is onvoldoende concreet om te kunnen beantwoorden, aangezien niet duidelijk is op welk onderdeel van de paragraaf deze betrekking heeft.
40	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Kopen zorgkantoren Wlz-behandeling in voor alle intramurale cliënten voor wie behandeling onderdeel is van het totaalpakket aan Wlz-zorg? Zo nee, op basis van welke criteria wordt behandeling niet ingekocht?	Uitgangspunt is dat cliënten de behandeling ontvangen die zij nodig hebben. De gekozen leveringsvorm of wijze van inkopen bepaalt hoe behandeling wordt bekostigd, niet óf deze wordt geleverd. Het zorgkantoor maakt met zorgaanbieders inkoopafspraken over de behandeling, integraal als onderdeel van het verblijf of los als MPT-prestatie(s). De beleidsregels van de NZa en een doelmatige inzet van behandeling zijn hierbij het uitgangspunt. Indien sprake is van een structurele behandelbehoefte, bespreekt de zorgaanbieder dit met het zorgkantoor. Daarbij geldt dat hoe het zorgkantoor met het verzoek omgaat, afhankelijk is van het regionale beleid en van de beschikbare contracteerruimte.

41	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	MGZ: De VG sector sluit niet altijd aan bij de regionale IZA/ ASWA tafels, welk advies geeft u ons om wel tot goede afspraken te komen?	Het beleidskader schrijft niet voor via welke specifieke overlegstructuur regionale afspraken over MGZ tot stand moeten komen. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders, samen met andere betrokken partijen, regionale afspraken maken om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ te borgen. Dit kan plaatsvinden via bestaande overlegstructuren of, indien nodig, via nieuw te organiseren regionale afstemming. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij hierin het initiatief nemen en actief bijdragen aan het tot stand brengen van passende samenwerking. Indien het regionaal niet lukt om tot afspraken te komen, verwacht het zorgkantoor dat dit tijdig wordt gemeld. Het zorgkantoor kan in dat geval de afstemming bevorderen en, indien nodig, partijen bijeenbrengen om tot oplossingen te komen.
42	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	'Mits deze programmatisch wordt aangeboden.' Wat als dit niet het geval is hoeft het dan niet geleverd te worden door een aanbieder?	De term 'programmatisch aangeboden' is geen aanvullende eis van het zorgkantoor, maar sluit aan bij de duiding van de Wlz-aanspraak op behandeling door Zorginstituut Nederland. Indien behandeling niet programmatisch wordt aangeboden, valt deze in beginsel niet onder de Wlz-aanspraak op behandeling zoals hier bedoeld. Dit betekent echter niet dat een zorgaanbieder geen verantwoordelijkheid heeft voor de benodigde zorg voor de cliënt. De zorgaanbieder blijft op grond van de overeenkomst verantwoordelijk voor het leveren en organiseren van passende en kwalitatief goede zorg, alsmede voor de continuïteit en afstemming daarvan. Dit geldt ook wanneer zorg (deels) buiten de Wlz-aanspraak valt en bijvoorbeeld onder een andere wettelijke regeling wordt geleverd.
43	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U beschrijft dat de omgang met verzoeken afhankelijk is van regionaal beleid en beschikbare contracteerruimte. Wij zijn van mening dat contracteerruimte niet mag voorgaan op de behoefte van de cliënt. Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is voor noodzakelijke behandeling?	Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om voldoende passende Wlz-zorg in te kopen en bewaakt daarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Bij knelpunten wordt dit tijdig signaleerd, vindt afstemming plaats met zorgaanbieders en worden afspraken zo nodig bijgesteld. Indien nodig worden knelpunten ook landelijk geagendeerd om continuïteit van noodzakelijke zorg te borgen.

44	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U beschrijft: "H335/ H336 kan ook- zorgaanbieder HA - SO/ AVG." Deze zin vinden wij verwarrend, aangezien taakdelegatie en taakherschikking geen deel uitmaken van de afspraken MGZ. Deze worden binnen de eigen praktijkorganisatie afgesproken. Wij stellen daarom voor om de laatste zin te verwijderen. Stemt het zorgkantoor in met deze aanpassing? Zo nee, waarom niet?	De betreffende passage verwijst naar de voorwaarden voor inzet van de prestaties H335/H336 zoals opgenomen in de geldende NZa-beleidsregel. Wij zien daarom geen aanleiding om de passage te schrappen.
45	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U geeft dat de regio verantwoordelijk is voor het implementeren van het convenant MGZ waardoor ongeacht de leveringsvorm altijd medisch generalistische zorg beschikbaar is voor cliënten met een Wlz indicatie. Klopt onze veronderstelling dat dit convenant toeziet op de inzet van SO en AVG artsen en niet op psychiaters en daardoor niet van toepassing is op cliënten met een GGZ grondslag?	Uw veronderstelling klopt deels. Het convenant MGZ ziet op de medisch-generalistische zorg, zijnde de geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG leveren. Niet op psychiaters. Maar de toepassing van MGZ is niet één-op-één gekoppeld aan specifieke grondslagen. Welke zorg en welke arts nodig is, wordt bepaald door de zorgbehoefte van de cliënt.
46	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U stelt: "Wij verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken." Betreft dit een regiotafel VVT of ook met 1e lijn en zorgverzekeraar? Gaan deze afspraken over inkoopafspraken?	Het beleidskader gaat ervan uit dat het convenant MGZ regionaal wordt geïmplementeerd door betrokken partijen, waaronder Wlz-zorgaanbieders, huisartsen, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dit kan via bestaande overlegstructuren of, indien nodig, via nieuw te organiseren regionale afstemming. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij daarin het initiatief nemen en bijdragen aan passende samenwerking, waarbij knelpunten regionaal kunnen worden geagendeerd. De afspraken aan regiotafels zien op de organisatie van samenwerking, taakverdeling en beschikbaarheid van MGZ en betreffen geen inkoopafspraken. Inkoopafspraken worden afzonderlijk gemaakt tussen het zorgkantoor en individuele zorgaanbieders.
47	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U stelt: "Wij verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken." Bent u het met ons eens dat zorgverzekeraars daarbij ook passende afspraken moeten maken met de huisartsen in kwestie. Zo nee, waarom niet?	Het convenant MGZ gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken partijen, waaronder zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars. In het convenant is vastgelegd dat partijen binnen hun eigen rol en verantwoordelijkheid bijdragen aan de totstandkoming van regionale afspraken aan de regiotafel.

48	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	U stelt: "Wij verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken." Met deze passage gaan wij ervanuit dat zorgkantoren 'daarbij passende inkoopafspraken bedoelen'. Kunt u dat bevestigen? Zo nee, waarom niet?	Nee, dit wordt niet zo bedoeld. Het beleidskader geeft aan dat het convenant MGZ een kader biedt voor regionale samenwerkingsafspraken en dat partijen in de regio aan de regiotafel afspraken maken over samenwerking, verantwoordelijkheden en regionale organisatie van de MGZ. Het zorgkantoor maakt vervolgens de inkoopafspraken met individuele zorgaanbieders, in lijn met de regionale afspraken en het geldende regionale beleidskader.
49	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Vraag 1 deel 1 van 2 In de aanvullende inkoopvoorwaarden stelt u dat elke zorgaanbieder MGZ conform het convenant voor het cliënten georganiseerd dient te hebben, ongeacht de leveringsvorm.	Uw vraag is onduidelijk. Daarom beantwoorden wij deze niet.
50	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Vraag 2 deel 1 van 2 Elke zorgaanbieder organiseert de MGZ voor haar cliënten conform het convenant, ongeacht de leveringsvorm, en zet de beschikbare SO/AVG capaciteit regionaal in volgens de daarover gemaakte afspraken.	Uw vraag is onduidelijk. Daarom beantwoorden wij deze niet.
51	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Vraag 3 deel 1 van 2 In het beleid beschrijft u: "H335/ H336 kan ook afgesproken worden voor de inzet PA/ VS mits er aantoonbare, ondertekende, afspraken zijn tussen zorgaanbieder HA - SO/ AVG."	Uw vraag is onduidelijk. Daarom beantwoorden wij deze niet.
52	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Wat is het verschil tussen de 2 mogelijkheden van de inzet van VS of PA onder code h335 en h336? Dit is niet helder graag een toelichting.	De verschillen in de inzet van verpleegkundig specialisten (VS) of physician assistants (PA) binnen de prestaties H335 en H336 volgen uit de geldende NZa-beleidsregels. Het landelijk beleidskader bevat hierover geen aanvullende voorwaarden of nadere duiding. Voor een toelichting op de toepassingsverschillen en voorwaarden wordt daarom verwezen naar de NZa-beleidsregel voor deze prestaties.

53	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Welke inspanningen leveren zorgkantoren indien het beschikbare budget of de contracteerruimte initieel tekortschiet of in de loop van het jaar tekort dreigt te schieten, dit gegeven de zorgplicht van zorgkantoren?	Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om voldoende passende Wlz-zorg in te kopen en bewaakt daarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De contracteerruimte vormt een kader voor de inkoopafspraken. Het zorgkantoor houdt gedurende het jaar zicht op de benutting van deze ruimte en signaleert tijdig (dreigende) knelpunten. Indien de contracteerruimte ontoereikend is of dreigt te worden, vindt afstemming plaats met zorgaanbieders en worden afspraken zo nodig bijgesteld. Daarbij worden afwegingen gemaakt gericht op het borgen van de continuïteit van zorg, het nakomen van de zorgplicht en de doelmatige inzet van middelen. Indien nodig worden knelpunten ook landelijk geagendeerd om continuïteit van noodzakelijke zorg te borgen.
54	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Welke investeringen verwachten jullie dat aanbieders zelf dragen?	Uw vraag is onvoldoende concreet om te kunnen beantwoorden, aangezien niet duidelijk is op welk onderdeel van de paragraaf deze betrekking heeft.
55	2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	Zorgkantoren hanteren verschillende verwachtingen richting Wlz-aanbieders met betrekking tot MGZ. Deze afspraken zijn echter noodzakelijkerwijs ook afhankelijk van de samenwerkingspartners (huisartsen en inkoopende partijen). Wij verzoeken het zorgkantoor deze randvoorwaarde mee te nemen in haar verwachtingen richting zorgaanbieders. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Ja. Het beleidskader gaat uit van een uniforme, gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het organiseren van MGZ. Zorgkantoren hanteren hierbij dezelfde landelijke uitgangspunten en verwachtingen richting zorgaanbieders. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij MGZ voor hun cliënten organiseren en daartoe regionaal samenwerken. Tegelijkertijd erkent het beleidskader dat de beschikbaarheid van MGZ niet volledig binnen de invloedssfeer van individuele zorgaanbieders ligt en afhankelijk is van samenwerking met andere partijen. Bij knelpunten verwacht het zorgkantoor dat deze tijdig worden gemeld, zodat regionale afstemming kan plaatsvinden en, indien nodig, verdere stappen worden gezet.
56	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	"Welke minimale inhoudelijke afspraken moeten in de schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional worden opgenomen? "	U leest de indicatoren en minimale eisen in de Handvatten (bijlage 1 in bijlage 2 Landelijk Beleidskader Wlz 2027).

57	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	"Worden begeleiding en vervoer van cliënten naar mondzorgbehandelingen die buiten de eigen instelling plaatsvinden bovenregionaal vergoed, en zo nee, hoe worden deze kosten dan beoordeeld? "	Net als de kosten voor vervoer naar consult/behandeling in het ziekenhuis, vormen ook de kosten voor vervoer naar consult/behandeling in een mondzorgpraktijk onderdeel van het ZZP van de klant. Het staat Wlz-zorgaanbieders vrij om hierover afspraken te maken met mantelzorgers/naasten van de klant, maar als die niet kunnen/willen rijden/begeleiden, dan is het vervoer en de begeleiding de verantwoordelijkheid van de Wlz-zorgaanbieder.
58	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Als de zorgaanbieder zich aantoonbaar heeft ingespannen voor de juistheid en controleerbaarheid van declaraties van een mondzorgprofessional en dit lukt niet, in hoeverre is deze daarvoor dan nog eindverantwoordelijk te stellen?	De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het maken en nakomen van schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional en voor het toezien op juiste declaraties: er mag niet meer tijd en geen andere of meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd. Dat de zorgaanbieder zich heeft ingespannen, neemt deze contractuele verantwoordelijkheid niet weg.
59	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Bij zorgaanbieders ontbreekt expertise, inzage in behandelinhoud en capaciteit om declaraties van mondzorgprofessionals te controleren (tijdsbesteding/juiste prestaties/rechtmaticgheid). Controle door Zorgkantoor op declaraties mondzorgprofessionals lijkt ons passender en logischer dan controle door zorgaanbieders. Vraag: zou u het inkoopbeleid m.b.t. mondzorg hierop aan willen passen?	Wij handhaven ons beleid op dit punt. De gevraagde activiteiten en expertise zijn niet anders dan bij de zorg door eigen behandelaren van de Wlz-zorgaanbieder. Bovendien verwachten wij van Wlz-zorgaanbieders dat zij ook in control zijn op de geleverde zorg door andere onderaannemers.
60	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Binnen het thema mondzorg gelden aanvullende inkoopvoorwaarden voor zorgaanbieders. Eén van de voorwaarden is dat de zorgaanbieder minimaal één keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg. Hoe worden de kosten van deze auditverplichting bekostigd - zijn deze kosten verwerkt in de bestaande tarieven en zo ja, hoe?	Een interne audit naar de kwaliteit van mondzorg is een aanvullende verplichting voor zorgaanbieders. Daarvoor bestaat geen aanvullende financiering, dit is vergelijkbaar met andere onderzoeken en audits of bijvoorbeeld een materiële controle.
61	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Combi van onderaannemersregistratie, schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten, dubbele dossiervoering, AO/IC, audits en declaratiecontrole kan voor instellingen behoorlijk zwaar worden. Vooral omdat mondzorg vaak relatief kleinschalig is binnen de totale zorgverlening. Wordt overwogen om landelijke standaardformats of modeldocumenten beschikbaar te stellen teneinde admin. last te beperken ?	Met de inhoud van de Handvatten voor Wlz mondzorg (bijlage 1 bij bijlage 2 Landelijk Beleidskader 2027) kan de Wlz-zorgaanbieder toetsen of de samenwerkingsovereenkomst die hij sluit met de mondzorgprofessional aan de gestelde eisen voldoet.

62	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De combinatie van onderaannemersregistratie, dubbele dossier vorming, schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten, AO/IC, audits en declaratiecontroles brengt een behoorlijke administratieve last met zich mee. Kunnen afspraken gemaakt worden om deze administratieve uitvoeringslasten te beperken?	Door aan te sluiten bij de bestaande AO/IC controles van zorgaanbieders, hebben wij geprobeerd de administratieve last zo beperkt mogelijk te houden. Echter het inbedden in het bestaande proces vergt wel initieel een inspanning van zowel Wlz-zorgaanbieder als mondzorgprofessionals.
63	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De combinatie van onderaannemersregistratie, schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten, dubbele dossiervoering, AO/IC, audits en declaratiecontrole vergt veel extra tijd en geld van ons. Daarnaast is mondzorg maar een klein onderdeel van onze zorgverlening. Hoe passen deze aanvullende administratieve verplichtingen binnen bestaande kwaliteits- en verantwoordingskaders?	Deze verplichtingen sluiten aan bij bestaande kwaliteits- en verantwoordingskaders voor Wlz-mondzorg. Als u verblijft met behandeling levert, bent u verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van professionele mondzorg, schriftelijke samenwerkingsafspraken, vastlegging in beide dossiers, toepassing van IGJ-richtlijnen en passende declaraties; uw AO/IC moet daarop zijn ingericht. De Handvatten zijn gebaseerd op onder andere het IGJ-toetsingskader, veldnormen en de stand van wetenschap en praktijk, en zijn bedoeld voor betere samenwerking, kwaliteit, toegankelijkheid en het terugdringen van onrechtmatige en ondoelmatige declaraties.
64	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De Mondzorg is ook in de Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026 uitgebreid geregeld. Klopt het dat de aanvullende inkoopvoorwaarden in paragraaf 2.2 van het Landelijk beleidskader Wlz 2027 alleen betrekking hebben op het onderdeel Machtigingen en vergoedingen? Zo nee, waar zijn de aanvullende voorwaarden in 2027 dan nog meer gewijzigd tov 2026?	Nee. Paragraaf 2.2 gaat niet alleen over machtigingen en vergoedingen. Naast het aanvullende beleid over machtigingen en vergoedingen gelden aanvullende inkoopvoorwaarden voor dagelijkse mondverzorging, schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional, vastlegging in beide cliëntdossiers, het tandheelkundig zorgplan, het mogelijk maken van de zorglevering, controle op passende en daadwerkelijk geleverde zorg, kwalitatief goede mondzorg en jaarlijkse interne audits. Wij geven geen overzicht van wijzigingen ten opzichte van 2026. Wij wijzen u er wel op dat naast in paragraaf 2.2 Mondzorg (V&V, GZ en GGZ) van bijlage 2 – Landelijk Beleidskader Wlz 2027 ook voorwaarden betreffende mondzorg zijn opgenomen in Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg, van het Landelijk Beleidskader Wlz 2027 en in artikel 2 Mondzorg van de Wlz-overeenkomst.

65	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De Wlz aanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de mondzorgprofessional de zorg daadwerkelijk levert, maar heeft niet de expertise om erop toe te zien dat de tandheerkundige zorg het meest passend is voor de cliënt, etc. Kunt u dit aanpassen naar enkel toezicht op het daadwerkelijk bezoeken van de mondzorgprofessional? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij passen dit niet aan. Bij verblijf met behandeling is de zorgaanbieder verantwoordelijk dat tandheerkundige zorg/professionele mondzorg beschikbaar is, de klant tijdig in contact komt met een mondzorgprofessional en dat samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Daarbij ziet de Wlz-zorgaanbieder erop toe dat richtlijnen en de stand van wetenschap en praktijk worden toegepast, dat de meest passende zorg wordt verleend en dat niet meer tijd of andere prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd; dit gaat dus verder dan alleen toezicht op het bezoek.
66	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	De WLZ-zorgaanbieder ziet erop toe dat de tandheerkundige zorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. Is voldoende als tijdens interne audit wordt gecontroleerd of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de in het ECD van de Wlz- zorgaanbieder geleverde zorg?	Nee, dit is onvoldoende. Belangrijk is om vooraf ook afspraken te maken en vast te leggen over de onderlinge samenwerking en andere indicatoren (zie hiervoor ook de Handvatten in bijlage 1 bij bijlage 2 Landelijk Beleidskader Wlz 2027).
67	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Een Wlz- zorgaanbieder kan doorgaans niet in het tandheerkundig zorgplan van de mondzorgprofessional. Hoe denkt u dat wij als zorgaanbieder hier op toe kunnen zien?	In de Handvatten voor het organiseren van de levering van mondzorg staat dat het mondzorgplan onderdeel moet zijn van het (integrale) zorgplan van de klant. Het tandheerkundig zorgplan is ook onderdeel van het mondzorgplan. Daar waar afstemming nodig is, voeren de verschillende professionals ook MDO's met de mondzorgprofessionals daarbij als dat nodig is.
68	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Gezien de landelijke tekorten aan (Wlz-)mondzorgprofessionals en de complexe problematiek van GGZ-clënten (die vaak tijd nodig hebben om te landen of zorg te accepteren), is de termijn van 6 weken voor een volledig mondzorgplan voor deze doelgroep realistisch?	Een zorgplan (waaronder dus ook het mondzorgplan) moet op grond van de Wlz binnen 6 weken na aanvang van de zorg opgesteld zijn. (https://www.rijksoverheid.nl/vraag-en-antwoord/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/zorgplan-of-zorgleefplan). Wij houden dus vast aan de termijn van 6 weken. Binnen 24 uur na opname brengt de zorgverlener de mondgezondheid, zelfredzaamheid en wensen rond mondzorg in kaart en legt dit vast; binnen 6 weken na opname, of zoveel eerder als mogelijk, stelt de mondzorgprofessional het mondzorgplan op als onderdeel van het integrale zorgplan. Voor cliënten met afweer- of probleemgedrag moet het interne multidisciplinaire protocol mondzorg afspraken en instructies bevatten.

69	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Het beleidskader stelt dat de zorgaanbieder de AO/IC moet aanpassen ten aanzien van mondzorgdeclaraties. Kan het zorgkantoor verduidelijken welke minimale eisen aan de AO/IC worden gesteld?	U leest de indicatoren en minimale eisen in de Handvatten (bijlage 1 in bijlage 2 landelijk beleidskader Wlz 2027). Deze dienen te worden verwerkt in het AO/IC plan.
70	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe is bij de totstandkoming van de aanvullende mondzorgverplichtingen beoordeeld of deze proportioneel en uitvoerbaar zijn voor Wlz-aanbieders en mondzorgprofessionals?	Bij het opstellen van het beleidskader rondom Wlz mondzorg baseren de zorgkantoren zich op beleid uit eerdere jaren, gesprekken met het veld en de uitkomsten uit (materiële) controles. Om het Wlz-zorgaanbieders en mondzorgprofessionals makkelijker te maken, sluiten zorgkantoren zoveel mogelijk aan bij de bestaande AO/IC van de Wlz-zorgaanbieder en hebben de zorgkantoren de Handvatten rondom AO/IC opgesteld.
71	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe kan een GGZ instelling worden beoordeeld aan de hand van voetnoot 4 waar wordt verwezen naar het toetsingskader mondzorg voor verpleeghuizen van de IGJ en een toetsingskaders is voor VV instellingen (verpleeghuizen) en niet voor GGZ instellingen	Ook voor GGZ-instellingen geldt dat zij minimaal één keer per jaar interne audits uitvoeren naar de kwaliteit van mondzorg als zij Wlz-verblijf met behandeling leveren. Daarbij gaat het om de drie pijlers uit het relevante IGJ-toetsingskader: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverleners en sturen op kwaliteit en veiligheid. Het toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ kan ook op de twee andere sectoren toegepast worden. Wij beoordelen dus niet of u een verpleeghuis bent, maar of deze drie pijlers in uw interne audits naar mondzorg aan de orde komen.

72	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe kan een zorgaanbieder zonder kennis van tandheelkundige mondzorg door een tandarts professional beoordelen via de AO / IC of de rechtstreekse declaratie van de mondzorgprofessional passend, niet te veel tijd en niet te veel prestaties declareert?	Wij verwachten niet dat u als zorgaanbieder zelfstandig tandheelkundige deskundigheid vervangt. U borgt dit dus via schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional, vastlegging en rapportage in beide dossiers, inzicht en uitleg over de geleverde en gedeclareerde mondzorg, periodiek overleg, en interne controles in uw AO/IC op feitelijke én doelmatige/passende levering. De mondzorgprofessional moet u in staat stellen de betreffende controles uit te voeren. Ook moeten SO, AVG of hoofdbehandelaar periodiek inhoudelijk overleggen met de mondzorgprofessional over het mondzorgplan en de uitvoering daarvan. De vereisten rondom de organisatie van de levering van mondzorg (van zowel de dagelijkse mondverzorging als tandheelkundige zorg) hebben wij beschreven in Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg, die onderdeel uitmaakt van Bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027.
73	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe moet een zorgaanbieder handelen als een mondzorgprofessional (onderaannemer) niet wenst mee te werken aan de vereiste controles op de feitelijke levering van zorg of geen verslaglegging wil aanleveren? Is het dan wel mogelijk dat de client deze mondzorgprofessional behoudt?	De Wlz-zorgaanbieder blijft verantwoordelijk om aan te tonen dat de mondzorg doelmatig, passend en daadwerkelijk is geleverd, ook als de mondzorgprofessional als onderaannemer declareert of gegevens moet aanleveren. Als de mondzorgprofessional niet meewerkt aan controles of verslaglegging, kan de Wlz-zorgaanbieder niet voldoen aan deze verplichting. De Wlz-zorgaanbieder kan de overeenkomst die hij gesloten heeft met het zorgkantoor niet nakomen. De door u genoemde verplichtingen zijn ook opgenomen in de Algemene voorwaarden mondzorg waar de mondzorgprofessional mee moet instemmen, wil hij bij het zorgkantoor kunnen declareren. In een dergelijke situatie kan de mondzorgprofessional geen onderaannemer van de Wlz-zorgaanbieder blijven en ook niet meer bij het zorgkantoor declareren omdat hij de Algemene voorwaarden mondzorg niet nakomt. In dat geval kan de cliënt deze mondzorgprofessional niet behouden als het gaat om de levering van mondzorg die ten laste komt van de Wlz.

74	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe verhoudt de eis dat cliënten voor professionele mondzorg mogelijk niet meer naar hun eigen tandarts kunnen gaan wanneer daar geen contractuele afspraak mee bestaat, zich tot de beweging naar een gewoon leven en zo veel mogelijk eigen regie?	De beweging naar een gewoon leven en eigen regie blijft uitgangspunt, maar professionele mondzorg voor cliënten met verblijf en behandeling moet wel beschikbaar, passend en contractueel goed georganiseerd zijn. De zorgaanbieder is verantwoordelijk dat de cliënt tijdig in contact komt met een mondzorgprofessional en maakt vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional als onderaannemer. Dat kan betekenen dat de eigen tandarts alleen kan worden ingezet als aan die afspraken en voorwaarden wordt voldaan.
75	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe verhoudt de verplichting om met mondzorgprofessionals schriftelijke samenwerkingsafspraken en onderaannemingsafspraken te maken zich tot de ambitie van IZA/AZWA om de administratieve lasten te verlichten?	De schriftelijke samenwerkingsafspraken bij mondzorg zijn bedoeld om verantwoordelijkheden, uitvoering, dossiervastlegging en declaratievoorwaarden vooraf vast te leggen. Dat is een gerichte contractuele verplichting voor situaties waarin een mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional als onderaannemer betrokken is; de algemene ambitie om administratieve lasten te verlagen neemt deze verplichting niet weg. Wij beperken administratieve lasten waar dat kan (door aan te sluiten bij de bestaande processen van Wlz-zorgaanbieders), maar niet ten koste van noodzakelijke afspraken over verzekerde Wlz-mondzorg en rechtmatige declaratie.
76	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe verklaart het zorgkantoor het verschil in aanpak tussen hulpmiddelen, waarbij vooraf gecontracteerde leveranciers worden ingezet, en mondzorg, waarbij de organisatie en afspraken via de zorgaanbieder lopen?	Het verschil volgt uit de aard van de Wlz-aanspraak en de gemaakte contractuele inrichting. Voor individueel op maat gemaakte persoonsgebonden hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen geldt dat deze bovenbudgettair worden verstrekt en dat de zorgaanbieder zich moet wenden tot door het zorgkantoor gecontracteerde leveranciers. Bij mondzorg ligt de dagelijkse mondverzorging bij de zorgaanbieder als onderdeel van Persoonlijke Verzorging; professionele mondzorg bij verblijf met behandeling moet de zorgaanbieder beschikbaar stellen en organiseren via schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional, terwijl de mondzorgprofessional bovenbudgettair rechtstreeks kan declareren.

77	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Hoe ziet het Zorgkantoor de uitvoerbaarheid van de regeling rondom mondzorgkosten (boven budgettaire vergoeding bij verblijf met behandeling), gezien signalen uit de sector dat tandartspraktijken zich vanwege administratieve eisen steeds minder willen conformeren en daardoor afhaken?	Wij zien de uitvoerbaarheid als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional. Bij verblijf met behandeling door dezelfde instelling moet tandheelkundige zorg beschikbaar zijn; de zorgaanbieder maakt vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken, brengt de klant tijdig in contact met een mondzorgprofessional en ziet toe op rechtmatige en doelmatige declaratie. De inzet van mondzorgprofessionals wordt bovenbudgettair en rechtstreeks vergoed aan de declarerende mondzorgaanbieder; machtigingen en declaraties verlopen digitaal via VECOZO. De administratieve eisen blijven nodig voor rechtmatigheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van Wlz-mondzorg.
78	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In de paragraaf over mondzorg staan verdergaande afspraken dan de afgelopen jaren. Bijvoorbeeld de verplichte samenwerkingsovereenkomst met een mondzorgaanbieder (onderaannemer). Kunt u bevestigen dat Zorgaanbieders voor wie deze afspraken nieuw en omvangrijk zijn de tijd krijgen, in overleg deze te implementeren en dat er sprake zal zijn van een ingroeimodel?	Wlz-zorgaanbieders krijgen tot 1 juni 2027 de tijd om de Handvatten te implementeren.
79	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	In paragraaf 2.2 wordt gesproken over een tandheelkundig zorgplan en in bijlage 1 over het mondzorgplan. Is onze conclusie juist dat het Tandheelkundige zorgplan het behandelplan van de mondzorgprofessional is en dus in zijn ECD is opgenomen en het mondzorgplan zich richt op de dagelijkse mondzorg en dus in het integrale zorgplan van de Wlz-aanbieder is opgenomen?	Dit is niet juist. Het tandheelkundig zorgplan maakt onderdeel uit van het mondzorgplan, dat weer onderdeel uitmaakt van het integrale zorgplan van de klant. Het plan voor de dagelijkse mondverzorging is onderdeel van het mondzorgplan van de Wlz-zorgaanbieder.
80	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Indien risico's van declaraties van mondzorgprofessionals buiten de hoofd-onderaannemerrelatie en zonder medeweten van de Wlz-aanbieder toch bij de Wlz-aanbieder worden gelegd, hoe motiveren zorgkantoren dat dit proportioneel is, nu de aanbieder geen zicht heeft op deze rechtstreeks gedeclareerde prestaties?	De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk om erop toe te zien dat de mondzorgprofessional passende zorg levert, de toepasselijke richtlijnen naleeft en niet meer tijd of andere/meer prestaties declareert dan daadwerkelijk geleverd. Dat geldt ook omdat de inzet van mondzorgprofessionals bovenbudgettair en rechtstreeks aan de declarerende mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional wordt vergoed; de overeenkomst verlangt dat u uw AO/IC hierop heeft aangepast. U dient samenwerkingsafspraken te maken met de mondzorgprofessional over de wijze van uitvoering van de mondzorg en de controle daarop inclusief de declaraties.

81	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Is het toegestaan om de jaarlijkse audits op mondzorg regionaal te organiseren in plaats van per individuele aanbieder?	Nee, wij verwachten dat de zorgaanbieder minimaal één keer per jaar een interne audit uitvoert naar de kwaliteit van de mondzorg. Het zorgkantoor kan toetsen of deze audits zijn uitgevoerd en de zorgaanbieder verstrekt op eerste verzoek de betreffende auditrapportages.
82	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Is het zorgkantoor zich ervan bewust dat door de verplichting dat de tandarts en mondhygiëniste moeten registreren in het EPD van de GGZ instelling, dat cliënten hun individuele tandartsen verliezen vanwege de administratieve rompslomp en naar een centrale inkoop van mondzorg en dat dit niet de herstel gedachte vanuit de ART methode ondersteund en dit zelfs zorginhoudelijk ongewenst is.	Wij herkennen dat de organisatie van Wlz-mondzorg uitvoeringsvragen kan oproepen, maar wij verplichten geen centrale inkoop van mondzorg en schrijven niet voor dat cliënten hun individuele tandarts verliezen. Voor verblijf met behandeling moet wel tandheelkundige zorg beschikbaar zijn. Aangegeven is dat de door de mondzorgprofessional geleverde zorg zowel vastgelegd moet worden in het cliëntdossier van de Wlz-zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional. Niet is echter voorgeschreven hoe die vastlegging precies moet worden uitgevoerd. Daar moeten de Wlz-instelling en de mondzorgprofessional nu juist onder andere schriftelijke samenwerkingsafspraken over maken.
83	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan de evaluatie van het mondzorgplan meegenomen worden bij de evaluatie van het reguliere behandelplan? Moet de mondzorgprofessional bij deze evaluatie aansluiten?	Ja, de evaluatie van het mondzorgplan wordt meegenomen bij de periodieke evaluatie van het reguliere integrale zorgplan, omdat het mondzorgplan daarvan onderdeel is. De mondzorgprofessional hoeft niet per se bij de evaluatie met de Wlz-verzekerde en/of naasten aan te sluiten; wel moeten de SO, AVG of hoofdbehandelaar periodiek inhoudelijk overleg hebben met de mondzorgprofessional over het mondzorgplan, de acties en de mondzorgdoelen. De uitkomsten daarvan worden vastgelegd in het evaluatieverslag en vertaald naar het integrale zorgplan.
84	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan er een uitwerking gegeven worden over hoe de controle op de rechtmatigheid van de declaraties van de mondzorg professional zou moeten worden uitgevoerd? Wordt de zorgaanbieder hierin gefaciliteerd door het zorgkantoor?	Die uitwerking leest u in de Handvatten voor Wlz mondzorg (bijlage 1 bij bijlage 2 Landelijk Beleidskader Wlz 2027).

85	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan het zorgkantoor bevestigen dat de hoofdaannemer niet financieel gesanctioneerd wordt voor ondoelmatige declaraties van een mondzorgprofessional, indien de aanbieder kan aantonen dat hij aan de procesmatige vereisten uit de Handvatten (zoals de schriftelijke overeenkomst en de audit) heeft voldaan?	Nee, dat kunnen wij niet bevestigen. Uitgangspunt is dat u als hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk blijft voor de dienstverlening van uw onderaannemer.
86	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan het zorgkantoor bevestigen dat de Wlz-zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het maken, borgen en controleren van afspraken over vastlegging en rapportage van mondzorg, conform de Handvatten waarin vastlegging in het zorgdossier van de aanbieder én dat van de mondzorgprofessional als minimale eis geldt?	Nee, de Wlz-zorgaanbieder is daarnaast ook verantwoordelijk voor de totstandkoming (en naleving) van de samenwerkingsovereenkomst én voor het juist uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging (en vastlegging daarvan in het zorgdossier van de Wlz-klant). In de Handvatten leest u welke indicatoren (en daarbij behorende minimale eisen) van toepassing zijn.
87	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan het zorgkantoor bevestigen dat toepassing van de NTVT-leidraad (die een consensusdocument is waarvan de auteurs zelf uitnodigen tot verdere dialoog) proportioneel en contextgericht mag plaatsvinden, met ruimte voor professionele en organisatorische afwegingen op basis van cliëntbelasting, zorgcapaciteit, uitvoerbaarheid, praktijkinzichten en verdere doorontwikkeling van de leidraad?	U dient te voldoen aan de leidraad.
88	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kan het zorgkantoor verduidelijken welke mate van inhoudelijke toetsing redelijkerwijs van zorgaanbieders verwacht wordt?	Graag verwijzen wij u hiervoor naar de Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg (bijlage 1 bij bijlage 2 landelijk beleidskader Wlz 2027), daarin leest u per thema een aantal indicatoren met bijbehorende minimale eisen.
89	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunnen wij de eisen uit de Handvatten (t.a.v. (borging van afspraken over) vastlegging/rapportage door zowel zorgaanbieder als mondzorgprofessional MZPI) zo interpreteren dat de zorginstelling verantwoordelijk is voor het maken, borgen en controleren van deze afspraken, maar dat de feitelijke administratieve vastlegging of aanlevering van relevante mondzorginfo door de MZP kan worden uitgevoerd?	Nee. De indicatoren en minimale eisen uit de Handvatten (bijlage 1 bij bijlage 2 Landelijk Beleidskader 2027) gaan over samenwerking en afstemming, dus er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en gezamenlijke uitwisseling van data/info.

90	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunnen zorgkantoren bevestigen dat declaraties van mondzorgprofessionals buiten de hoofd-onderaannemerrelatie, en zonder medeweten van de Wlz-aanbieder, niet worden toegerekend aan de Wlz-aanbieder (bijv. bij terugvorderingen of budgetplafonds)?	Zorgkantoren kunnen dit niet bevestigen. Alleen de Wlz-zorgaanbieder kan op inhoud en omvang monitoren wat de mondzorgprofessional doet voor diens klant. U dient hierover met de mondzorgprofessional samenwerkingsafspraken te maken. Met de Handvatten hopen wij u voldoende houvast te bieden om dit goed in te richten en daarmee transparantie te bieden (in het zorgplan van de klant), om dit soort declaraties te voorkomen.
91	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u nader verduidelijken hoe de afbakening tussen “dagelijkse mondzorg” en “professionele mondzorg” in de praktijk moet worden toegepast, met name bij preventieve handelingen die worden uitgevoerd door preventie-assistenten binnen intramurale settingen?	Dagelijkse mondzorg van het (kunst)gebit valt onder persoonlijke verzorging en komt ten laste van het ZZP, VPT of MPT. Dagelijkse mondzorg is uitgewerkt in de SKILZ-richtlijn Mondverzorging: https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/mondverzorging/uitvoeren-van-mondverzorging Professionele mondzorg is tandheelkundige zorg die conform de NZa-regelgeving wordt geleverd door een mondzorgprofessional. Alleen cliënten met een Wlz-indicatie voor verblijf met behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van diezelfde instelling behandeling krijgen, hebben recht op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de (bovenbudgettaire) Wlz. Een preventie-assistent is geen zelfstandige mondzorgprofessional en kan alleen in opdracht en onder verantwoordelijkheid van een tandarts taken uitvoeren. Als u voor dagelijkse mondzorg (die onderdeel is van persoonlijke verzorging) een mondzorgprofessional inzet, kunnen die kosten niet apart in rekening worden gebracht.
92	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u toelichten hoe de extra administratieve verplichtingen rondom mondzorg (waaronder registratie, dubbele dossiervoering en controles) proportioneel zijn, gezien de beperkte omvang van mondzorg binnen instellingen? Wij maken bezwaar tegen de toename van administratieve lasten en verzoeken om beperking en vereenvoudiging.	Onzes inziens is de toename van administratieve verplichtingen beperkt en noodzakelijk om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de declaraties van de mondzorgprofessional vast te stellen.

93	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u toelichten hoe de proportionaliteit van de aanvullende administratieve verplichtingen rondom mondzorg is beoordeeld, mede gelet op de omvang van de mondzorgactiviteiten binnen instellingen, bestaande kwaliteits- en verantwoordingskaders en de beschikbare personele capaciteit?	Door aan te sluiten bij de bestaande AO/IC controles van zorgaanbieders, hebben wij geprobeerd de administratieve last zo beperkt mogelijk te houden. Wij hebben deze verplichtingen gekoppeld aan bestaande verantwoordelijkheden voor dagelijkse mondverzorging, professionele mondzorg bij verblijf met behandeling, schriftelijke samenwerkingsafspraken, dossiervastlegging en controle op rechtmatige en doelmatige declaraties.
94	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u toelichten op welke wijze bij de totstandkoming van dit beleidskader is beoordeeld of de aanvullende administratieve verplichtingen proportioneel en uitvoerbaar zijn voor zorgaanbieders en mondzorgprofessionals?	Wij hebben met dit beleidskader voor Wlz-mondzorg (inclusief de Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg (bijlage 1 van het Landelijke Beleidskader Wlz 2027)) aangesloten bij bestaande kaders en praktijkbevindingen: het IGJ-toetsingskader, veldnormen van beroepsorganisaties, de stand van wetenschap en praktijk, de NZa-informatiekaart, bevindingen uit materiële controles en de gewenste ontwikkeling van mondzorg aan Wlz-verzekerden. Wlz-zorgaanbieders krijgen tot 1 juni 2027 de tijd om de Handvatten te implementeren; vanaf die datum kunnen wij toetsen of de indicatoren en minimale eisen zijn geborgd.
95	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u verduidelijken hoe de verantwoordelijkheid van de Wlz zorgaanbieder voor toezicht op mondzorgdeclaraties en passende zorg zich verhoudt tot de autonomie van de mondzorgprofessional, diens zelfstandige behandelverantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheidsverdeling vanuit Wet BIG en WGBO? Welke verantwoordelijkheid neemt het Zorgkantoor hierin?	De verantwoordelijkheid van een mondzorgprofessional is niet anders dan die van de overige behandelaren die bij een Wlz-zorgaanbieder in dienst zijn. Dit geldt ook voor de verantwoordelijkheidsverdeling vanuit de Wet BIG en WGBO.

96	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u verduidelijken hoe we om dienen te gaan met mondzorgprofessionals die niet mee willen werken aan controles?	Mondzorgprofessionals die Wlz-mondzorg declareren bij het zorgkantoor, worden gehouden aan de Algemene voorwaarden mondzorg. Hierin staat ook de verhouding tussen de Wlz-zorginstelling en de mondzorgprofessional beschreven. Als mondzorgprofessionals zich niet houden aan de Algemene voorwaarden mondzorg, kunnen ze hierop aangesproken worden. Ook maakt u hierover vooraf afspraken, zie hiervoor de Handvatten (indicatoren (waaronder indicator 1, minimale eisen sub h. van thema 1: organisatie)).
97	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Mag de intensiteit van afstemming, MDO-betrokkenheid en evaluatie risicogestuurd en proportioneel worden ingericht, zodat intensieve multidisciplinaire afstemming wordt ingezet bij cliënten waar dat inhoudelijk nodig is, en niet als standaardverplichting voor alle cliënten geldt?	Ja, voor zover de afstemming aansluit bij de inhoudelijke zorgvraag en de geldende minimale eisen. De tekst schrijft afspraken voor over taakverdeling, consultatie, medebehandeling, regiebehandelaarschap, MDO-organisatie en coördinatie van integrale zorg, maar legt geen standaardverplichting vast tot intensieve multidisciplinaire afstemming voor alle cliënten. Uiteraard dient dat voor alle nieuwe Wlz-klanten in hun eerste mondzorgplan wel te worden bepaald en vastgelegd.
98	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Moet het Tandheeskundig zorgplan onderdeel uitmaken van het algehele zorgplan van de Wlz-zorgaanbieder en zo niet, wordt steekproefgewijze controle op het tandheeskundige plan van de mondzorgprofesional tijdens de jaarlijkse interne audit gezien als toezicht door de Wlz-zorgaanbieder?	Het tandheeskundig zorgplan is onderdeel van het mondzorgplan. Het mondzorgplan is onderdeel van het integrale zorgplan.

99	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Mondzorg is in Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026 uitgebreid geregeld. Zorgaanbieders hebben dus al veel geïmplementeerd. Klopt het dat aanvullende inkoopvoorwaarden in paragraaf 2.2 van het Landelijk beleidskader Wlz 2027 alleen betrekking hebben op onderdeel machtigingen en vergoedingen? Zo nee, waar zijn aanvullende voorwaarden in 2027 dan nog meer gewijzigd t.o.v. 2026?	Nee. Paragraaf 2.2 gaat niet alleen over machtigingen en vergoedingen. Naast het aanvullende beleid over machtigingen en vergoedingen gelden aanvullende inkoopvoorwaarden voor dagelijkse mondverzorging, schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgprofessional, vastlegging in beide cliëntdossiers, het tandheelkundig zorgplan, het mogelijk maken van de zorglevering, controle op passende en daadwerkelijk geleverde zorg, kwalitatief goede mondzorg en jaarlijkse interne audits. Wij geven geen overzicht van wijzigingen ten opzichte van 2026. Wij wijzen u er wel op dat naast in paragraaf 2.2 Mondzorg (V&V, GZ en GGZ) van bijlage 2 – Landelijk Beleidskader Wlz 2027 ook voorwaarden betreffende mondzorg zijn opgenomen in Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg, van het Landelijk Beleidskader Wlz 2027 en in artikel 2 Mondzorg van de Wlz-overeenkomst.
100	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	U schrijft op blz. 7 dat de zorgaanbieder “controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast.” Hoe verwacht u dat een zorgaanbieder deze controle effectief en zinnig uitvoert als de mondzorgprofessional direct bij het zorgkantoor declareert.	De Wlz-zorgaanbieder draagt er zorg voor dat in het AO/IC-plan een controleproces is opgenomen met betrekking tot de feitelijke en doelmatige/passende levering van mondzorg door de mondzorgprofessional. a. Het AO/IC-plan beschrijft hoe de interne controle door de Wlz-zorgaanbieder op de geleverde zorg door de mondzorgprofessional (onderaannemer) plaatsvindt. b. In het zorgadministratie-proces van de Wlz-zorgaanbieder zijn de afspraken met de mondzorgprofessional over de vastlegging van de geleverde mondzorg opgenomen en geborgd. c. Het AO/IC-plan voorziet in de controle op de feitelijke maar ook op de doelmatige/passende levering van mondzorg door de mondzorgprofessional; zie lid 10 van artikel 2 Mondzorg van de Wlz-overeenkomst.

101	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	U schrijft op blz. 7 dat de zorgaanbieder “controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast.” Hoe verwacht u dat een zorgaanbieder deze controle effectief en zinnig uitvoert als de mondzorgprofessional direct bij het zorgkantoor declareert?	Wij verwachten dat u dit borgt via de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst en uw AO/IC. Daarin legt u afspraken vast over inzicht in en uitleg over de geleverde en bij het zorgkantoor gedeclareerde mondzorg, de vastlegging van geleverde mondzorg in beide dossiers en de frequentie en wijze van uw interne controles op feitelijke en doelmatige/passende levering. Ook als de mondzorgprofessional rechtstreeks bij het zorgkantoor declareert, blijft deze mondzorgprofessional onderaannemer en bent u verantwoordelijk voor de rechtmatige en doelmatige levering.
102	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	U schrijft: De zorgaanbieder geeft prioriteit aan de verdere verbetering van de tandheelkundige mondzorg en aan het bevorderen van de deskundigheid van het personeel als het gaat om dagelijkse mondzorg. Er zijn veel thema's waaraan een zorgaanbieder prioriteit moet geven. Boven welke andere thema's moet deze prioriteit gegeven worden?	Wij schrijven niet voor dat mondzorg boven andere thema's moet gaan. De passage betekent dat u binnen uw eigen organisatie prioriteit geeft aan verdere verbetering van tandheelkundige mondzorg en deskundigheidsbevordering rond dagelijkse mondverzorging, naast de overige voorwaarden die voor u gelden. De concrete prioritering ten opzichte van andere thema's is aan u, zolang u voldoet aan de aanvullende inkoopvoorwaarden. Wij verwachten dat goede samenwerkingsafspraken en controle-uitkomsten bijdragen aan efficiënte bedrijfsvoering.
103	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Vraag 5 deel 1 van 2 De combinatie van onderaannemersregistratie, schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten, dubbele dossiervoering, AO/IC, audits en declaratiecontrole kan voor instellingen behoorlijk zwaar worden. Vooral omdat mondzorg vaak relatief kleinschalig is binnen de totale zorgverlening.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
104	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Vraag 7 deel 1 van 2 U schrijft op blz. 7 dat de zorgaanbieder “controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast.”	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.

105	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Waarom worden hier alle eisen rondom mondzorg wederom benoemd terwijl deze ook in het (concept) contract bijna ongewijzigd zijn t.o.v 2026?	Om zo min mogelijk administratieve lasten te veroorzaken, hebben zorgkantoren ervoor gekozen om het artikel in de overeenkomst 2027(-2029) zo veel mogelijk gelijk te houden. Er zijn significante wijzigingen toegepast in het landelijk beleidskader t.o.v. 2026. Via de overeenkomst worden de afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder officieel bevestigd. Overlap is hierbij dus logisch. Wij verwachten van Wlz-zorgaanbieders dat zij de samenwerking met mondzorgprofessionals goed gaan organiseren.
106	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wanneer verblijf met behandeling wordt geleverd door zorgaanbieder en een externe partij faciliteert de tandheelkundige zorg is boven budgetaire vergoeding ook mogelijk? Dit staat niet heel helder verwoord nu.	Het is ons niet duidelijk wat uw vraag is, derhalve kunnen wij deze niet beantwoorden. In zijn algemeenheid geldt dat als een klant verblijf en behandeling bij dezelfde instelling verzilvert, tandheelkundige zorg/professionele mondzorg onderdeel uitmaakt van de verzekerde Wlz-zorg en dat de Wlz-zorgaanbieder er voor verantwoordelijk is dat deze beschikbaar is. De inzet van mondzorgprofessionals wordt bovenbudgettair en rechtstreeks vergoed aan de declarerende mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional; voor bepaalde verrichtingen geldt een machtigingsprocedure via VECOZO.
107	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	We zien knelpunten rondom de bereidheid van cliënten om tandheelkundige zorg af te nemen. Hoe kijkt het zorgkantoor hiernaar?	Zorgkantoren ervaren dat goede mondgezondheid enorm kan bijdragen aan welzijn en de algehele gezondheidssituatie van een klant. Dat is ook de reden waarom juist die mondzorg onderdeel moet zijn van het zorgplan van de klant, om dit integraal te benaderen en in samenhang te bezien. Als de Wlz-klant af wil zien van mondzorg, dan mag hij/zij/die die keuze maken op basis van volledige informatie.
108	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Welke eisen gelden er voor het verzorgen van dagelijkse mondverzorging, inclusief eventuele vereiste kwalificaties of diploma's voor het betrokken personeel?	De eisen aan de dagelijkse mondverzorging zijn opgenomen in de SKILZ-richtlijn Mondverzorging. (https://skilz.nu/2023/11/30/publicatie-richtlijn-mondverzorging/). Verder verwijzen we u graag naar het toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ.

109	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Welke ruimte bestaat er voor een zorgaanbieder om via bestaande samenwerking in een aangrenzende regio invulling te geven aan de regionale opgave?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. Wij kunnen hem daarom niet beantwoorden.
110	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wij sluiten als zorgaanbieder niet met iedere mondzorgaanbieder een overeenkomst af. Dit houdt in dat de keuzevrijheid van de cliënt veel beperkter zal worden. Is dit een wenselijke beweging? En wat als de cliënt tóch mondzorg wilt ontvangen van een mondzorgaanbieder waar geen overeenkomst mee is?	Wij vragen niet dat u met iedere mondzorgaanbieder een overeenkomst sluit. Als u verblijf met behandeling levert, bent u verantwoordelijk dat tandheelkundige zorg/professionele mondzorg beschikbaar is, dat u de klant tijdig in contact brengt met een mondzorgprofessional en dat u vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken maakt met de mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional die als onderaannemer optreedt. Als een cliënt mondzorg wil ontvangen van een mondzorgaanbieder waarmee geen afspraken zijn gemaakt, bespreekt u dit met de cliënt en de betreffende mondzorgaanbieder binnen deze kaders; de afspraken moeten vooraf schriftelijk zijn vastgelegd voordat deze aanbieder als onderaannemer voor Wlz-mondzorg bij het zorgkantoor declareert.
111	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wlz-zorgaanbieders krijgen tot 1 juni 2027 de tijd om de Handvatten voor mondzorg te implementeren. Dit betekent onder andere dat Wlz-aanbieders tot 1 juni 2027 de tijd hebben om een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst op te stellen. Komt er naast de handvatten ook een template 'samenwerkingsovereenkomst'?	Nee, wij voorzien niet in een aparte template voor de samenwerkingsovereenkomst. De schriftelijke samenwerkingsovereenkomst moet de afspraken bevatten die in de Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg zijn opgenomen; de overeenkomst bepaalt dat de zorgaanbieder deze Handvatten ten uitvoer brengt en de daarin opgenomen verplichtingen nakomt.
112	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Wlz-zorgaanbieders krijgen tot 1 juni 2027 de tijd om de Handvatten voor mondzorg te implementeren. Dit betekent onder andere dat Wlz-aanbieders tot 1 juni 2027 de tijd hebben om een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst op te stellen. Moeten de mondzorgprofessionals als onderaannemer worden aangemeld, terwijl zij financieel gezien rechtstreeks declareren bij het zorgkantoor?	Mondzorgprofessionals moeten als onderaannemer worden aangemeld bij het zorgkantoor, alleen zij tellen niet mee voor de bepaling van het percentage onderaanneming.

113	2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	Zorgaanbieder gaat ervan uit dat het volstaat om in het EPD die verslaglegging op te nemen die relevant is voor de behandeling en dagdagelijkse continuïteit van de woonzorg en dat het niet noodzakelijk is het tandtechnische verslag van de mondzorgprofessional vast te leggen. Kunt u dit bevestigen?	Nee, dat kunnen wij niet bevestigen. Als de mondzorgprofessional onderaannemer van de zorgaanbieder is, moet de door de mondzorgprofessional geleverde zorg zowel worden vastgelegd in het klantdossier bij de zorgaanbieder als in het klantdossier bij de mondzorgprofessional. Voor de dagelijkse mondverzorging moeten de afspraken met de klant aantoonbaar in het mondzorgplan worden vastgelegd dat vervolgens dient te worden opgenomen in het dossier van de Wlz-klant dat bij de Wlz-zorgaanbieder aanwezig is. In de Handvatten voor mondzorg Wlz (bijlage 1 bij bijlage 2 Landelijk Beleidskader Wlz 2027) leest u dat (o.a.) (dag)rapportages, waar wij een tandtechnisch verslag onder rekenen, (via het mondzorgplan) onderdeel moeten worden van het dossier van de Wlz-klant.
114	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	De per 2021 ingestroomde GGZ-cliënten mogen, volgens het landelijk beleid, hun mobiliteitshulpmiddelen behouden als ze van de Wmo naar de Wlz stromen. Kan het zorgkantoor bevestigen dat deze afspraak ook van toepassing is op ingestroomde VVT-cliënten?	Deze afspraak is niet van toepassing op de V&V-sector. De afspraak is specifiek voor cliënten met een indicatie GGZ-W die in een Wlz-instelling verblijven, voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al in het bezit waren van een mobiliteitshulpmiddel.
115	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Het beleid en de aanvullende voorwaarden met betrekking tot hulpmiddelen en roerende voorzieningen, zoals opgenomen in paragraaf 2.3 van het Landelijk beleidskader Wlz 2027, is identiek aan het beleid en de voorwaarden zoals opgenomen in de Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026. Klopt dat? Zo nee, welke wijzigingen zijn er dan in 2027 ten opzichte van 2026?	De wijzigingen die zijn opgenomen ten opzichte van 2026 zijn met name tekstueel van aard, bedoeld om de informatie op een duidelijkere manier te presenteren. Wij leveren géén overzicht van deze wijzigingen.
116	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Het beleid zet in op langer zelfstandig thuis wonen. In de praktijk blijkt dat aanvragen voor hulpmiddelen/voorzieningen vanuit de Wmo veel tijd in beslag nemen door individuele beoordeling/besluitvorming door gemeenten. Hierdoor ontstaan vertragingen met impact op de zelfredzaamheid/veiligheid/kwaliteit van leven. Kan/gaat het zorgkantoor een rol pakken om de afstemming Wmo/Wlz te verbeteren?	Wij herkennen dat langer zelfstandig thuis wonen ook afhankelijk is van goede afstemming met andere domeinen, waaronder de Wmo. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen deze transformatie niet alleen realiseren. Voor concrete knelpunten in de afstemming met gemeenten vragen wij u dit met uw inkoper te bespreken, zodat kan worden bekeken welke rol passend is binnen de Wlz-verantwoordelijkheid van het zorgkantoor.

117	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Hoe wordt de verantwoordelijkheid inzake het langer thuis wonen gewogen als de oorzaak van het wegvallen van een passende thuissituatie buiten de invloedssfeer van de cliënt en de zorgaanbieder ligt, bijvoorbeeld door vertraging in de verstrekking van Wmo-voorzieningen?	Bij knelpunten in de aansluiting met Wmo-voorzieningen ligt samenwerking met gemeenten voor de hand. Ga voor cliëntoverstijgende knelpunten met uw inkoper in gesprek.
118	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	In Bijlage 2, paragraaf 2.3 stelt u dat "cliënten met een indicatie GGZ-wonen die in een Wlz-instelling verblijven, voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al in het bezit zijn van een mobiliteitshulpmiddel, mogen deze behouden". Is deze regel sectoroverstijgend voor alle GGZ-wonen cliënten bedoeld?	Ja, voor zover wordt voldaan aan de genoemde voorwaarden. Het gaat om cliënten met een indicatie GGZ-wonen die in een Wlz-instelling verblijven, voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al een mobiliteitshulpmiddel hadden; zij mogen dit hulpmiddel behouden. De gemeente blijft verantwoordelijk voor onderhoud, reparaties en aanpassingen tot vervanging nodig is; bij vervanging wordt een nieuwe aanvraag ten laste van de Wlz gedaan.
119	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Kunt u toelichten op welke wijze de proportionaliteit en uitvoerbaarheid van de aanvullende administratieve verplichtingen is beoordeeld?	Het is onduidelijk op welke aanvullende administratieve verplichtingen u doelt. Wij beantwoorden uw vraag daarom niet.
120	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Langer zelfstandig thuis wonen van cliënten waarbij de nodige hulpmiddelen/voorzieningen vanuit de Wmo nu niet tijdig beschikbaar komen. Kan het zorgkantoor toelichten of in deze situaties een overgang naar intramurale zorg gerechtvaardigd kan zijn? Zo ja op basis van welke criteria wordt beoordeeld dat zorg thuis niet langer verantwoord of passend is en dat een intramurale opname noodzakelijk is?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. We beantwoorden deze daarom niet. Ga voor structurele knelpunten over levering van Wmo-hulpmiddelen met u zorginkoper in gesprek.
121	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Persoonsgebonden hulpmiddelen worden voor cliënten met verblijf inclusief behandeling bovenbudgettair vergoed, maar hulpmiddelen voor het aantrekken van steunkousen worden gezien als roerende voorzieningen. Bent u bereid om deze zienswijze aan te passen? Zo nee, waarom niet?	Nee. Wij volgen de landelijke indeling van hulpmiddelen en roerende voorzieningen: roerende voorzieningen zijn hulpmiddelen voor zorg en wonen die meerdere personen gebruiken en worden door de zorgaanbieder uit het instellingsbudget gefinancierd. Persoonsgebonden hulpmiddelen worden alleen voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling bovenbudgettair vergoed wanneer zij onder die categorie vallen. De door u genoemde aanpassing nemen wij niet over. Desgewenst kunt u hierover in gesprek gaan met het Zorginstituut.

122	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	U geeft aan dat Zorgkantoren contracten sluiten met hulpmiddelenleveranciers: betekent dit dat de zorgaanbieder zelf geen contracten meer met leveranciers kan en mag sluiten?	Zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor de indicatiestelling van bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen en werken daarbij samen met de door zorgkantoren gecontracteerde leveranciers. Deze leveranciers leveren in opdracht van de zorgaanbieder het hulpmiddel, ondersteunen cliënt en zorgaanbieder bij juist en veilig gebruik en declareren rechtstreeks bij het zorgkantoor. Dit betekent niet dat zorgaanbieders in algemene zin geen eigen leverancierscontracten meer kunnen sluiten.
123	2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	Wat bedoelen zorgkantoren precies met het begrip 'instellingsbudget' bij hulpmiddelen en roerende voorzieningen? Gaat dit om de aan de cliënt toegewezen indicatie, het budget van de instelling of een andere afbakening?	Met instellingsbudget bedoelen wij het budget van de zorgaanbieder/instelling waaruit bepaalde hulpmiddelen worden gefinancierd, niet de aan de cliënt toegewezen indicatie. Roerende voorzieningen worden door de zorgaanbieder uit het budget van de instelling gefinancierd; hulpmiddelen voor verpleging en verzorging betaalt de zorgaanbieder alleen uit het instellingsbudget voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling. Mobiliteitshulpmiddelen en bepaalde persoonsgebonden hulpmiddelen worden bovenbudgettair vergoed.
124	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Beademingstoeslag vergt vooral verpleegkundige inzet. Waarom volstaat een verpleegkundige niet met passende kwalificatie?	Een passende verpleegkundige kwalificatie alleen volstaat niet, omdat de zorg voor chronische ademhalingsondersteuning specialistische zorg betreft. Deze zorg kan alleen worden geleverd op een plaats met behandeling vanwege het medisch specialistische karakter. Het personeel dat betrokken is bij (non-)invasieve beademing moet aantoonbaar geschoold zijn, waarbij een Centrum voor Thuisbeademing is betrokken.
125	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Het beleid voor chronische ademhalingsondersteuning (par. 2.4) is nieuw t.o.v. 2026 en de voorwaarden lijken identiek aan de Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026. Klopt het dat alleen dit beleid is gewijzigd? Zo nee, welke overige wijzigingen gelden er voor 2027 t.o.v. 2026?	Zowel het beleid als de aanvullende inkoopvoorwaarden voor chronische ademhalingsondersteuning zijn niet gewijzigd ten opzichte van 2026. De opbouw van het Landelijk Beleidskader 2027 is gewijzigd ten opzichte van de Aanvullende inkoopvoorwaarden 2026 door per paragraaf een inleiding en het beleid toe te voegen.

126	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Indien een zorgaanbieder op 1 januari 2027 nog niet aan alle inkoopvoorwaarden voor chronische ademhalingsondersteuning voldoet, maar hier later wel aan gaat voldoen, kan deze zorg dan alsnog worden gecontracteerd? Zo ja, welke procedure geldt hiervoor? Daarnaast, hoe wordt de regionale behoefte aan deze zorg vastgesteld en is hierover informatie beschikbaar voor zorgaanbieders?	U kunt deze vragen bespreken met de zorginkoper van uw zorgkantoor. Het is afhankelijk van het (boven)regionale zorgaanbod en de wachtlijst voor deze zorg wat de mogelijkheden zijn om deze zorg te kunnen gaan bieden. Deze informatie over de zorgbehoefte is niet openbaar, maar kan het zorgkantoor wel beschikbaar stellen als hierom gevraagd wordt. Uw zorginkoper kan ook vertellen welke procedure gevolgd moet worden om deze zorg te kunnen gaan leveren.
127	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Kan het zorgkantoor bevestigen of de toeslag chronische ademhalingsondersteuning ook bij MPT kan worden ingezet, net zoals bij VPT? Zo nee, op welke regelgeving of beleidsgrond is dat onderscheid gebaseerd?	Het onderscheid is gebaseerd op de NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis van het betreffende jaar. Hierin is opgenomen dat de toeslag chronische ademhalingsondersteuning alleen kan worden ingezet bij een ZZP en een VPT. Deze toeslag is niet opgenomen in de NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg van het betreffende jaar.
128	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Op welke wijze kan onze organisatie haar interesse kenbaar maken om deze specialistische zorg te gaan verlenen?	U kunt hiervoor contact opnemen met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
129	2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	Zorgkantoren zien deze... zorg geconcentreerd in. Kan iedere zorgaanbieder die aan de voorwaarden voldoet het product ademhalingsondersteuning gaan bieden, of past u een selectie toe van (nu reeds gecontracteerde) aanbieders?	Nee, dit volgt niet automatisch uit het voldoen aan de aanvullende inkoopvoorwaarden. Wij zien chronische ademhalingsondersteuning als specialistisch zorgaanbod met een (boven)regionale functie en kopen deze zorg geconcentreerd in. Zorgkantoren kijken hierbij ook naar een landelijke spreiding. Voor invasieve beademing geldt bovendien dat deze alleen kan worden geleverd op een plaats met behandeling en dat beademingsplekken zoveel mogelijk geclusterd worden geleverd met een regionale functie.
130	2.5 Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)	Het beleid met betrekking tot infectiepreventie, zoals opgenomen in paragraaf 2.5 van het Landelijk beleidskader Wlz 2027 is identiek aan het beleid zoals opgenomen in de Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026. Klopt dat? Zo nee, welke wijzigingen zijn er dan in 2027 ten opzichte van 2026?	Het beleid is inderdaad identiek aan de aanvullende inkoopvoorwaarden 2026. Alleen de opbouw van het document is gewijzigd. Bij nader inzien vonden wij de inhoud meer betrekking hebben op beleid dan op aanvullende inkoopvoorwaarden.

131	2.5 Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)	Volgens paragraaf 2.5 moet infectiepreventie ingebed zijn in de kwaliteitscyclus, zonder nadere toelichting. Kan het arbobeleid van de organisatie hierin een rol spelen? Zou een RI&E met een actief plan van aanpak hiervoor volstaan (infectiepreventie en hygiëne komen voorbij), wellicht aangevuld met het volgen van de geldende (sector)richtlijnen van het RIVM en Voedingscentrum?	De IGJ houdt toezicht op de wijze waarop zorginstellingen infectiepreventie organiseren en uitvoeren. Het zorgveld ontwikkelt hiervoor zelf professionele richtlijnen, bijvoorbeeld via het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI). Vervolgens ziet de IGJ erop toe dat de richtlijnen er zijn en dat ze worden toegepast. Vilans heeft diverse hulpmiddelen ontwikkeld voor reflectie en verbetering van infectiepreventie. Op Zorg voor Beter zijn aanvullende richtlijnen, instrumenten en praktische informatie beschikbaar. Het arbobeleid ziet alleen toe op medewerkers, dus is ontoereikend.
132	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Het beleid gaat uit van het uitgangsniveau 2026 voor de contractering van cliëntgebonden consultatie en advies (CCA). Kan het zorgkantoor toelichten hoe rekening is gehouden met een mogelijke groei van de vraag naar CCA gedurende de contractperiode 2027-2029 a.g.v. toenemende zorgzwaarte, complexere zorgvragen, langer zelfstandig thuis wonen en de verschuiving van zorg naar de thuissituatie?	Het beleidskader beschrijft voor de CCA-functie niet dat het jaar 2026 het uitgangsniveau voor contractering vormt. Er is dus ruimte voor groei van CCA. Wel wordt beschreven dat zorgkantoren maatregelen kunnen nemen om de kosten te beheersen indien dat nodig is. Wij monitoren dit samen met de doelgroepen netwerken om de ingezette CCA-zorg te kunnen beoordelen.
133	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Het landelijk inkoopbeleid stelt dat "alle gecontracteerde zorgaanbieders die vanaf 2027 REC/DEC prestaties declareren, uiterlijk 1 juli 2027 volledig aan de geldende eisen in de prestatiebeschrijvingen moeten voldoen." Wat zijn de consequenties als een aanbieder op 1 juli 2027 nog niet volledig voldoet maar wel aantoonbare voortgang boekt?	Hierover zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen onder andere VWS, NZa en ZN. Als een zorgaanbieder op 1 juli 2027 niet volledig voldoet, is er sprake van onrechtmatige zorg en kunnen zorgkantoren de zorg niet meer met de LVHC-prestatie inkopen. Deze voorwaarde wordt nog opgenomen in de NZa-beleidsregel gespecialiseerde zorg voor zowel het jaar 2026 als 2027.
134	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Hoe gaan zorgkantoren aanvullende zorg voor Jonge Mensen met Dementie uniform inkopen, nu deze doelgroep meer zorg nodig kan hebben dan uit reguliere Wlz-indicaties wordt bekostigd en expliciet in landelijke dementieagenda's voorkomt?	Wij kopen aanvullende zorg voor cliënten met een zorgvraag die het geïndiceerde zorgprofiel ruim overstijgt in via de meerzorgregeling. Deze regeling is niet doelgroepgebonden; ook voor jonge mensen met dementie geldt dat passende financiering via meerzorg aan de orde kan zijn indien sprake is van tijdelijke extra zorg boven het zorgprofiel. De doelgroep jonge mensen met dementie is te omvangrijk voor de LVHC-structuur (>1500 mensen). Het is wel mogelijk dat jonge mensen met dementie worden opgenomen in een D-ZEP indien sprake is van zeer ernstig probleemgedrag en zij voldoen aan de cliëntkenmerken opgenomen in de NZa-beleidsregel.

135	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In de RIz worden 6 LVHC doelgroepen genoemd. De zorgkantoren kopen deze zorg in bij een selecte groep zorgaanbieders. Wat betekent dit voor zorgaanbieders die niet eerder als REC of DEC zijn aangewezen?	Zorgkantoren maken geen inkoopafspraken voor LVHC zorg met zorgaanbieders die niet als REC of DEC zijn aangewezen. Voor 2027 worden de bestaande afspraken alleen met eerder door de CELz aangewezen REC's en DEC's gecontinueerd.
136	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In deze alinea worden een aantal LVHC doelgroepen opgenomen. Deze zijn nu verdeeld over een aantal geselecteerde zorgaanbieders. Kunt u aangeven welke behoefte u heeft aan nieuwe zorgaanbieders en welke uitbreiding per doelgroep door u verwacht wordt voor deze producten in 2027 in de regio Zaanstreek/Waterland?	Wij gaan voor 2027 uit van continuering van de bestaande LVHC-inkoopafspraken bij de eerder door de CELz aangewezen REC's en DEC's. Uitbreiding of herverdeling van LVHC-zorg kan alleen als aan de inkoopvoorwaarden wordt voldaan én sprake is van een tekort aan plaatsen of onderuitnutting van afgesproken plaatsen; dit wordt bepaald op basis van het geactualiseerde landelijke cliëntvolume, de zorglandschappen, declaratiedata, inbreng van de Federatie LVHC en wachtlijstinformatie. Wij adviseren u contact op te nemen met uw zorginkoper of het doelgroepen netwerk voor meer informatie en advies over de door u gewenste uitbreiding.
137	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In deze alinea worden een aantal LVHC doelgroepen opgenomen. Deze zijn nu verdeeld over een aantal geselecteerde zorgaanbieders. Kunt u aangeven welke behoefte u heeft aan nieuwe zorgaanbieders en welke uitbreiding per doelgroep door u verwacht wordt voor deze producten in 2027 in de regio Foodvalley?	Wij contracteren LVHC-zorg alleen bij zorgaanbieders die beschikken over een positief deskundigheidsadvies voor een REC of DEC. Hier is voor 2027 in principe geen uitbreiding mogelijk. Dat is onderdeel van de gemaakte bestuurlijke afspraken. In het beleidskader leest u dat uitbreiding of herverdeling alleen kan plaatsvinden als voldaan wordt aan de inkoopvoorwaarden en sprake is van een tekort aan plaatsen of onderuitnutting van de afgesproken plaatsen. Lees in het beleidskader hoe dit wordt bepaald. Voor meer informatie over uw specifieke situatie verwijzen wij u naar uw zorginkoper. U kunt ook contact opnemen met het doelgroepen netwerk voor meer informatie.
138	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	In deze alinea worden een aantal LVHC doelgroepen opgenomen. Wij bieden nu nog geen zorg aan deze doelgroepen. Bent u bereid om voor één of meerdere doelgroepen afspraken met onze organisatie te gaan maken?	Wij contracteren LVHC-zorg alleen bij zorgaanbieders die beschikken over een positief deskundigheidsadvies voor een REC of DEC. Hier is voor 2027 in principe geen uitbreiding mogelijk. Dat is onderdeel van de gemaakte bestuurlijke afspraken. In het beleidskader leest u dat uitbreiding of herverdeling alleen kan plaatsvinden als voldaan wordt aan de inkoopvoorwaarden en als er sprake is van een tekort aan plaatsen of onderuitnutting van de afgesproken plaatsen. Lees in het beleidskader hoe dit wordt bepaald. U kunt ook contact opnemen met het doelgroepen netwerk voor meer informatie.

139	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Is er inzicht in welke aanbieders de LVHC zorg leveren?	Ja. Deze website geeft per doelgroepen netwerk de zorgaanbieders met een REC of DEC weer, evenals het aantal plaatsen per REC of DEC. https://www.commissiecelz.nl/doelgroepnetwerken
140	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	LVHC doelgroepen. Wij stellen vast dat de opsomming niet compleet is. Wij missen o.a. de doelgroepen Korsakov en D-ZEP. Uit de overige teksten maken wij (deels) op dat deze groepen wel onderdeel uitmaken van het beleid in deze paragraaf. Zij behoren tot het doelgroepen netwerk binnen de lvhc-structuur volgens commissie CELz. Ben u bereid deze groepen alsnog toe te voegen. Zo niet, waarom?	Bij de opmaak van het document is de doelgroep Korsakov helaas weggevalen uit de tekst. Deze nemen wij op in het beleidskader dat op 1 juli gelijktijdig met de Nvl wordt gepubliceerd. D-ZEP wordt wel genoemd in de opsomming van de LVHC-doelgroepen in paragraaf 2.6 van het beleidskader.
141	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Met ingang van 1 januari 2027 houdt de CELz op te bestaan. Er zijn landelijk bestuurlijke afspraken gemaakt voor de periode 2027-2029 ten behoeve van de structurele borging van LVHC-zorg in het zorgsysteem zonder de CELz. Zorgaanbieders moeten over een positief deskundigenadvies CELz beschikken of een (her)visitatierapport van een onafhankelijk visiterende partij. Is er één geaccrediteerde partij	Nee, er is geen specifieke geaccrediteerde partij genoemd. Vanaf 2027 moet het gaan om een (her)visitatierapport van een onafhankelijk visiterende partij, waaruit blijkt dat de zorgaanbieder voldoet aan de gestelde eisen in de module LVHC en hoeveel plaatsen zijn gevisiteerd.
142	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Op blz. 10 noemt u de LVHC-doelgroepen. Deze opsomming lijkt onvolledig: de doelgroepen Syndroom van Korsakov en Kind & NAH ontbreken. Uit de verdere tekst blijkt echter dat zij wel onder dit beleid vallen en onderdeel zijn van het doelgroepen netwerk binnen de LVHC-structuur, zoals beschreven door commissie CELz. Kunt u deze doelgroepen toevoegen? Zo nee, waarom niet?	Bij de opmaak van het document is de doelgroep Korsakov helaas weggevalen in de tekst. Deze nemen wij op in het beleidskader dat op 1 juli gelijktijdig met de Nvl wordt gepubliceerd. Kind & NAH maakt geen onderdeel meer uit van de LVHC doelgroepen. Hiertoe is landelijk besloten, aangezien deze zorg aan bij weinig kinderen met een Wlz indicatie wordt ingezet.
143	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Vallen de doelgroep SGLVG en VG7+ buiten de LVHC zorg? Zo ja waarom is deze keuze gemaakt. Zo nee waarom is deze doelgroep niet opgenomen in het rijtje?	SGLVG- en VG7+-zorg behoren niet tot de LVHC-zorg zoals vermeld in de Regeling langdurige zorg en waarvoor het specifieke inkoopbeleid van toepassing is. Voor SGLVG gold al een specifiek inkoopbeleid met aanvullende inkoopvoorwaarden (zie paragraaf 5.4 van het beleidskader). Voor VG7+ is landelijk een ander traject doorlopen dan voor de LVHC-doelgroepen. De doelgroepen SGLVG en VG7+ zijn daarnaast ook te omvangrijk voor de LVHC-structuur (>1500 mensen).

144	2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ en GGZ)	Zorgkantoren contracteren LVHC-zorg vanaf 2027 vooral bij regionale en doelgroep-expertisecentra. Wij zijn dat niet, maar leveren wel LVHC-zorg voor DZEP op een locatie voor de doelgroep dementie met zeer ernstig probleemgedrag die nu via meerzorg wordt bekostigd. Op welke wijze kunnen wij voor 2027 toch worden gecontracteerd voor deze doelgroep binnen de LVHC-zorg?	Wij contracteren LVHC-zorg alleen bij zorgaanbieders die beschikken over een positief deskundigheidsadvies voor een REC of DEC. Hier is voor 2027 in principe geen uitbreiding mogelijk. Dat is onderdeel van de gemaakte bestuurlijke afspraken. In het beleidskader leest u dat uitbreiding of herverdeling alleen kan plaatsvinden als voldaan wordt aan de inkoopvoorwaarden en sprake is van een tekort aan plaatsen of onderuitnutting van de afgesproken plaatsen. Lees in het beleidskader hoe dit wordt bepaald. U kunt ook contact opnemen met het doelgroepen netwerk voor meer informatie.
145	2.7 Duurzaamheid	"Aanbieders ontvangen een vergoeding bij het gebruik van de Milieu Thermometer zorg. Er zijn echter ook andere manieren om duurzaamheidsinspanningen inzichtelijk te maken. Wij verzoeken u om ook aanbieders die hun duurzaamheidsinspanning op andere manieren inzichtelijk maken een vergoeding te bieden? Bent u hiertoe bereid? Zo nee, waarom niet? "	Nee, alleen bij het gebruik van de Milieuthermometer zorg kunnen zorgaanbieders die aan de voorwaarde voldoen een vergoeding ontvangen. De certificering via de Milieu Thermometer Zorg is zorgspecifiek, en ontwikkeld door en voor de zorg. De tooling is concreet, praktisch en wordt iedere drie jaar geactualiseerd. De Milieu Thermometer Zorg sluit het beste aan bij onze doelen. Tot slot weegt ook mee dat inmiddels meer dan 700 zorglocaties al een Milieu Thermometer Zorg-certificaat hebben. Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken, mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Hiervoor wordt geen vergoeding verstrekt.
146	2.7 Duurzaamheid	"Bij 'Verduurzaming van de Wlz' staat bij het 4e punt van de opsomming een voetnoot (nr 1), maar deze wordt niet onderaan de pagina toegelicht. We vragen het zorgkantoor deze alsnog toe te voegen? Op pagina 20 staan voetnoot nummer 5 en 6, maar we zien in de tussenliggende pagina's niet de tussenliggende voetnoten terugkomen."	Met deze voetnoot wilden we aangeven dat we hierbij verwijzen naar het mobiliteitsplan, zoals opgenomen in de Green Deal Duurzame zorg. Verder verwijst u naar de voetnoten op pagina 20. Deze zijn wel opgenomen. Voetnoot nr. 5 staat aan het einde van de Inleiding. Voetnoot nummer 6 staat aan het einde van de eerste zin van de paragraaf 'Wanneer is vpt passend bij ongeclusterde Wlz-zorg'.

147	2.7 Duurzaamheid	"In hoeverre is het document 'Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop' inclusief bijlagen zoals de Q&A waarnaar gelinkt wordt op bladzijde 14 onderdeel van dit inkoopkader?"	In het Landelijk beleidskader Wlz 2027 verwijzen we naar de 'Handleiding Aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop'. In de handleiding verwijzen we vervolgens naar de 'Q&A Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg'. Daarmee zijn beide documenten onderdeel van het Landelijk beleidskader.
148	2.7 Duurzaamheid	"Voor de gehandicaptensector is een eigen duurzaamheidsrapportage opgesteld. Deze is niet terug te vinden in het overzicht in de handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop. Waarom is dit niet gedaan en zijn de zorgkantoren voornemens deze alsnog toe te voegen?"	VGN heeft de gehandicaptensectorrapportage aan ons toegestuurd. Wij gaan deze rapportage beoordelen en kijken of we deze kunnen toevoegen als alternatief voor het aantonen van duurzaamheid. Zodra de beoordeling afgerond is, zullen wij dit actief kenbaar maken.
149	2.7 Duurzaamheid	"En in het bijzonder ... 2030 t.o.v. 2018. Door deze passage stellen zorgkantoren één doel uit de Green Deal centraal terwijl het volgens ons van belang is om de doelstellingen in zijn volledigheid te belichten. Waarom kiest het zorgkantoor ervoor deze doelstelling centraal te stellen? En als dit doel zo specifiek blijft kan aangegeven worden op welke wijze monitoring hiervan plaats moet vinden?"	Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. Er is geen specifiek verantwoordingsformat of voorgeschreven bewijsvoering vastgelegd voor aanbieders die geen volledige of herleidbare referentiedata uit 2018 hebben. Gebruik de informatie die bij uw organisatie beschikbaar is en bespreek de praktische invulling zo nodig met uw inkoper.
150	2.7 Duurzaamheid	"En in het bijzonder ... 2030 t.o.v. 2018. Middels deze passage stellen zorgkantoren één doel uit de Green Deal centraal, terwijl het onzes inziens van belang is om de doelstellingen in zijn volledigheid te belichten. Waarom kiest het zorgkantoor ervoor deze doelstelling centraal te stellen?"	Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. Zie bijlage 2 Landelijk beleidskader Wlz 2027, Verduurzaming van de Wlz, en bijlage 3A Overeenkomst Wlz 2027-2029, artikel 18 lid 1.

151	2.7 Duurzaamheid	"En in het bijzonder ... 2030 t.o.v. 2018." In de praktijk zien we dat het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal zeer lastig is. De zorgvraag en de incontinentie van de cliënt neemt steeds verder toe. En de opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg zijn op dit moment nog zeer beperkt. Kunt u ermee instemmen dat een inspanningsverplichting op deze doelstelling voldoende is?	Ja, wij houden rekening met de uitvoerbaarheid door dit als inspanningsverplichting te formuleren. Wij verwachten dat u zich inspent om bij te dragen aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg, waaronder het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% in 2030 ten opzichte van 2018.
152	2.7 Duurzaamheid	"We gaan zorgaanbieders ...doelen vd GDDZ". Zorgkantoren spreken een duidelijke voorkeur uit voor het gebruik van de MTZ tov andere manieren om duurzaamheidsinspanningen inzichtelijk te maken. Wij ontvangen alleen een vergoeding bij het gebruik van de MTZ. Wij zijn van mening dat zorgkantoren hiermee een middel centraal stellen ipv doel. Mogen wij dit anders inzichtelijk maken? Beargumenteer reactie	Behalve de Milieuthermometer zorg kunnen zorgaanbieders duurzaamheid ook aantonen met andere duurzaamheidscertificeringen -mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Zie hiervoor bijlage 1 van de 'Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop'. Zorgaanbieders kunnen duurzaamheid ook aantonen door het invullen en aanleveren van de "Checklist aantoonbaar duurzame zorg zonder duurzaamheidscertificering". Zie hiervoor bijlage 2 bij de handleiding. De certificering via de Milieu Thermometer Zorg is zorgspecifiek, en ontwikkeld door en voor de zorg. De tooling is concreet, praktisch en wordt iedere drie jaar geactualiseerd. De Milieu Thermometer Zorg sluit het beste aan bij onze doelen. Tot slot weegt ook mee dat inmiddels meer dan 700 zorglocaties al een Milieu Thermometer Zorg-certificaat hebben.
153	2.7 Duurzaamheid	Aanbieders moeten zich inspannen om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 t.o.v. 2018; Wij gaan er vanuit dat jullie hierbij bedoelen dat er minder 'vervuilende/wegwerp' incontinentiemateriaal wordt gebruikt. En met het 'verminderen' ook bedoelen dat er gebruik wordt gemaakt van duurzame alternatieven/ herbruikbare alternatieven. Is deze redenering juist?	Ja, het inzetten op wasbaar of duurzaam incontinentiemateriaal kan onderdeel zijn van de oplossing om de duurzaamheidsdoelstelling rondom incontinentiemateriaal te behalen.

154	2.7 Duurzaamheid	Aanbieders ontvangen alleen een vergoeding bij gebruik van de Milieu Thermometer Zorg. Wij zijn van mening u hiermee een middel centraal stelt, in plaats van het doel om te verduurzamen. Wij verzoeken u om ook aanbieders die hun duurzaamheidsinspanning op andere manieren inzichtelijk maken een vergoeding te bieden. Bent u hiertoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, alleen bij het gebruik van de Milieuthermometer zorg kunnen zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen een vergoeding ontvangen. De certificering via de Milieu Thermometer Zorg is zorgspecifiek, en ontwikkeld door en voor de zorg. De tooling is concreet, praktisch en wordt iedere drie jaar geactualiseerd. De Milieu Thermometer Zorg sluit het beste aan bij onze doelen. Tot slot weegt ook mee dat inmiddels meer dan 700 zorglocaties al een Milieu Thermometer Zorg-certificaat hebben. Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken, mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Hiervoor wordt geen vergoeding verstrekt.
155	2.7 Duurzaamheid	Als wij kiezen voor een andere methode, zoals de Checklist aantoonbaar duurzame zorg, heeft het zorgkantoor dan al een overzicht van extra vragen die wij kunnen verwachten?	Zorgaanbieders die niet over één van die certificeringen/rapportages (gaan) beschikken kunnen duurzaamheid aantonen door het invullen en aanleveren van de "Checklist aantoonbaar duurzame zorg zonder duurzaamheidscertificering". In bijlage 2 bij de handleiding is beschreven welke toelichting en documenten we hierbij verwachten.
156	2.7 Duurzaamheid	Bent u bereid ook vergoeding te bieden aan aanbieders die duurzaamheidsinspanningen aantoonbaar via andere gelijkwaardige methoden inzichtelijk maken dan de Milieu Thermometer Zorg? Zo nee, waarom wordt één middel centraal gesteld boven het verduurzamingsdoel?	Nee, alleen bij het gebruik van de Milieuthermometer zorg kunnen zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen een vergoeding ontvangen. De certificering via de Milieu Thermometer Zorg is zorgspecifiek, en ontwikkeld door en voor de zorg. De tooling is concreet, praktisch en wordt iedere drie jaar geactualiseerd. De Milieu Thermometer Zorg sluit het beste aan bij onze doelen. Tot slot weegt ook mee dat inmiddels meer dan 700 zorglocaties al een Milieu Thermometer Zorg-certificaat hebben. Zorgaanbieders kunnen wel kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken, mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Hiervoor wordt geen vergoeding verstrekt.

157	2.7 Duurzaamheid	Betreft deze eerste certificering per locatie van een zorgaanbieder of maximaal één locatie van een zorgaanbieder? Graag een toelichting met een voorbeeld.	Als meerdere locaties van één zorgaanbieder worden gecertificeerd, dan kan u ook een vergoeding krijgen voor meerdere locaties tot het genoemde maximum. Dit maximum is van toepassing op de periode 2027 t/m 2030. Milieu Platform Zorg zal een offerte uitbrengen voor het totale certificeringstraject van alle gewenste locaties. Als het certificaat daadwerkelijk wordt behaald, vergoedt het zorgkantoor deze kosten tot een maximum van €15.000 incl. BTW.
158	2.7 Duurzaamheid	Biedt het zorgkantoor gunstigere voorwaarden aan locaties die hoger scoren op de Milieuthermometer Zorg, zoals zilver in plaats van brons? Zo ja, hoe maakt het zorgkantoor dit verschil als wij een andere methode gebruiken, zoals de Checklist aantoonbaar duurzame zorg? Kunnen wij ons met die methode ook beter onderscheiden?	Wij vergoeden alleen de certificeringskosten onder de voorwaarden zoals opgenomen in het beleid. In het beleid zijn verder geen aanvullende inkoopvoordelen opgenomen.
159	2.7 Duurzaamheid	Certificering van de Milieuthermometer Zorg vindt niet op organisatieniveau plaats, maar per locatie. Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1 januari 2028 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau zilver? Zo nee, waarom niet?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).
160	2.7 Duurzaamheid	De eisen voor het behalen en/of behouden van certificaat Brons worden door de jaren heen steeds hoger. Inmiddels wordt gewerkt met certificeringeisen versie 7 (2025 – 2027). De volgende versie zal naar alle waarschijnlijkheid strenger zijn dan de huidige versie. Daarbovenop eist u vanaf 1 januari 2030 tenminste certificaat Zilver. Bent u bereid om deze eis te laten vervallen? Zo niet, waarom niet?	Nee, wij laten deze eis niet vervallen. Zorgkantoren willen richting 2030 aantoonbaar duurzamere zorg inkopen welke aansluit bij de doelen van de Green deal. Daarom verwachten wij van intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE per 1 januari 2028 minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg of zicht daarop, en per 1 januari 2030 minimaal niveau zilver. Wij zijn op de hoogte dat de Milieuthermometer Zorg iedere 3 jaar wordt geactualiseerd.
161	2.7 Duurzaamheid	De vergoeding voor (her)certificering wordt van het zorgkantoor ontvangen. Wij hebben afspraken met meerde zorgkantoren. Bij welk zorgkantoor kunnen wij om de vergoeding vragen?	Het marktleidende zorgkantoor (daar waar u de grootste omzet heeft) is verantwoordelijk voor de vergoeding indien wordt gekozen voor certificering via de Milieuthermometer Zorg, u onder de reikwijdte van het duurzaamheidsbeleid valt en aan alle voorwaarden voldoet zoals opgenomen in dat beleid.

162	2.7 Duurzaamheid	Er is een vergoeding beschikbaar voor organisatie met meer dan 250fte voor de kosten van certificering. Kunnen kleinere organisaties ook een tegemoetkoming in de kosten verwachten als zij certificeren? Zo nee, waarom niet?	Nee. Deze zorgaanbieder valt vooralsnog buiten de doelgroep en krijgt geen vergoeding voor het reeds behaalde certificaat.
163	2.7 Duurzaamheid	Er staat dat zorgkantoren de kosten van intramurale aanbieders met meer dan 250 FTE voor certificeringen van de Milieuthermometer Zorg vergoeden. Het gaat om eerste certificering of hercertificering. Betreft deze eerste certificering per locatie van een zorgaanbieder of maximaal één locatie van een zorgaanbieder? Graag een toelichting met een voorbeeld.	Milieu Platform Zorg zal een offerte uitbrengen voor het totale certificeringstraject van alle gewenste locaties. Als het certificaat daadwerkelijk wordt behaald, vergoedt het zorgkantoor deze kosten tot een maximum van €15.000 incl. BTW. Als meerdere locaties van één zorgaanbieder worden gecertificeerd, dan kan u ook een vergoeding krijgen voor meerdere locaties tot het genoemde maximum. Dit maximum is van toepassing op de periode 2027 t/m 2030.
164	2.7 Duurzaamheid	Er zijn alternatieve manieren om duurzaamheid aan te tonen, waaronder een checklist. Hoe wordt de voortgang tussen 1-1-2028 en 1-1-2030 getoetst bij gebruik van een checklist? Worden toekomstige checklists strenger?	Vanaf 2028 willen zorgverzekeraars en zorgkantoren idealiter alleen zorg inkopen bij zorgaanbieders die aantoonbaar voldoen aan milieuwet- en regelgeving en aandacht voor duurzame zorg geborgd hebben in hun organisatie. En vanaf 2030 idealiter alleen nog zorg inkopen die voldoet aan milieuwet- en regelgeving, de GDDZ-doelen en waarbij duurzaamheid is geborgd in de organisatie. De checklist is van toepassing op het beleid 2027 en gaat over de verwachtingen die we stellen per 1 januari 2028. Vanaf 1 januari 2028 kan deze checklist jaarlijks worden geactualiseerd en aangevuld. Er zullen echter geen hogere normen worden gesteld voor de jaren tot en met 2029. De checklist zal daarnaast worden aangepast voor 2030, zodat deze aansluit bij de verwachtingen per 1 januari 2030.
165	2.7 Duurzaamheid	Er zijn deadlines voor het behalen van de certificaten. Echter wordt niet op instellingsniveau, maar op locatieniveau gecertificeerd. Hoe ziet u dit, ook tav de vergoedingen vanuit het Zorgkantoor die hiermee een relatie hebben?	Milieu Platform Zorg zal een offerte uitbrengen voor het totale certificeringstraject van alle gewenste locaties. Als het certificaat daadwerkelijk wordt behaald, vergoedt het zorgkantoor of de zorgverzekeraar deze kosten tot een maximum van €15.000 incl. BTW. De gemaximeerde vergoeding geldt voor de gehele zorgaanbieder, ongeacht het aantal zorgkantoren / zorgverzekeraars dat contracteert.

166	2.7 Duurzaamheid	Er zijn deadlines voor het behalen van de certificaten. Enkele locaties huren wij voor een langere duur dan 2030 en mogelijk gaat de verhuurder enkele maatregelen ta.v. het pand niet realiseren waardoor voor een specifiek certificering of niveau zilver MPZ niet haalbaar is. Hoe gaat u daarmee om?	Ook voor gehuurde panden verwachten zorgverzekeraars en zorgkantoren dat deze verduurzaamd worden. Huurpanden worden binnen de Milieuthermometer Zorg op dezelfde manier beoordeeld als eigen panden. Als één of meerdere locatie(s) zijn gecertificeerd, dan zien zorgkantoren en zorgverzekeraars de certificering als geldig voor de hele organisatie. Immers het certificeren van locaties stelt ook eisen aan de overkoepelende organisatie.
167	2.7 Duurzaamheid	Het behalen van certificaat zilver zal een forse inspanning in tijd en geld kosten van de organisatie. Is het behalen van zilver redelijk en billijk gezien de arbeidsmarktproblematiek, de bijkomende administratieve lasten en de tarieven die blijvend onder druk staan? Wij zijn van mening dat dit niet het geval is en maken daarom bezwaar tegen deze eis.	Vanuit onze rol en ambitie is inzicht nodig in hoe duurzaam de zorg is die ingekocht wordt. Er is enige administratieve belasting voor zorgaanbieders, maar die vloeit vooral voort uit de geldende wet- en regelgeving en uit het commitment van alle zorgbranches aan de Green Deal Duurzame Zorg. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn van oordeel dat het gebruikmaken van duurzaamheidscertificaten de administratieve belasting beheersbaar houdt. Het hebben van een duurzaamheidscertificaat bewijst een bepaald duurzaamheidsniveau en maakt de dialoog over de verduurzaming eenvoudiger. Het maakt dat de zorgaanbieder automatisch ook voldoet aan andere wettelijke verplichtingen zoals de EED. Daarnaast voorziet het zorginkoopbeleid 2027 in alternatieven.
168	2.7 Duurzaamheid	Het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal zeer lastig te bereiken is. De zorgvraag en de incontinentie van de cliënt neemt steeds verder toe. Opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg (recycling, wasbaar, etc.) is nog zeer beperkt. Heeft u hier rekening mee gehouden? Kunt u instemmen dat een inspanningsverplichting voldoende is? Zo nee, waarom niet?	Ja, wij houden rekening met de uitvoerbaarheid door dit als inspanningsverplichting te formuleren. Wij verwachten dat u zich inspent om bij te dragen aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg, waaronder het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% in 2030 ten opzichte van 2018.
169	2.7 Duurzaamheid	Het zorgkantoor verwacht van intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE dat zij per 1 januari 2028 gecertificeerd zijn voor minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg en per 1 januari 2030 voor minimaal niveau zilver. Geldt dit voor 1 of enkele locaties van de zorgaanbieder of voor alle locaties?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevante locatie(s).

170	2.7 Duurzaamheid	Hoe kunnen zorgaanbieders concreet aantonen dat het gebruik van incontinentiemateriaal met 5–10% is verminderd in 2030 ten opzichte van 2018, terwijl er voor veel aanbieders geen (volledig) betrouwbare of herleidbare referentiedata uit 2018 beschikbaar is?	Wij vragen zorgaanbieders zich in te spannen om bij te dragen aan de doelen van de GDDZ, waaronder het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% in 2030 ten opzichte van 2018. Er is geen specifiek verantwoordingsformat of voorgeschreven bewijsvoering vastgelegd voor aanbieders die geen volledige of herleidbare referentiedata uit 2018 hebben. Gebruik de informatie die bij uw organisatie beschikbaar is en bespreek de praktische invulling zo nodig met uw inkoper.
171	2.7 Duurzaamheid	Hoe worden duurzaamheidsinvesteringen financieel ondersteund of verdisconteerd in tarieven?	In de periode 2027 t/m 2030 kunnen intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE aanspraak maken op een gemaximeerde vergoeding indien gekozen wordt voor certificering via de Milieuthermometer Zorg. Zorgkantoren vergoeden de kosten voor de certificeringen van de Milieuthermometer Zorg in de volgende gevallen: • Eerste certificering of hercertificering brons in de periode 1 januari 2027 – 1 januari 2028 • Eerste certificering of hercertificering zilver in de periode 1 januari 2027 – 1 januari 2030 • Eerste certificering of hercertificering goud in de periode 1 januari 2027 – 31 december 2030. Er zijn geen andere vergoedingen voor verduurzaming in het inkoopbeleid opgenomen. Een zorgaanbieder met intramurale capaciteit ontvangt via het tarief een NHC-vergoeding. De investeringsbedragen zijn vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van duurzaamheid.
172	2.7 Duurzaamheid	Hoe wordt binnen de duurzaamheidseisen rekening gehouden met organisaties die (deels) opereren in huurpanden, waarbij verduurzaming afhankelijk is van de verhuurder?	Zorgkantoren maken geen onderscheid in eigendom of huur. Voor organisaties die (deels) in huurpanden werken, geldt dat wij verwachten dat u zich inspant om duurzaamheid in uw strategie, plannen en ontwikkelingen te verankeren en daarover rapporteert voor zover de informatie bij u beschikbaar is. Huurpanden worden binnen de Milieuthermometer Zorg op dezelfde manier beoordeeld als eigen panden.

173	2.7 Duurzaamheid	Hoe wordt de vergoeding voor de kosten MTZ bepaald in geval een organisatie meerdere locaties heeft?	Milieu Platform Zorg zal een offerte uitbrengen voor het totale certificeringstraject van alle gewenste locaties. Als het certificaat daadwerkelijk wordt behaald, vergoeden zorgverzekeraars en zorgkantoren deze kosten tot een maximum van €15.000 incl. BTW. De gemaximeerde vergoeding geldt voor de gehele zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030.
174	2.7 Duurzaamheid	In de praktijk zien we dat de doelstelling rondom het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal zeer lastig te bereiken is. De zorgvraag en daarmee ook de incontinentie van de cliënt neemt immers steeds verder toe. Bovendien zijn de opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg op dit moment nog zeer beperkt. Is inspanningsverplichting op doelstelling voldoende? Zo nee waarom ni	Ja. Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. Zie bijlage 2 Landelijk beleidskader Wlz 2027, Verduurzaming van de Wlz, en bijlage 3A Overeenkomst Wlz 2027-2029, artikel 18 lid 1.
175	2.7 Duurzaamheid	In de praktijk zien we dat de doelstelling rondom het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal zeer lastig te bereiken is. De zorgvraag en daarmee ook de incontinentie van de cliënt neemt immers steeds verder toe. Bovendien zijn de opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg (recycling, wasbaar, etc.) op dit moment nog zeer beperkt. Heeft u hier rekening mee gehouden?	Ja. Wij houden er rekening mee dat dit een inspanningsverplichting is en geen harde resultaatsverplichting per individuele zorgaanbieder. Wij verwachten dat u zich inspent om bij te dragen aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg, waaronder het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% in 2030 ten opzichte van 2018, en dat hierover in de regio samen naar initiatieven en oplossingen wordt gezocht.
176	2.7 Duurzaamheid	In de praktijk zien we dat de doelstelling rondom verminderen gebruik incontinentiemat. zeer lastig te bereiken is. De zorgvraag en daarmee ook de incontinentie van de cliënt neemt immers steeds verder toe. Bovendien zijnde opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg (recycling, wasbaar) nog zeer beperkt. Heeft u hier rekening mee gehouden? Kunt u instemmen dat inspanningsverplichting voldoende is?	Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken.

177	2.7 Duurzaamheid	In het beleid is opgenomen dat intramurale Wlz-aanbieders met meer dan 250 fte per 1 jan. 2028 dienen te voldoen aan alle milieuwet- en regelgeving. Kan het zorgkantoor toelichten hoe van aanbieders in redelijkheid kan worden verwacht dat zij zich nu al committeren aan volledige naleving van alle milieuwet- en regelgeving per 1 januari 2028 terwijl deze regelgeving nog niet kenbaar/vaststaand is?	Wij verwachten dat u zich committeert aan naleving van de meeste recente milieuwet- en regelgeving welke voor uw organisatie en de geleverde zorg van toepassing is. Als u kiest voor de Milieuthermometer Zorg voldoet u hieraan, omdat deze direct aansluit op de voor de zorg relevante milieuwetgeving en de doelen van de GDDZ. De verplichting ziet niet op onbekende toekomstige wetgeving. Mocht er wijzigingen plaatsvinden in de milieu wet- en regelgeving, zullen zorgkantoren en zorgverzekeraars een nadere toelichting geven wat wij daarin verwachten.
178	2.7 Duurzaamheid	In het beleid staat: "En in het bijzonder zich inspannen om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 a 10% te verminderen in 2030 tov 2018." Op welke manier wordt dit gecontroleerd?	Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken.
179	2.7 Duurzaamheid	In het beleid staat: "En in het bijzonder zich inspannen om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 a 10% te verminderen in 2030 tov 2018." Welke verplichting zit hieraan vast?	Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Wij verwachten dat zorgaanbieders zich inspannen om bij te dragen aan de doelen van de GDDZ, waaronder specifiek het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% in 2030 ten opzichte van 2018.
180	2.7 Duurzaamheid	In het beleid staat: "U maakt aanspraak op een gemaximeerde vergoeding als u kiest voor certificering via de Milieuthermometer Zorg." Wat bedoelt het zorgkantoor met gemaximeerde vergoeding?	Met een gemaximeerde vergoeding bedoelen wij dat de vergoeding voor certificering via de Milieuthermometer Zorg begrensd is. De aanspraak geldt in 2027 t/m 2030 voor intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE en ziet op de kosten van eerste certificering of hercertificering voor brons, zilver of goud binnen de genoemde perioden. De vergoeding voor de kosten van (her)certificering is gemaximeerd op €15.000 incl. btw per zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030. In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie. De gemaximeerde vergoeding geldt voor de gehele zorgaanbieder, ongeacht het aantal zorgkantoren / zorgverzekeraars dat contracteert.

181	2.7 Duurzaamheid	In het inkoopdocument is opgenomen dat intramurale zorgaanbieders binnen de Wlz met meer dan 250 fte wordt verwacht dat zij per 1 januari 2028 gecertificeerd zijn voor minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg, en per 1 januari 2020 voor minimaal niveau Zilver. Wat zijn eventuele consequenties bij het niet tijdig bereiken van het gevraagde certificeringsniveau?	U verwijst in uw vraag naar 1 januari 2020 voor het niveau zilver; wij gaan ervan uit dat u 1 januari 2030 bedoelt. Zorgkantoren en zorgverzekeraars monitoren continu de prestaties en vorderingen op het gebied van verduurzaming. Indien een zorgaanbieder op 1 januari 2028 niet voldoet aan de verwachtingen, gaat de grootste zorgverzekeraar of het zorgkantoor in gesprek om maatwerkafspraken te maken. Structureel afzien van certificering of alternatieve onderbouwing van aantoonbaar verduurzamen kan gevolgen hebben voor de inkooprelatie.
182	2.7 Duurzaamheid	In uw inkoopdocument stelt u dat: Het aantoonbaar maken van duurzame zorg is van toepassing op intramurale zorginstellingen met meer dan 250 FTE. -> Geldt deze verplichting ook voor kleine zorgorganisaties die hoofdzakelijk via sociaal domein ingekocht zijn en een beperkt deel WLZ zorg bieden?	De 250 FTE geldt per zorgorganisatie. Alle zorgaanbieders met intramurale zorgcapaciteit en een personeelsbestand groter dan 250 FTE moeten aan de wetgeving voldoen en vallen daarmee onder het beleid. De verhouding tussen Wlz en ander vormen van zorg speelt daarbij geen rol.
183	2.7 Duurzaamheid	In welke mate kunnen doelstellingen Green Deal Duurzame Zorg van invloed zijn op toekomstige contractering of tariefstelling binnen het inkoopbeleid 2027-2029?	Zorgverzekeraars en zorgkantoren monitoren continu de prestaties en vorderingen op het gebied van verduurzaming. Indien een zorgaanbieder op 1 januari 2028 niet voldoet aan de verwachtingen, gaat de grootste zorgverzekeraar of het zorgkantoor in gesprek om maatwerkafspraken te maken. Structureel afzien van certificering of alternatieve onderbouwing van aantoonbaar verduurzamen kan gevolgen hebben voor de inkooprelatie.
184	2.7 Duurzaamheid	Indien een zorgaanbieder voor meerdere afzonderlijke locaties al een brons-certificaat heeft behaald, maar vervolgens kiest voor een organisatiebreed certificaat, komt de zorgaanbieder dan in aanmerking voor de vergoeding binnen het maximum van €15.000?	Zorgkantoren zien dit als maatwerk waarbij er separaat een afspraak gemaakt moet worden tussen de zorgaanbieder, MPZ, de certificerende instelling en de grootste zorgverzekeraar of het zorgkantoor.
185	2.7 Duurzaamheid	Indien gekozen wordt voor een alternatief (zoals CSRD-gedreven sturing in plaats van MTZ-certificering), heeft dit consequenties voor contractering, beoordeling of eventuele stimulansen vanuit het zorgkantoor?	Nee. Zorgaanbieders kunnen duurzame zorg aantoonbaar maken met de Milieuthermometer Zorg-certificering of met een aantal alternatieven, waaronder een CSRD-rapportage of de checklist. Hiervoor ontvangt u echter geen vergoeding. Indien u aan de voorwaarden voldoet, heeft dit geen consequenties voor de contractering, beoordeling of stimulering door het zorgkantoor.

186	2.7 Duurzaamheid	Is het bij certificering volgens de Milieuthermometer Zorg voor aanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 2028 en 2030 minimaal één locatie het vereiste niveau behaalt, of wordt certificering op alle locaties verwacht en wat is hiervoor de onderbouwing?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).
187	2.7 Duurzaamheid	Is het voor elke hercertificering (dus jaarlijks) mogelijk om de vergoeding te ontvangen?	Nee. Bij het behalen van het certificaat start een cyclus van 3 jaar. Alleen bij de start van deze cyclus ontvangt u een vergoeding of indien u een hoger certificaat behaalt.
188	2.7 Duurzaamheid	Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1 januari 2028 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau zilver? Zo nee, waarom niet en hoe is dit uitvoerbaar voor landelijke aanbieders?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).
189	2.7 Duurzaamheid	Kan de aanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030 een vergoeding ontvangen voor in eerste instantie (her)certificering brons en later (her)certificering zilver etc.?	Ja, dat kan. De vergoeding voor de kosten van (her)certificering voor een zorgaanbieder is wel gemaximeerd op €15.000 incl. btw per zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030.
190	2.7 Duurzaamheid	Kan het zorgkantoor bevestigen dat voor vermindering van incontinentiemateriaal een inspanningsverplichting volstaat, gezien toenemende zorgzwaarte en beperkte duurzame alternatieven? Zo nee, waarop is een resultaatsverplichting gebaseerd?	Ja. Wij verwachten dat zorgaanbieders zich inspannen om bij te dragen aan de doelen van de GDDZ, en in het bijzonder zich inspannen om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Daarmee is dit als inspanningsverplichting geformuleerd.
191	2.7 Duurzaamheid	Kan het zorgkantoor bevestigen of het bijdragen aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg wordt beschouwd als een inspanningsverplichting?	Ja. We vragen zorgaanbieders om zich in te spannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg.
192	2.7 Duurzaamheid	Klopt het dat u aan extramurale zorgaanbieders niet te verplichting stelt om duurzaamheid aantoonbaar te maken?	Ja, dit klopt. Die verwachting is gericht op intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 fte. Wel verwachten wij van alle zorgaanbieders dat zij zich inspannen voor de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg, duurzaamheid verankeren in hun strategie of plannen, en waar beschikbaar rapporteren over duurzaamheidsprestaties. Zie bijlage 2 Landelijk beleidskader Wlz 2027, paragraaf 2.7.
193	2.7 Duurzaamheid	Kunnen geclusterde VPT-locaties ook aanspraak maken op een financiële tegemoetkoming?	Nee. In de handleiding beschrijven we dat (on)geclusterde mpt en vpt niet binnen de reikwijdte vallen van aantoonbare verduurzaming. Zij kunnen dus niet in aanmerking komen voor de vergoeding van certificering via de Milieuthermometer Zorg.

194	2.7 Duurzaamheid	Kunt u bevestigen dat u onder intramurale aanbieders geen geclusterd VPT-locaties bedoeld?	Ja, in de handleiding beschrijven we dat (on)geclusterde mpt en vpt niet binnen de reikwijdte vallen van aantoonbare verduurzaming.
195	2.7 Duurzaamheid	Kunt u toelichten hoe de duurzaamheidsverplichtingen voor intramurale Wlz-zorgaanbieders met meer dan 250 fte zich verhouden tot de extramuralisatie, en of wordt voorzien in overgangs- of ondersteuningsregelingen voor investeringen in bestaand vastgoed?	Het beleid voor verduurzaming van de zorg is niet gekoppeld aan het beleid rondom extramuralisering. Voor investeringen in bestaand vastgoed is geen overgangs- of ondersteuningsregeling vanuit zorgkantoren. De NHC is bestemd voor de financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. De investeringsbedragen zijn vanaf 1 januari 2019 verhoogd vanwege aangescherpte eisen in het kader van duurzaamheid. Daarnaast kan een zorgaanbieder gebruik maken van andere financieringsbronnen, zoals de DUMAVA.
196	2.7 Duurzaamheid	Laatste regel link: zie handleiding aantoonbare duurzaamheid ..., bladzijde 2. "intramurale zorg" Klopt het dat er nu geen duurzaamheidsopslag mogelijk is voor aanbieders in ambulante (VPT/MPT) sector? Is het zorgkantoor voornemens om een doorvertaling te maken naar ambulant c.q. kleinschalige zorgorganisaties en dat dan ook te vertalen naar een opslag?	Dat klopt. Zorgaanbieders die geen intramurale zorg leveren (waaronder on)geclusterde mpt en vpt) vallen vooralsnog buiten de doelgroep en krijgen geen vergoeding voor het behalen van Milieuthermometer Zorg certificaat.
197	2.7 Duurzaamheid	Men stelt eisen aan organisatie met meer dan 250 FTE. Kijkt men naar de gehele organisatie of alleen naar het WLZ gedeelte?	De 250 FTE geldt per zorgorganisatie. Alle zorgaanbieders met intramurale zorgcapaciteit en een personeelsbestand groter dan 250 FTE moeten aan de wetgeving voldoen en vallen daarmee onder het beleid. De verhouding tussen Wlz en ander vormen van zorg speelt daarbij geen rol.
198	2.7 Duurzaamheid	Milieuthermometer: verwacht u van alle intramurale zorgaanbieders dat duurzaamheid aantoonbaar wordt gemaakt op de organisatie website of is dit alleen bedoeld voor zorgaanbieders met meer dan 250 FTE?	De verwachting om duurzaamheid aantoonbaar te maken geldt alleen voor intramurale zorgaanbieders binnen de Wlz met meer dan 250 FTE.

199	2.7 Duurzaamheid	Op de website van ZN wordt gesproken over een vergoeding van 15K voor (her)certificering. Op pag 13 wordt kort gerefereerd. Welke procedure moet doorlopen worden om aanspraak te maken op deze gelden?	De zorgkantoren vergoeden de kosten voor behaalde (her)certificeringen van Milieuthermometer Zorg in de volgende gevallen: • Eerste certificering of hercertificering brons in de periode 1 jan 2027 – 1 jan 2028; • Eerste certificering of hercertificering zilver in de periode 1 jan 2027 – 1 jan 2030; • Eerste certificering of hercertificering goud in de periode 1 jan 2027 – 31 dec 2030 De vergoeding voor de kosten van (her)certificering voor een zorgaanbieder is gemaximeerd op €15.000 incl. btw per zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030. De vergoeding geldt enkel voor de door MPZ vermelde kosten in de offerte voor (her)certificering. Andere kosten worden niet vergoed. Voor de volledige procedure verwijzen we naar de Handleiding Aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop.
200	2.7 Duurzaamheid	Op pagina 13 staat geschreven "Zorgkantoren vergoeden de kosten voor de certificeringen van de Milieuthermometer Zorg in de volgende gevallen:". Wat is de definitie van de kosten van certificering? Zijn dit zowel interne- als externe kosten?	De vergoeding voor de kosten van (her)certificering voor een zorgaanbieder is gemaximeerd op €15.000 incl. btw per zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030. De vergoeding geldt enkel voor de door MPZ vermelde kosten in de offerte voor (her)certificering. Andere kosten worden niet vergoed, zoals interne uren, inhuur van externen of kosten om te voldoen aan de eisen voor de (her)certificering.

201	2.7 Duurzaamheid	Op welke wijze verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders concreet invulling geven aan de verplichtingen voortvloeiend uit de Green Deal Duurzame Zorg binnen het zorginkoopbeleid, en hoe worden voortgang en naleving hiervan gemonitord en geborgd? Kunt u dit ook toelichten wanneer de aanbieder de milieu thermometer niet verkiest?	Wij verwachten dat zorgaanbieders zich inspinnen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek over het aantoonbaar maken van de duurzaamheid van de geleverde zorg. We geven daarbij de voorkeur aan de Milieuthermometer Zorg, maar u mag ook een alternatief gebruiken als dat voldoende aansluit bij wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Deze alternatieven zijn uitgewerkt in de Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop. De alternatieven zijn van toepassing op het beleid 2027 en gaan over de verwachtingen die we stellen per 1 januari 2028. De alternatieven zullen worden aangepast voor 2030, zodat deze aansluiten bij de verwachtingen per 1 januari 2030.
202	2.7 Duurzaamheid	Op ZN.nl staat dat het certificaat wordt aangevraagd voor de meest relevante locatie(s) als een zorgaanbieder meerdere locaties heeft. Hoe bepalen wij deze relevantie volgens Zorgkantoren?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevante locatie(s). Dit zijn bij voorkeur de grotere locaties welke intramurale Wlz zorg leveren.
203	2.7 Duurzaamheid	Ref. naar paragraaf 2.7 van het landelijke WLZ beleid aangaande vergoeding certificering. In die paragraaf wordt vervolgens gezegd dat er vergoeding kan volgen. Vervolgens wordt er naar een handleiding verwezen waarin MPZ (milieu platform zorg) wordt genoemd. Hier kan dan ook vergoeding voor worden ontvangen (van de her certificering). Hoe staat dit in verhouding tot andere subsidies zoals DUMAVA?	De vergoeding van zorgkantoren en zorgverzekeraars voor (her)certificering via de Milieuthermometer Zorg staat los van andere subsidies zoals DUMAVA.
204	2.7 Duurzaamheid	U schrijft "Van intramurale zorgaanbieders...de milieuthermometer zorg". Is het voldoende dat per 1 januari 2028 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 minimaal één locatie is gecertificeerd voor minimaal niveau zilver? Mogen we hier uitgaan van de antwoorden op de website van ZN bij de FAQ over dit onderwerp?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevante locatie(s). Dit is ook op deze manier opgenomen in de Q&A Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg van ZN.

205	2.7 Duurzaamheid	U schrijft dat er ook alternatieve manieren zijn om duurzaamheid aantoonbaar te maken. Deze staan in de "Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop". Eén daarvan is het invullen van een checklist. Hoe toetst u in dat geval de voortgang tussen 1-1-2028 en 1-1-2030? Worden er in toekomstige checklists andere vragen gesteld en indirect een hogere norm gesteld?	Vanaf 2028 willen zorgverzekeraars en zorgkantoren idealiter alleen zorg inkopen bij zorgaanbieders die aantoonbaar voldoen aan milieuwet- en regelgeving en aandacht voor duurzame zorg geborgd hebben in hun organisatie. En vanaf 2030 idealiter alleen nog zorg inkopen die voldoet aan milieuwet- en regelgeving, de GDDZ-doelen en waarbij duurzaamheid is geborgd in de organisatie. De checklist is van toepassing op het beleid 2027 en gaat over de verwachtingen die we stellen per 1 januari 2028. Vanaf 1 januari 2028 kan deze checklist jaarlijks worden geactualiseerd en aangevuld. Er zullen echter geen hogere normen worden gesteld voor de jaren tot en met 2029. De checklist zal daarnaast worden aangepast voor 2030, zodat deze aansluit bij de verwachtingen per 1 januari 2030.
206	2.7 Duurzaamheid	U schrijft dat u verwacht dat zorgaanbieder per 1-1-2028 is gecertificeerd voor min. niveau brons en per 1-1-2030 is gecertificeerd voor min. niveau zilver. Certificering van de Milieuthermometer vindt echter niet op organisatieniveau plaats, maar per locatie. Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1-1-2028 min. één locatie is gecertificeerd voor min. niveau zilver?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s). Als één of meerdere locatie(s) zijn gecertificeerd, dan zien zorgverzekeraars en zorgkantoren de certificering als geldig voor de hele organisatie. Immers het certificeren van locaties stelt ook eisen aan de overkoepelende organisatie.
207	2.7 Duurzaamheid	U schrijft dat u verwacht dat zorgaanbieders per 1 januari 2028 is gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 is gecertificeerd voor minimaal niveau zilver. Certificering van de Milieuthermometer Zorg vindt echter niet op organisatieniveau plaats, maar per locatie. Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1 januari 2028 minimaal één locatie is ge	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).

208	2.7 Duurzaamheid	U schrijft dat u verwacht dat zorgaanbieders per 1 januari 2028 is gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 is gecertificeerd voor minimaal niveau zilver. Certificering vindt echter niet op organisatieniveau plaats, maar per locatie. Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1 januari 2028 minimaal één locatie is gecertificeerd?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).
209	2.7 Duurzaamheid	U stelt "In de periode 2027 t/m 2030 kunnen intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE aanspraak maken op een gemaximeerde vergoeding indien gekozen wordt voor certificering via de Milieuthermometer Zorg". Wat is de reden dat de vergoeding voor deze eis alleen geldt voor zorgaanbieders met meer dan 250FTE. Kleinere zorgorganisaties kunnen ook voldoen aan de eisen van de Milieuthermometer Zorg?	Deze zorgaanbieders (<250fte) vallen vooralsnog buiten de doelgroep en krijgen geen vergoeding voor het reeds behaalde certificaat. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben zich op het standpunt gesteld dat het meeste effect wordt gesorteerd met het verduurzamen van de instellingen met de meeste milieu- en klimaatimpact. Door de komende jaren een focus aan te brengen op deze instellingen komt 80% van de CO2 uitstoot van de zorg in Nederland in scope. Ook sluit deze scope aan bij eerder in zorginkoopbeleid gehanteerde scopes met betrekking tot bijvoorbeeld het opstellen van een CO2-routekaart.
210	2.7 Duurzaamheid	U verwacht certificering van de Milieuthermometer zorg per 01-01-2028 minimaal brons en per 01-01-2030 minimaal zilver. Certificering vindt echter plaats op locatieniveau. Wij werken organisatiebreed toe naar certificering, maar door bijzondere vastgoedstatussen kunnen niet alle locaties (tijdig) gecertificeerd zijn. Is het voldoende dat uitzonderingen op locatieniveau uitlegbaar zijn?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).
211	2.7 Duurzaamheid	U verwacht dat zorgaanbieders per 1 jan 2028 zijn gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 jan 2030 voor minimaal niveau zilver. Certificering van de Milieuthermometer Zorg is niet op organisatieniveau, maar per locatie. Is het voor zorgaanbieders met meerdere locaties voldoende dat per 1 jan 2028 minimaal één locatie is gecertificeerd voor brons en per 1 jan 2030 één locatie zilver?	Zorgkantoren vragen zorgaanbieders duurzaamheid aantoonbaar te maken, bij voorkeur via de Milieuthermometer Zorg. Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).

212	2.7 Duurzaamheid	U verwacht dat zorgaanbieders per 1 januari 2028 zijn gecertificeerd voor minimaal niveau brons en per 1 januari 2030 zijn gecertificeerd voor minimaal niveau zilver van de Milieuthermometer Zorg. Voor onze eigen locaties verwachten wij geen problemen, maar geldt dit ook voor huurlocaties die we maar deels gebruiken en deels ook door andere huurders/gebruikers worden gebruikt?	Als één of meerdere locatie(s) zijn gecertificeerd, dan zien zorgverzekeraars en zorgkantoren de certificering als geldig voor de hele organisatie. Immers het certificeren van locaties stelt ook eisen aan de overkoepelende organisatie.
213	2.7 Duurzaamheid	U verwacht van intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 fte per 1 januari 2028 certificering op minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg 'of zicht op het certificaat'. Kunt u bevestigen dat de gemaximeerde vergoeding voor certificeringskosten ook geldt voor GGZ-aanbieders en aangeven wat het maximum van deze vergoeding bedraagt en hoe deze wordt aangevraagd?	De vergoeding voor de kosten van (her)certificering is voor GGZ-aanbieders ook gemaximeerd op €15.000 incl. btw per zorgaanbieder gedurende de beleidsperiode 2027-2030. Zorgorganisaties in de langdurige GGZ die Wlz én Zvw gefinancierd zijn: de door MPZ geoffreerde kosten voor behaalde (her)certificering worden gedurende de beleidsperiode 2027–2030 door de zorgverzekeraars rechtstreeks aan MPZ vergoed. Zorgorganisaties die enkel Wlz gefinancierd zijn: De zorgaanbieder betaalt de kosten voor (her)certificering in eerste instantie zelf. Wanneer de (her)certificering is uitgevoerd en het certificaat is behaald, vindt – nadat MPZ dit heeft doorgegeven – een verrekening plaats, waarbij het zorgkantoor in de nacalculatie de kosten voor (her)certificering verrekent. Voorwaarde is dat de datum op het certificaat ligt in de gestelde periode voor brons, zilver of goud.
214	2.7 Duurzaamheid	U verwacht van intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 fte per 1 januari 2028 certificering op minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg 'of zicht op het certificaat'. Kunt u concretiseren wat u verstaat onder aantoonbaar 'zicht op het certificaat'?	Als door een oorzaak buiten de invloedssfeer van de zorgaanbieder een overzichtelijke vertraging ontstaat, dan heeft dit geen directe gevolgen. De zorgaanbieder moet wel zicht hebben op de verkrijging van het certificaat (aan de eisen voldoen en certificering hebben ingepland). Zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen zich in dit geval coulant opstellen.
215	2.7 Duurzaamheid	Van intramurale zorgaanbieders binnen de Zvw en Wlz met meer dan 250 FTE verwachten zorgkantoren dat ze op 1 januari 2028 gecertificeerd zijn voor minimaal niveau brons van de Milieuthermometer Zorg (of zicht op het certificaat). Wij hebben begrepen dat dit bij meerdere locaties in eerste instantie voor één locatie moet gelden. Moet dit intramurale zorg zijn of voldoet een dagbestedingslocatie ook?	In geval van meerdere zorglocaties is de vergoeding van toepassing bij certificering van ten minste één locatie brons in 2028 en ten minste één locatie zilver in 2030. Zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan er daarbij vanuit dat gekozen wordt voor de meest relevantie locatie(s).

216	2.7 Duurzaamheid	Vraag 11 deel 2 van 3 In de praktijk zien we dat de doelstelling rondom het verminderen van het gebruik van incontinentiemateriaal zeer lastig te bereiken is. De zorgvraag en daarmee ook de incontinentie van de cliënt neemt immers steeds verder toe. Bovendien zijn de opties op het gebied van duurzame incontinentiezorg (recycling, wasbaar, etc.) op dit moment nog zeer beperkt.	U stelt geen vraag, derhalve kunnen wij geen antwoord geven.
217	2.7 Duurzaamheid	Waarom kiest het zorgkantoor ervoor één Green Deal-doel centraal te stellen (2030 t.o.v. 2018), terwijl met name de reductie van incontinentiemateriaal in de praktijk lastig haalbaar lijkt door zwaardere zorgvragen en beperkte duurzame alternatieven; en kan hiervoor worden volstaan met een inspanningsverplichting?	Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. Zie bijlage 2 Landelijk beleidskader Wlz 2027, Verduurzaming van de Wlz, en bijlage 3A Overeenkomst Wlz 2027-2029, artikel 18 lid 1.
218	2.7 Duurzaamheid	Wat is bepalend om in aanmerking te komen voor de vergoeding? Het jaar waarin de hercertificering is uitgevoerd of het jaar waarin het nieuwe certificaat in gaat / verlengd wordt?	Bepalend om in aanmerking te komen voor een vergoeding is dat het ontvangen van de eerste certificering of hercertificering binnen de genoemde periode valt. Voor brons is dat 1 januari 2027 tot 1 januari 2028, voor zilver 1 januari 2027 tot 1 januari 2030 en voor goud 1 januari 2027 tot en met 31 december 2030.

219	2.7 Duurzaamheid	Welke alternatieven voor de milieuthermometer zijn er bij het zorgkantoor bekend?	De alternatieven moeten voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. In bijlage 1 bij de 'Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop' zijn de alternatieven opgenomen en is daarbij aangegeven welke informatie we verwachten. In de 'Q&A Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg' vind u een nadere omschrijving van de nadere eisen die we stellen aan deze alternatieven. Zorgaanbieders die niet over één van die certificeringen/rapportages (gaan) beschikken kunnen duurzaamheid aantonen door het invullen en aanleveren van de "Checklist aantoonbaar duurzame zorg zonder duurzaamheidscertificering". Zie hiervoor bijlage 2 bij de handleiding.
220	2.7 Duurzaamheid	Welke concrete criteria hanteert het zorgkantoor om te beoordelen of een alternatief voor de Milieuthermometer Zorg als “voldoende aantoonbaar en passend” wordt gezien?	De alternatieven moeten voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. In bijlage 1 bij de 'Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop' zijn de alternatieven opgenomen en is daarbij aangegeven welke informatie we verwachten. Zorgaanbieders die niet over één van die certificeringen/rapportages (gaan) beschikken kunnen duurzaamheid aantonen door het invullen en aanleveren van de "Checklist aantoonbaar duurzame zorg zonder duurzaamheidscertificering". Zie hiervoor bijlage 2 bij de handleiding.
221	2.7 Duurzaamheid	Welke rol ziet het zorgkantoor voor medewerkers bij het realiseren van duurzaamheidsdoelen?	Wij verwachten dat de zorgaanbieder zich inspant om uitvoering te geven aan het duurzaamheidsbeleid en haar medewerkers hierin betreft waar nodig. Wij vinden dat de zorgaanbieder moet bepalen wat de rol van de medewerker hierin is, ook om te bepalen wat het beste past bij de organisatie.

222	2.7 Duurzaamheid	Wij onderschrijven de ambities voor duurzaamheid en versnelling. Tegelijk vinden wij dat het inkoopbeleid primair moet stimuleren van verduurzaming zelf, niet op het verantwoorden ervan, om extra administratieve lasten te voorkomen. Hoe borgt het zorgkantoor dat de lasten beperkt blijven en verantwoording geen doel op zich wordt?	Vanuit de rol en ambitie van zorgverzekeraars en zorgkantoren is inzicht nodig in hoe duurzaam de zorg is die ingekocht wordt. Er is inderdaad enige administratieve belasting voor zorgaanbieders, maar die vloeit vooral voort uit de geldende wet- en regelgeving en uit het commitment van alle zorgbranches aan de Green Deal Duurzame Zorg. Wij zijn van oordeel dat het gebruikmaken van duurzaamheidscertificaten de administratieve belasting beheersbaar houdt. Als een zorgaanbieder toch redenen ziet om geen gebruik te maken van duurzaamheidscertificering, dan voorziet het zorginkoopbeleid 2027 in alternatieven.
223	2.7 Duurzaamheid	Wij onderschrijven de duurzaamheidsambities en de noodzaak tot versnelling. Tegelijkertijd constateren wij dat deze versnelling gepaard gaat met extra personele inzet en aanvullende kosten, terwijl aanbieders al kampen met schaarste aan medewerkers en beperkte financiële ruimte. Hoe houdt het zorgkantoor in het inkoopbeleid rekening met deze extra kosten?	Wij houden hiermee rekening door in 2027 tot en met 2030 voor intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 fte een gemaximeerde vergoeding beschikbaar te stellen voor (her)certificering via de Milieuthermometer Zorg. Vanuit de rol en ambitie van zorgverzekeraars en zorgkantoren is inzicht nodig in hoe duurzaam de zorg is die ingekocht wordt. Er is enige administratieve belasting voor zorgaanbieders, maar die vloeit vooral voort uit de geldende wet- en regelgeving en uit het commitment van alle zorgbranches aan de Green Deal Duurzame Zorg.
224	2.7 Duurzaamheid	Wordt rapportage conform (versoepelde) CSRD-richtlijnen (VSME), inclusief meten, monitoren en publiceren van duurzaamheidsindicatoren, erkend als volwaardige invulling van de vereiste duurzaamheidsverantwoording binnen de zorginkoop?	Behalve met de Milieuthermometer Zorg-certificering kunnen zorgaanbieders duurzame zorg ook aantoonbaar maken met een aantal alternatieven, waaronder een VSME- of CSRD-rapportage. In Bijlage 1 van de 'Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de zorginkoop' zijn de alternatieven opgenomen en is aangegeven welke informatie wij verwachten als u kiest voor een VSME- of CSRD-rapportage. In de 'Q&A Zorginkoopbeleid verduurzamen van zorg' vindt u een nadere omschrijving van de eisen die wij stellen aan VSME en CSRD.
225	2.7 Duurzaamheid	Zorgaanbieder biedt naast Wlz zorg ook Zvw zorg. Kan zorgkantoor bevestigen dat de eisen van het Zorgkantoor aan Duurzaamheid overeenkomen met de eisen die de Zorgverzekeraar (dus ZN) bij contractering aan de Zorgaanbieder stelt?	Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben voor verduurzaming van zorg hetzelfde zorginkoopbeleid 2027 opgesteld en stellen dus dezelfde eisen rondom duurzaamheid.

226	2.7 Duurzaamheid	Zorgaanbieders dienen het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 t.o.v. 2018. Kan het zorgkantoor bevestigen dat het gaat om 5 tot 10% van het incontinentiemateriaal-afval, zodat naast preventie en correct gebruik, ook wasbaar incontinentiemateriaal onderdeel van de oplossing kan zijn (conform Handreiking verduurzaming van continenzorg voor care-instellingen)?	Het inzetten op wasbaar incontinentiemateriaal kan zeker onderdeel zijn van de oplossing om de duurzaamheidsdoelstelling rondom incontinentiemateriaal te behalen.
227	2.7 Duurzaamheid	Zorgkantoren benadrukken één Green Deal-doel, terwijl alle doelen relevant zijn. Waarom wordt juist dit doel centraal gesteld? Het verminderen van incontinentiemateriaal is lastig door toenemende zorgvraag en beperkte duurzame opties. Is hiermee rekening gehouden, en volstaat een inspanningsverplichting? Zo nee, waarom niet?	Wij sluiten aan bij de Green Deal Duurzame Zorg en bij de focuspunten die zorgbranches belangrijk vinden. In het bijzonder noemen we het doel om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 ten opzichte van 2018. Dit doel is uitgelicht, omdat hier veel impact op gemaakt kan worden in de langdurige zorg. Dit doel is als inspanningsverplichting geformuleerd. Zorgkantoren stimuleren verduurzaming door hierover in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken.
228	2.7 Duurzaamheid	Zorgkantoren geven de voorkeur aan de Milieu Thermometer Zorg en vergoeden alleen het gebruik hiervan, wat het middel boven het doel (verduurzamen) stelt. Wij verzoeken zorgkantoren om ook een vergoeding te bieden aan aanbieders die hun duurzaamheidsinspanningen op andere manieren inzichtelijk maken? Zo nee, waarom niet?	Nee, alleen bij het gebruik van de Milieuthermometer zorg kunnen zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen een vergoeding ontvangen. De certificering via de Milieu Thermometer Zorg is zorgspecifiek, en ontwikkeld door en voor de zorg. De tooling is concreet, praktisch en wordt iedere drie jaar geactualiseerd. De Milieuthermometer Zorg sluit het beste aan bij onze doelen. Tot slot weegt ook mee dat inmiddels meer dan 700 zorglocaties al een Milieuthermometer Zorg certificaat hebben. Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken, mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. Hiervoor wordt geen vergoeding verstrekt.

229	2.8 Vastgoed	"De NHC is bestemd voor de financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed". Dit is onjuist gesteld. Binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangt wij één integraal ZZP-tarief. Omdat de NHC een onlosmakelijk deel is van dit totale tarief, is het macrobudget juridisch gezien vrij besteedbaar binnen onze organisatie. Wij verzoeken u de tekst hierop aan te passen.	De NHC is een integraal onderdeel van het tarief en dient als normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding. Wij passen onze tekst niet aan.
230	2.8 Vastgoed	BEZWAAR: Wij maken bezwaar tegen invloed of sturing van het zorgkantoor aan ons vastgoed. Het zorgkantoor kan niet treden in onze individuele verantwoordelijkheid en bevoegdheden van ons strategisch huisvestingsplan inclusief de positionering in ons werkgebied en de continuïteit van de organisatie. De Rvb en Rvt moeten ongebonden invulling kunnen geven aan hun verantwoordelijkheden.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
231	2.8 Vastgoed	De eis tot separate verantwoording van zorg- en vastgoedexploitatie achten wij niet passend binnen het stelsel van integrale tarieven, waarin kosten en baten niet eenduidig toerekenbaar zijn en vaak exploitaties overstijgen (bijv. domotica en verduurzaming). Deze eis doet onvoldoende recht aan de economische realiteit van een integrale bedrijfsvoering.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
232	2.8 Vastgoed	Er wordt gesproken over Toekomstbestendig vastgoed. Hoe wordt dit getoetst en wat zijn hiervan de uitgangspunten?	In het beleidskader is opgenomen dat zorgkantoren met zorgaanbieders en in de regio in gesprek gaan over toekomstbestendig zorgvastgoed. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen.
233	2.8 Vastgoed	In het beleid formuleert u dat zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk maken om inzicht in de kosten en baten van het vastgoed te verkrijgen. - Hoe beoordeelt u deze scheiding daar waar vastgoed en zorg niet in 1 entiteit zijn ondergebracht en ook niet gezamenlijk hoeven te worden gedeponereerd bij VWS?	Wij gaan ervanuit dat u (geclusterde) zorg levert bij cliënten thuis (vpt of mpt). Locaties waar geclusterde zorg wordt geleverd zijn essentieel in het toekomstig zorglandschap. Het verschilt per zorgkantoor welke eisen er gesteld worden aan extramurale VPT-aanbieders, wij verwijzen voor deze eisen naar het zorgkantoor in uw regio.

234	2.8 Vastgoed	In het beleid formuleert u dat zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk maken om inzicht in de kosten en baten van het vastgoed te verkrijgen. - Hoe gaat u het controleprotocol van de accountant hierop aanpassen, zodat zij een objectieve beoordeling om deze segmentering kunnen uitvoeren?	In het overleg met de branches, ook met de NBA, zullen wij nader verkennen wat hierin wenselijk dan wel noodzakelijk is.
235	2.8 Vastgoed	In par 2.8 stelt u dat de NHC bestemd is voor financiering van zorgvastgoed en dat de zorgaanbieder dit alleen voor zorgactiviteiten inzet na een bewuste afweging als dit niet ten koste gaat van het toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed. Het zorgkantoor kan hierover met zorgaanbieders in gesprek gaan. U stelt: "we gaan op brancheniveau in gesprek over de manier waarop dit kan worden vormgegeven" Kunt u nader toelichten welke verwachtingen het zorgkantoor heeft bij deze gesprekken op brancheniveau?	Het is de wettelijke taak van zorgkantoren om doelmatige zorg in te kopen daarbij ook rekening houdend met het vastgoed. Wij verwachten in gesprek met de branches te komen tot een uniforme werkwijze met betrekking tot de inzet van de NHC, zodat dit zowel voor zorgaanbieders als zorgkantoren bijdraagt aan een toekomstbestendige en houdbare zorg.
236	2.8 Vastgoed	Kan het zorgkantoor bevestigen dat zorgaanbieders pas aan de eis tot separate zorg- en vastgoedexploitatie worden gehouden nadat landelijk overeenstemming bestaat over een uniforme methode? Zo nee, waarom niet?	Het separaat inzichtelijk maken van de zorg- en vastgoedexploitatie is een voorwaarde die voortvloeit uit het landelijk beleidskader en maakt onderdeel uit van de wijze waarop zorgkantoren sturen op doelmatige en toekomstbestendige inzet van middelen. Deze voorwaarde geldt vanaf 1 januari 2027 en is niet afhankelijk van het moment waarop landelijk volledige uniformiteit in methodiek is bereikt. Tegelijkertijd onderkennen zorgkantoren en zorgaanbieders het belang van verdere eenduidigheid. Daarom wordt er landelijk gewerkt aan de doorontwikkeling van een uniforme werkwijze, zodat zowel zorgaanbieders als zorgkantoren beter en meer vergelijkbaar inzicht krijgen in de kosten en baten van vastgoed.
237	2.8 Vastgoed	NHC "primair" moet worden ingezet voor toekomstbestendig zorgvastgoed, maar laat ruimte voor gebruik voor zorgactiviteiten mits dit het resultaat is van een "bewuste afweging" en niet ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van het vastgoed. Welke concrete criteria hanteert het zorgkantoor om te beoordelen of een aanbieder de NHC rechtmatig voor zorgactiviteiten inzet?	De NHC is bestemd voor de financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. De wijze waarop het zorgkantoor beoordeelt of een aanbieder de NHC rechtmatig inzet voor zorgactiviteiten is niet nader uitgewerkt. We nemen dit mee in de gesprekken met de branches over het separaat inzichtelijk maken van de zorg en vastgoedexploitatie.

238	2.8 Vastgoed	NHC/NIC "niet altijd volledig of doelmatig benut voor vastgoed. Hierdoor dragen deze middelen onvoldoende bij aan [...] het vastgoed. Dit resulteert in (verdere) veroudering". Bij berekenen van vertrektarief wordt aangenomen dat NHC/NIC 100% besteed wordt door NHC/NIC-opbrengsten in mindering te brengen op kosten. Klopt de stelling dat uw punt strijdig is met aannahme die gedaan is bij vertrektarief?	Zorgkantoren onderkennen het belang van een realistisch en goed onderbouwd beeld van de inzet van de NHC. Hier is meer inzicht voor nodig. Wij vragen om die reden zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie inzichtelijk te maken. Hierdoor krijgen we beter inzicht in de kosten en baten van vastgoed. Wij gaan in gesprek met de brancheorganisaties over de manier waarop dit kan worden vormgegeven.
239	2.8 Vastgoed	Op pagina 14 wordt het volgende geschreven: "De NHC is bestemd voor financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed." Vraag: De jaarlijkse investeringen in het zorgvastgoed zijn gebaseerd op een meerjarig plan. Hiermee wordt het zorgvastgoed toekomstbestendig gefinancierd. Kunt u aangeven of resultaten op het zorgvastgoed voor geplande investeringen toekomstbestendig kunnen worden gereserveerd?	Uw vraag betreft een boekhoudkundige vraag. Wij verzoeken u deze met uw accountant te bespreken.
240	2.8 Vastgoed	U stelt dat zorgaanbieders het zorgkantoor waar nodig betrekken bij vastgoedkeuzes. Hoe wordt dit regionaal afgestemd en welke rol heeft het zorgkantoor daarbij? Gezien de verantwoordelijkheid van de aanbieder voor vastgoed, ligt een adviserende rol voor het zorgkantoor voor de hand.	In het beleidskader is opgenomen dat zorgaanbieders zorgkantoren informeren en, waar nodig, betrekken bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen.
241	2.8 Vastgoed	U verlangt een separate weergave van zorg- en vastgoedexploitatie. Gezien integrale tarieven, waarbij kosten en baten niet eenduidig toerekenbaar zijn (bijv. domotica, verduurzaming), achten wij dit niet logisch. Kunt u toelichten welk doel deze eis dient en hoe deze zich verhoudt tot integrale bekostiging?	De separate weergave dient om zorgaanbieders en zorgkantoren inzicht te geven in de kosten en baten van het vastgoed. Zorgaanbieders moeten de NHC primair inzetten ter ondersteuning van duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting die aansluit bij de lange termijn behoeften van cliënten en zorgverleners. Wij verwachten dat een aanbieder de NHC alleen voor zorgactiviteiten inzet na een bewuste afweging en als dit niet ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed.

242	2.8 Vastgoed	U verwacht dat aanbieders de NHC gebruiken “voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van vastgoed”. Door de aanname bij de berekening van vertrektarief dat 100% van de NHC besteed wordt, verdwijnt alle investeringsruimte voor instandhouding en verduurzaming. Bent u bereidt om in ZN-verband het gesprek aan de gaan over de juistheid van de aanname dat 100% van NHC besteedt wordt aan huisvesting?	Zorgkantoren onderkennen het belang van een realistisch en goed onderbouwd beeld van de inzet van de NHC. Hier is meer inzicht voor nodig. Wij vragen om die reden zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie inzichtelijk te maken. Hierdoor krijgen we beter inzicht in de kosten en baten van vastgoed. Wij gaan in gesprek met de brancheorganisaties over de manier waarop dit kan worden vormgegeven.
243	2.8 Vastgoed	Vraag 13 deel 2 van 2 Vanuit de eigen verantwoordelijkheid die een zorgaanbieder heeft over zijn zorgvastgoed en beleid en keuzes daar omtrent, kan het zorgkantoor slechts adviserend zijn.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
244	2.8 Vastgoed	Wordt de methode voor het separaat inzichtelijk maken van zorg- en vastgoedexploitatie afgestemd met NBA en ActiZ? Zo nee, op basis waarvan acht het zorgkantoor de methode dan voldoende betrouwbaar en uitvoerbaar?	Ja, we gaan hierover op brancheniveau verder in gesprek.
245	2.8 Vastgoed	Zijn de verplichtingen rond NHC, vastgoedexploitatie en strategisch huisvestingsplan ook van toepassing op extramurale VPT-aanbieders zonder intramurale NHC?	Locaties waar geclusterde zorg wordt geleverd zijn essentieel in het toekomstig zorglandschap. Het verschilt per zorgkantoor welke eisen er gesteld worden aan extramurale VPT-aanbieders, wij verwijzen voor deze eisen naar het zorgkantoor in uw regio.
246	2.8 Vastgoed	Zijn er eisen waaraan het Strategisch Vastgoed Plan moet voldoen?	In het landelijk beleidskader zijn afspraken opgenomen over de inzet van NHC, het inzichtelijk maken van zorg- en vastgoedexploitatie en het strategisch huisvestingsplan. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen.
247	2.8 Vastgoed	Zorgaanbieders dienen hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk te maken. Heeft het zorgkantoor hier richtlijnen of een format voor? En hoe verhoudt dit zich tot het jaarverantwoordingsformat/model dat voor de jaarrekening gebruikt wordt en via Digi-MV gepubliceerd wordt? Daarin is dit geen verplicht onderscheid?	In het landelijk beleidskader is opgenomen dat zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk maken. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen. Hiermee verkrijgen zorgaanbieders en zorgkantoren inzicht in de kosten en baten van het vastgoed. We gaan op brancheniveau verder in gesprek over de manier waarop dit kan worden vormgegeven.

248	2.8 Vastgoed	Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. - Gaan zorgaanbieders hier ook een actieve rol in spelen door vooraf zorgaanbieders te informeren in welke gebieden sprake is van overschot en schaarste?	In het beleidskader is opgenomen dat zorgaanbieders zorgkantoren informeren en, waar nodig, betrekken bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen.
249	2.8 Vastgoed	Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. - Gaan zorgkantoren ook rekening houden met de wensen en behoefte van WLZ-klanten of kijken zij alleen naar aanwezige capaciteit?	Zorgkantoren houden rekening met de verschillende perspectieven: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het clientperspectief wordt hierin betrokken. De precieze uitwerking verschilt per zorgkantoor.
250	2.8 Vastgoed	Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. - Hoe gaan zij deze informatie met zorgaanbieders delen?	In het beleidskader is opgenomen dat zorgaanbieders zorgkantoren informeren en, waar nodig, betrekken bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. Hierbij geldt dat de uitwerking hiervan, concrete criteria en accenten per zorgkantoor kunnen verschillen.
251	2.8 Vastgoed	Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio. - Hoe garanderen zorgkantoren dat zij hierin het volledige beeld hebben van wat beschikbaar is en wat in ontwikkeling?	Zorgkantoren gebruiken beschikbare data, prognoses, regiobeelden en signalen uit de praktijk. Deze inzichten worden periodiek geactualiseerd en verrijkt met kennis van zorgaanbieders en, waar relevant, andere partijen. We kijken daarbij niet alleen naar de huidige situatie, maar ook naar de meerjarige ontwikkeling. Omdat inzichten kunnen veranderen, is het belangrijk dat keuzes, waar mogelijk, flexibel en toekomstbestendig worden ingericht.

252	2.8 Vastgoed	Zorgvastgoed vraagt om meerjarige besluitvorming, terwijl productieafspraken jaarlijks worden gemaakt. Als zorgkantoren vroegtijdig akkoord geven op vastgoedontwikkeling, geven zij dan ook tijdig duidelijkheid over de bijbehorende productieafspraken? Zo nee, hoe verhouden deze processen zich tot elkaar?	Deze processen zijn bewust niet één-op-één gekoppeld. Het zorgkantoor geeft geen formeel 'akkoord' op individuele vastgoedontwikkelingen en neemt deze investeringsbeslissing niet over; dit blijft de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Wel gaan wij in gesprek over voorgenomen ontwikkelingen en toetsen wij of deze passen bij de (verwachte) zorgvraag en de regionale ontwikkeling. Dit gesprek biedt richting en duiding, maar geen garantie op toekomstige productie. Productieafspraken worden jaarlijks vastgesteld op basis van de actuele zorgvraag en persoonsvolgende bekostiging, met bijsturing via de herschikking. Daarmee geldt dat vastgoedontwikkeling vooruitloopt op en inspeelt op verwachte vraag, terwijl productieafspraken flexibel blijven om aan te sluiten bij de feitelijke ontwikkeling van die vraag.
253	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Hoe borgt zorgkantoor in de verdergaande regionalisering keuzevrijheid voor client met levensbeschouwelijke voorkeur.	Aanbieders kunnen hier regionaal op inspelen door de zorgbehoefte te analyseren, gericht aanbod te ontwikkelen, samen te werken met andere partijen en zo bij te dragen aan een dekkend en passend zorgaanbod.
254	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Hoe wordt bij de beoordeling van zorgaanbieders rekening gehouden met de beschikbaarheid van identiteitsgebonden zorg, in relatie tot keuzevrijheid van cliënten en passende zorg?	Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met identiteitsgebonden zorg door te kijken of het aanbod bijdraagt aan passend zorgaanbod voor specifieke cliëntgroepen en daarmee keuzevrijheid ondersteunt. Tegelijk weegt het zorgkantoor of dit past binnen de regionale behoefte en samenhang, en of de aanbieder voldoet aan de inkoopvoorwaarden voor (nieuwe) zorgaanbieders.
255	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Is er ruimte voor aanbieders met een specifieke identiteit naast dominante regionale aanbieders?	Binnen het zorginkoopbeleid is ruimte voor aanbieders met een specifieke identiteit, mits zij aantoonbaar bijdragen aan een passend en kwalitatief zorgaanbod en voldoen aan de geldende inkoopvoorwaarden voor (nieuwe) zorgaanbieders. Zie hiervoor het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.

256	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Van aanbieders wordt verwacht om Zorgatlas up-to-date te houden en deze uiterlijk 1 december 2026 bijgewerkt te hebben. In voorgaande jaren zijn vragen gesteld over de wijze van beheer en de mogelijkheden tot 'inlezen' van deze gegevens omdat het beheer een administratieve belasting is. Welke mogelijkheden bieden zorgkantoren voor het 'inlezen' van gegevens in de Zorgatlas?	De zorgkantoren nemen basisgegevens op in de Zorgatlas. De zorgaanbieder vult zelf (éénmalig) de verdere gegevens van de organisatie en locaties in en houdt deze actueel door in een lopend jaar wijzigingen in het gecontracteerde zorgaanbod of locatiegegevens aan te passen als dat aan de orde is. Wij gaan ervan uit dat als de Zorgatlas in de basis goed gevuld is, de actualisatie gedurende een jaar geen hoge administratieve lasten met zich mee hoeven te brengen.
257	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Welke typen bijdragen worden gezien als: "oplossen van leemtes"? Levensbeschouwelijke beschikbaarheid kan ook een leemte zijn? Hoe kan zorgaanbieder hierin een regionale rol vervullen?	Leemtes betreffen ontbrekend of onvoldoende passend zorgaanbod voor specifieke doelgroepen of behoeften. Aanbieders kunnen hier regionaal op inspelen door de behoefte te inventariseren, gericht aanbod te ontwikkelen, samen te werken met andere partijen en zo bij te dragen aan een dekkend en passend zorgaanbod
258	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Zijn zorgkantoren bereid het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod voor cliënten op dezelfde plek en wijze inzichtelijk te maken als aanbod vanuit Zvw en Wmo? Zo nee, hoe borgen zij keuze-informatie over domeinen heen?	Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van keuze-informatie over het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod in de zorgkantorregio's en gebruikt hiervoor de online Zorgatlas (https://www.zorgatlaswlz.nl). Dit is een landelijke keuzetool van alle zorgkantoren. Keuze-informatie over de domeinen heen is niet de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren.
259	2.9 Informatie over het zorgaanbod	Zorgkantoren gebruiken voor het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod de Zorgatlas. Hoe zorgen zorgkantoren ervoor dat de informatie op de zorgatlas administratief eenvoudig actueel gehouden kan worden, bijvoorbeeld door het gebruikmaken van koppelingen met websites van zorgaanbieders. En hoe zorgen zorgkantoren ervoor dat deze tool aansluit op de wensen en behoeften van zowel cliënten als zorgaanbieder?	Wij nemen van alle gecontracteerde zorgaanbieders basisgegevens op in de Zorgatlas; u vult zelf de verdere gegevens van uw organisatie, het actuele zorgaanbod en de locatie kenmerken in en houdt deze actueel. Voor het gebruik van de beheeromgeving is een handleiding beschikbaar en via onze website kunt u een beheerder aanmelden. Het actualiseren is een continu proces; bij wijzigingen in gecontracteerd zorgaanbod of locatiegegevens past u de informatie zelf aan. Een koppeling met websites van zorgaanbieders is niet mogelijk.
260	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Betekent de verwachting om te voldoen aan de IZA/AZWA afspraken dat zorgaanbieders ook een beroep kunnen doen op de IZA/AZWA-middelen voor digitalisering?	Dit is geen vraag over ons zorginkoopbeleid. Om die reden beantwoorden wij uw vraag niet.

261	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	De generieke functies worden nog ontwikkeld, wat wordt dan precies verwacht van "aansluiten op"?	Generieke functies zijn onderdeel van het landelijk dekkend netwerk (LDN) en vormt daarmee de basis voor een goed functionerend gezondheidsinformatiestelsel dat ondersteunend is voor het primaire zorgproces en voor secundaire doeleinden. Zorgkantoren verwachten dat aanbieders ervoor zorgen dat hun softwareleveranciers deze inbouwen op het moment dat deze beschikbaar komen.
262	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	De inzet van transitiegelden (IZA/AZWA) is tijdelijk van aard. Op welke wijze wordt binnen het huidige inkoopbeleid (2027–2029) toegewerkt naar structurele financiering van initiatieven die aantoonbaar bijdragen aan passende en toekomstbestendige zorg?	Het doel van transitiegelden is dat er kosten worden vergoed die ervoor zorgen dat zorgorganisaties een transitie kunnen doormaken, om de financiering weer toe te leiden naar reguliere financiering of aanpassing in de bekostiging via de NZa. Daarom is er geen aanvullende compensatie mogelijk. In de opbouw van het tarief is door de NZa reeds rekening gehouden met optimalisatiekosten.
263	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Hoe borgen zorgkantoren dat succesvolle transformatie-initiatieven, die nu worden gefinancierd met tijdelijke middelen (zoals IZA/AZWA), na 2029 structureel bekostigd kunnen worden binnen de reguliere Wlz-financiering? En welke rol wordt daarbij verwacht van zorgaanbieders?	Het inkoopbeleid gaat over de periode 2027-2029. Wij kunnen geen uitspraken doen over de beleidsperiode daarna. Het doel van transitiegelden is dat er kosten worden vergoed die ervoor zorgen dat zorgorganisaties een transitie kunnen doormaken, om de financiering weer toe te leiden naar reguliere financiering of aanpassing in de bekostiging via de NZa. Daarom is er geen aanvullende compensatie mogelijk. In de opbouw van het tarief is door de NZa reeds rekening gehouden met optimalisatiekosten.
264	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Hoe gaat het zorgkantoor om met verschillen tussen aanbieders in tempo en volwassenheid van digitalisering?	Zorgkantoren hanteren in het inkoopbeleid een gefaseerde en proportionele benadering ten aanzien van verschillen in tempo en digitale volwassenheid tussen zorgaanbieders. Van alle aanbieders wordt verwacht dat zij aantoonbaar stappen zetten richting de landelijke standaarden en ambities, maar er wordt ruimte geboden voor een verschillend vertrekpunt en ontwikkelpad. Dit betekent dat het zorgkantoor stuurt op voortgang en inspanningsverplichtingen, in plaats van uitsluitend op eindresultaat, en dat ondersteuning kan worden geboden via regionale samenwerking, kennisdeling en inzet van transitie- en implementatiemiddelen. Tegelijkertijd wordt van aanbieders verwacht dat zij actief deelnemen aan keteninitiatieven en transparant zijn over hun voortgang, zodat gezamenlijk wordt toegewerkt naar het vereiste niveau van digitale gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid in 2027.

265	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Hoe wordt de verplichting tot digitale gegevensuitwisseling toegepast binnen GZ-ketens (bijv. samenwerking met GGZ, ziekenhuizen en onderwijs), wanneer deze ketenpartners nog niet voldoen aan de landelijke standaarden?	De verplichting tot digitale gegevensuitwisseling binnen GZ-ketens wordt in de praktijk gefaseerd en pragmatisch toegepast: van betrokken partijen wordt verwacht dat zij aantoonbaar toewerken naar de landelijke standaarden (zoals onder de Wegiz), ook als ketenpartners nog niet volledig compliant zijn. Zolang dit het geval is, maken organisaties onderling werkafspraken en tijdelijke (hybride) oplossingen om de continuïteit van zorg en samenwerking te waarborgen, bijvoorbeeld via regionale voorzieningen of gedeeltelijk gestandaardiseerde uitwisselingen. Tegelijkertijd ligt de nadruk op gezamenlijke verantwoordelijkheid in de keten, transparantie over voortgang en het benutten van beschikbare programma's en middelen (zoals IZA/AZWA) om stapsgewijs toe te groeien naar volledige digitale en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling.
266	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Hoe wordt in de inkoop rekening gehouden met privacy- en informatiebeveiligingseisen bij gegevensuitwisseling?	Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij voldoen aan de actuele wet- en regelgeving en de specifieke eisen die aan privacy en informatiebeveiliging worden gesteld. Voor zorgkantoren geldt hetzelfde.
267	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	In het inkoopdocument wordt benoemd dat data-gedreven werken en digitale gegevensuitwisseling essentieel zijn en de administratieve lasten niet mogen verhogen. Hoe borgt het landelijk inkoopbeleid dat de (nieuwe) informatieverplichtingen richting het zorgkantoor de administratieve lasten niet verhogen?	Het landelijk inkoopbeleid borgt voor de Wlz en de verpleeghuiszorg dat datagedreven werken en digitale gegevensuitwisseling niet leiden tot extra administratieve lasten, door te sturen op het principe 'eenmalig vastleggen, meervoudig gebruiken' en het optimaal benutten van registraties in het primaire zorgproces. De nadruk ligt op standaardisatie, hergebruik van zorgdata en het verminderen van registratielasten. In de verpleeghuiszorg wordt dit ingevuld via KIK-V, waarbij gegevens voor verantwoording voor zorgkantoor en toezichthouders worden ontsloten uit bronsystemen met gestandaardiseerde definities. Dit voorkomt dubbele vastlegging en sluit aan bij de IZA/AZWA-doelstelling tot verlaging van administratieve lasten. Zorgkantoren bewaken dit door terughoudend te zijn met informatie-uitvragen, aan te sluiten op bestaande KIK-V- en andere datasets en samen met aanbieders te toetsen of verplichtingen bijdragen aan betere zorg.

268	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	In het landelijk beleidskader wordt verwezen naar het voldoen aan landelijke standaarden voor gegevensuitwisseling: "we verwachten dat ... gegevensuitwisseling te voldoen". Welke verwachtingen heeft het zorgkantoor ten aanzien van de (strategische) ontwikkeling van datagedreven werken (denk aan inzet van AI en het benutten van data voor zowel zorginhoudelijke als organisatiebrede verbeteringen)?	Zorgkantoren verwachten dat zorgaanbieders datagedreven werken strategisch verankeren in hun organisatie en bedrijfsvoering, als onderdeel van de transformatie naar passende en toekomstbestendige zorg. Dit betekent dat aanbieders niet alleen voldoen aan standaarden voor gegevensuitwisseling, maar data ook actief benutten voor verbetering van zorguitkomsten, organisatieprocessen en capaciteitsinzet en zo bijdragen aan doelmatige en kwalitatief betere zorg. Data wordt eenduidig, digitaal en gestandaardiseerd vastgelegd en hergebruikt voor het primaire proces en voor sturing, verantwoording en innovatie. Daarnaast wordt inzet verwacht op datavolwassenheid, inclusief governance op datakwaliteit en eigenaarschap en een passende dataarchitectuur. De inzet van AI en voorspellende datatoepassingen wordt gezien als versneller, mits deze aantoonbaar bijdragen aan betere zorg, lagere werkdruk en doelmatig gebruik van middelen. Leidend hierbij is wat mogelijk is binnen de wettelijke kaders.
269	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	In hoeverre bestaat ruimte voor zorgaanbieders om eigen keuzes te maken in de wijze waarop zij invulling geven aan de ambities rondom digitalisering, gegevensuitwisseling en optimalisatie, mits de beoogde resultaten worden gerealiseerd? Wordt hierbij gestuurd op het behalen van resultaten of op het toepassen van specifieke oplossingen?	Zorgaanbieders kunnen eigen keuzes maken, waarbij zorgkantoren wel verwachten dat de gekozen oplossingen en de resultaten die daarmee worden bereikt voldoen aan de kaders van de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel en actuele architectuur principes voor gegevensuitwisseling, zoals bijvoorbeeld het 5 lagen model van Nictiz. In sommige gevallen wordt wel gestuurd op het aansluiten op specifieke oplossingen (zoals aansluiting op het netwerkmodel iWlz en Kik-V). Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders dat zij landelijke generieke functies én oplossingen (zoals bijvoorbeeld iWlz en Kik-V) implementeren wanneer deze beschikbaar en van toepassing zijn. Voor optimalisatie verwachten we dat u voldoet aan het (regionale) inkoopbeleid van zorgkantoren.

270	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Op welke concrete standaarden en voorzieningen verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders in 2027 aangesloten zijn?	In het zorginkoopbeleid 2027 verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders aantoonbaar aansluiten op en werken conform landelijk vastgestelde standaarden en voorzieningen voor gegevensuitwisseling. Dit betekent dat aanbieders de onder de Wegiz geprioriteerde gegevensuitwisselingen (zoals Basisgegevensset Zorg, medicatieoverdracht en verpleegkundige overdracht) elektronisch en volgens landelijke normen toepassen, gebruikmaken van geharmoniseerde informatiestandaarden en bouwstenen (zoals zibs en HL7 FHIR/CDA) en interoperabel zijn met relevante landelijke en regionale infrastructuren en afsprakenstelsels. Daarnaast wordt verwacht dat zorgaanbieders aansluiten op generieke functies voor veilige gegevensuitwisseling (zoals identificatie, authenticatie, autorisatie en toestemming via Mitz), en bijdragen aan het beschikbaar maken van gegevens richting cliënten via PGO's. Deze verwachtingen vormen het normatieve ontwikkelpad naar volledige digitale en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling.
271	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Wat is het beleid m.b.t. de implementatie van KIK-V voor de extramurale zorg in de V&V?	Zoals afgesproken in het HLO streven wij ernaar dat gegevensuitwisseling via Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren (KIK-V) de standaard wordt en dat alle zorgaanbieders in de sector V&V hun gegevens via KIK-V uitwisselen. Het is nu nog niet verplicht, mogelijk wijzigt dit in de toekomst.
272	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Wat verstaan de zorgkantoren onder digitale gegevensuitwisseling? Wordt hier een minimum niveau verwacht, bijvoorbeeld via beveiligde mail? Of verwachten de zorgkantoren dat zorgaanbieders via nog niet bestaande en dus te ontwikkelen eOverdracht met elkaar communiceren?	Wij verstaan onder digitale gegevensuitwisseling (conform definitie Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg) het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen zorgaanbieders of tussen zorgaanbieders en andere partijen, waarbij de gegevens direct kunnen worden verwerkt in het informatiesysteem van de ontvanger, zonder dat handmatige overname nodig is. Zorgaanbieders moeten hierbij minimaal voldoen aan wet- en regelgeving. In een aantal gevallen (notitieverkeer, Vecozo berichtenbox) eisen we dat gebruik gemaakt wordt van een specifiek kanaal voor gegevensuitwisseling met het zorgkantoor. Zorgkantoren kunnen aanvullend op het landelijk beleid extra eisen stellen. In het inkoopbeleid van zorgkantoren leest u over eventuele aanvullende eisen rond digitale gegevensuitwisseling.

273	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Welke rol ziet het zorgkantoor voor landelijke voorzieningen (zoals generieke functies) versus regionale oplossingen?	Regionale oplossingen voor gegevensuitwisseling dienen te worden opgezet en getoetst langs dezelfde kaders als landelijke oplossingen. Beschikbare generieke (landelijke) voorzieningen behoren gebruikt te worden bij regionale oplossingen voor zover deze van toepassing zijn.
274	2.10 Digitale gegevensuitwisseling	Wordt inhoudelijke bijdrage (bijv. innovatie, reablement, netwerkzorg) meegewogen in contractering.	Wij begrijpen niet waar u op doelt met uw vraag. Wij adviseren u om hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper.
275	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	""De vraag naar ouderenzorg groeit gestaag, mede door de vergrijzing en de toenemende complexiteit van zorgvragen."" Welke rol spelen de huidige kabinetsplannen/het coalitieakkoord (bezuiningen van 2 miljard op de langdurige zorg) in de aanbesteding WLZ 2027-2029?"	De Wlz-zorginkoop is gebaseerd op het geldende landelijke beleidskader en het beschikbare macrokader. Eventuele kabinetsplannen of budgettaire keuzes worden hierin meegenomen voor zover deze zijn vertaald naar geldende wet- en regelgeving, NZa-kaders of landelijke afspraken. De zorginkoop voor 2027-2029 is gebaseerd op de vastgestelde beleidskaders en uitgangspunten.
276	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	"Hoe zien jullie de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder bij het gesprek met cliënt en mantelzorger over logeerszorg?" "	In het beleidskader is opgenomen dat zorgaanbieders bij intake en periodiek in gesprek gaan met cliënt en mantelzorger om de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger te verkennen. Op basis hiervan stemmen zij passende vormen van ondersteuning af, zoals logeermogelijkheden. Daarnaast zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor het borgen van toegang tot passende logeerszorg en het informeren van cliënten over beschikbare mogelijkheden.
277	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Als aanbieder van onplanbare nachtzorg in de wijkverpleging willen wij het zorgkantoor vragen om bij het overwegen van een herziening van de ANW zorg (in de WLZ context) deze goed voor te bereiden en af te stemmen met het regionale ANW samenwerkingsverband en de regionaal preferente zorgverzekeraar alvorens individuele aanbieders te benaderen.	Bij eventuele (her)inrichting van de organisatie van ANW-zorg is het uitgangspunt uit het beleidskader dat deze zorg regionaal en in samenwerking wordt georganiseerd, juist met het oog op doelmatigheid en efficiëntie. Wij onderschrijven hierbij het belang van aansluiting bij bestaande regionale samenwerkingsverbanden en waar relevant ook afstemming met andere domeinen, zoals de Zvw, om te voorkomen dat domeingrenzen een effectieve organisatie van ANW-zorg belemmeren. Dit betrekken wij bij de verdere uitwerking in de regio.

278	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Als het regionaal ondanks aantoonbare inspanningen niet lukt om volledige MGZ-dekking te realiseren, welke gevolgen heeft dit voor de contractering of groei van Wlz-zorg thuis bij individuele aanbieders die wel meewerken aan regionale oplossingen?	Als volledige MGZ-dekking regionaal of lokaal ondanks aantoonbare inspanningen niet lukt, verwachten wij dat dit tijdig en actief bij ons wordt gemeld. Als regionale oplossingen onvoldoende zijn, kan het zorgkantoor dit landelijk escaleren. Het beleidskader legt geen directe koppeling met contractering of groei van individuele zorgaanbieders die aantoonbaar bijdragen aan regionale oplossingen. Tegelijkertijd geldt dat voldoende MGZ-dekking een randvoorwaarde is voor verdere extramuralisering. In de regio bekijken we met zorgaanbieders wat nodig is om meer Wlz-zorg thuis mogelijk te maken en om essentiële voorzieningen te borgen.
279	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Beschikbaarheid ANW-zorg als randvoorwaarde. Deze beschikbaarheidsfunctie is sterk afhankelijk van voldoende/structureel beschikbare capaciteit terwijl de organisatie hiervan gepaard gaat met substantiële kosten en personele inzet. Kan het zorgkantoor toelichten hoe is geborgd dat deze beschikbaarheidsfunctie in de regio structureel en kostendekkend gefinancierd wordt binnen beschikbaar kader?	Het beleidskader benoemt bereikbaarheid en ANW-zorg als randvoorwaarde voor zorg thuis en gaat ervan uit dat deze regionaal in samenwerking worden georganiseerd. Het beleidskader bevat geen nadere afspraken over de wijze van bekostiging van deze beschikbaarheidsfunctie of over kostendekkendheid. De invulling hiervan vindt plaats binnen de geldende NZa-kaders en in de regionale contractering. Voor de concrete uitwerking gaan zorgkantoren hierover met u in gesprek in de regio.
280	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Betekent dit dat bij complexe cases een SO-achterwacht beschikbaar moet zijn tijdens ANW-uren vanaf het moment uit het antwoord op de vraag over wanneer de dekking er moet zijn, of is er ruimte om in de komende periode te zoeken naar de meest effectieve werkwijze in de regio?	Het beleidskader gaat ervan uit dat toegankelijke ANW-zorg en de dekking van medisch generalistische zorg (MGZ) randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van zorg thuis. Zorgaanbieders organiseren deze zorg in samenwerking, waaronder met eerstelijnsparthijen zoals huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Het beleidskader schrijft daarbij geen specifieke organisatorische invulling voor, zoals de verplichting van een bepaalde vorm van achterwacht. Voor zowel ANW-zorg als MGZ geldt dat de concrete inrichting en samenwerking regionaal wordt bepaald, waarbij partijen in de regio toewerken naar een passende en effectieve organisatie van deze zorg.

281	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Elke zorgaanbieder zet de beschikbare SO/AVG-capaciteit regionaal in volgens de gemaakte afspraken. Voor de Organisatie van de ANW SO, zien we een rol voor het zorgkantoor/zorgverzekeraar om dit regionaal mee te organiseren en te vergoeden, kunt u toelichten hoe u dit ziet?	De randvoorwaarde rondom ANW-zorg ziet op het borgen van de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het organiseren van deze zorg en maken hierover regionale afspraken. De afspraken over de inzet van SO/AVG-capaciteit maken onderdeel uit van de regionale invulling van medisch-generalistische zorg (MGZ) en worden door zorgaanbieders in onderlinge afstemming vormgegeven. Het zorgkantoor heeft hierbij een faciliterende rol bij het tot stand brengen van regionale afspraken. Indien knelpunten ontstaan, kunnen deze in regionaal overleg worden ingebracht. De wijze van bekostiging van ANW-zorg en de inzet van SO/AVG-capaciteit maakt geen onderdeel uit van dit beleidskader.
282	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Er zijn regionale afspraken gemaakt over de tijd die het kost om bij een cliënt te komen. Kunt u deze uitspraak nader toelichten? Met welk doel en op welk aggregatieniveau zijn deze afspraken beoogd?	Het beleidskader beschrijft ANW-zorg als de beschikbaarheid van alle benodigde onplanbare zorg en ondersteuning. Dit betekent dat, ondanks het onvoorspelbare karakter van de zorgvraag, de beschikbaarheid daarvan wel georganiseerd moet zijn, zodat cliënten tijdig passende zorg kunnen ontvangen. Bij het organiseren van deze beschikbaarheid spelen regionale omstandigheden een rol, zoals de spreiding van cliënten en het beschikbare zorgaanbod. Dit vraagt om een doelmatige en efficiënte inrichting van ANW-zorg, waarbij zorgaanbieders in samenwerking zorgen voor een passende organisatie in de regio.
283	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Heeft het zorgkantoor een beeld bij het inzichtelijk maken van extramurale zorgcapaciteit? Net als bij de logeerszorg is er een samenhang met de zorgverlening vanuit de ZVW. Ook hier de oproep om aan te sluiten op regionale initiatieven bijvoorbeeld vanuit de wijkverpleging.	De invulling hiervan wordt regionaal bepaald op basis van vraag- en aanbodanalyses, waarbij alle regionale capaciteit in samenhang wordt gezien. Daarbij wordt ook de samenhang met andere domeinen, zoals de wijkverpleging, meegenomen, omdat ontwikkelingen daar invloed hebben op de vraag naar Wlz-zorg. Zorgkantoren benutten deze analyses bij hun inkoop en gesprekken in de regio. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij inzicht hebben in hun eigen capaciteit en de ontwikkelingen daarin en dit delen met het zorgkantoor, zodat een goed beeld ontstaat van de totale regionale capaciteit.

284	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Hoe verhoudt de sturing op extramuralisering in het inkoopbeleid zich tot het landelijke uitgangspunt dat de individuele zorgbehoefte leidend is, en hoe wordt geborgd dat beleidsdoelstellingen niet prevaleren boven het belang en de context van de cliënt?	Extramuralisering is geen doel op zichzelf, maar volgt uit de beweging 'zelf als het kan, thuis als het kan'. In de V&V is dit uitgewerkt in 'thuis, tenzij': zorg wordt thuis geleverd zolang dit passend, verantwoord en doelmatig is. De afweging wordt door de zorgaanbieder samen met cliënt en netwerk gemaakt, waarbij wensen en context het vertrekpunt vormen en worden gewogen met criteria zoals veiligheid, uitvoerbaarheid en doelmatigheid. Daarbij worden wensen afgewogen tegen wat verantwoord en haalbaar is in de praktijk. Wanneer zorg thuis niet passend is, blijft intramuraal verblijf beschikbaar. Het zorgkantoor borgt op systeemniveau dat deze afweging zorgvuldig wordt toegepast.
285	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Hoe verhoudt deze voorwaarde voor "volledige dekking" en "alle benodigde zorg" zich tot het onplanbare karakter van de ANW zorg en de personeelstekorten die ook daar aanwezig zijn?	Het beleidskader beschrijft ANW-zorg als de beschikbaarheid van alle benodigde onplanbare zorg en ondersteuning voor cliënten. Dit betekent dat het moment waarop deze zorg nodig is niet exact voorspelbaar is, maar dat de beschikbaarheid daarvan wel georganiseerd moet zijn. Het realiseren van volledige dekking van ANW-zorg vormt daarmee een belangrijke randvoorwaarde en tegelijkertijd een gezamenlijke opgave, juist in het licht van personeelsschaarste en de aard van onplanbare zorg. Het beleidskader gaat er daarom vanuit dat zorgaanbieders deze zorg niet ieder afzonderlijk organiseren, maar samenwerken in de regio om deze zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te richten. De uitdaging ligt daarmee niet in het plannen van individuele zorgmomenten, maar in het gezamenlijk organiseren van voldoende en passende beschikbaarheid, afgestemd op de verwachte zorgvraag in de regio.
286	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Hoe wordt de samenhang gezien tussen logeerszorg, mantelzorgondersteuning en het voorkomen van crisis opnames?	Logeerszorg wordt in het beleidskader beschreven als een vorm van ondersteuning van het langer zelfstandig thuis wonen, waarbij tegelijkertijd wordt beoogd overbelasting van mantelzorgers en crisissituaties te voorkomen. Daarmee hangt logeerszorg direct samen met mantelzorgondersteuning en het voorkomen van crisisopnames: door tijdig passende ondersteuning te bieden, kan worden voorkomen dat de thuissituatie onder druk komt te staan en zwaardere zorg nodig wordt.

287	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Hoe wordt geborgd dat regionale coördinatie van capaciteit niet leidt tot extra administratieve lasten, informatieverplichtingen of coördinatataken voor individuele aanbieders, en hoe wordt de proportionaliteit hiervan bewaakt?	In het beleidskader is opgenomen dat regionale coördinatie van capaciteit is gericht op het gezamenlijk organiseren van inzicht en afstemming rondom individuele cliëntplaatsingen, met als doel tijdige en passende zorg te realiseren. De uitwerking bestaat uit regionale werkafspraken over inzicht, communicatie en gegevensuitwisseling en is nadrukkelijk gericht op ondersteuning van het primaire proces. Dit vraagt inzet van partijen in de regio, maar moet ook leiden tot een betere samenhang, doorstroom en benutting van capaciteit. Daarbij is het voorkomen van onnodige administratieve lasten en informatie-uitwisseling een belangrijk aandachtspunt. In de regionale uitwerking bepalen zorgkantoor en zorgaanbieders gezamenlijk wat passend en uitvoerbaar is.
288	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Hoe wordt voorkomen dat regionale samenwerking leidt tot uitsluiting van landelijke aanbieders met kleinschalige locaties in meerdere regio's?	Regionale samenwerking is toegankelijk voor zorgaanbieders die in de regio werkzaam zijn en een bijdrage leveren aan de regionale opgave, ongeacht omvang. Zorgaanbieders blijven zelf verantwoordelijk voor het borgen van passende zorg voor hun cliënten en geven hier invulling aan via samenwerking en onderlinge afspraken. Iedere zorgaanbieder levert, passend bij zijn rol en positie, een bijdrage aan het regionale zorgaanbod. Het zorgkantoor ziet toe op toegankelijkheid en samenhang.
289	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	In Bijlage 2 wordt logeerszorg beschreven als instrument om langer thuis wonen mogelijk te maken en overbelasting of crisissituaties te voorkomen. Hoe borgen zorgkantoren passende en kostendekkende bekostiging van intensieve GZ-logeerszorg wanneer de beschikbare NZa-prestaties of tarieven onvoldoende zijn voor begeleiding, behandeling, beschikbaarheid en passende groepscontext?	Tariefsaanpassing van NZa-prestaties maakt geen onderdeel uit van het inkoopbeleid van zorgkantoren. Tarieven en prestaties worden landelijk vastgesteld door de NZa. Indien partijen signaleren dat deze onvoldoende toereikend zijn, kan dit via de daarvoor ingerichte routes bij de NZa worden ingebracht, bijvoorbeeld via brancheorganisaties of via signalering door zorgkantoren. Zorgkantoren hebben hierin geen bevoegdheid om tarieven aan te passen, maar kunnen signalen vanuit de praktijk doorgeven. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij eventuele knelpunten concreet onderbouwen en deze – waar mogelijk – in gezamenlijkheid via hun brancheorganisaties inbrengen, zodat een gedragen signaal ontstaat dat landelijk kan worden gewogen. Daarbij wordt ook verwacht dat aanbieders inzetten op doelmatige organisatie van het aanbod.

290	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	In het beleid staat dat een van de vier randvoorwaarden de volledige dekking van de ANW zorg is. Echter is de beweging in het beleid van de zorgverzekeraars dat deze ANW zorg in de eerstelijnsverblijf niet meer gedekt wordt middels een tariefopslag. Hoe staat dit beleid in verhouding tot het beleid van de Zvw?	De randvoorwaarde ziet op het borgen van de beschikbaarheid van ANW-zorg voor cliënten met een WLz-indicatie, en niet op de wijze van bekostiging. De focus van het beleidskader ligt op het invullen van de randvoorwaarden binnen de WLz; samenwerking met andere domeinen kan worden benut voor zover dit hieraan bijdraagt. Knelpunten kunnen regionaal worden ingebracht, waarna zorgaanbieders en zorgkantoor hierover aanvullende afspraken maken om de toegankelijkheid en doelmatigheid van ANW-zorg te borgen.
291	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Inzet: extramuralisering en het langer zelfstandig thuis wonen van cliënten waarbij een deel van de randvoorwaarden mede afhankelijk is van gemeentelijke inzet bijv. op het gebied van Wmo-voorzieningen/hulpmiddelen/woningaanpassingen en sociale ondersteuning. Kan het zorgkantoor toelichten welke aanvullende rol het voor zichzelf ziet om gemeenten actief te betrekken/te committeren aan de doelen?	In het beleidskader is opgenomen dat de beweging naar langer zelfstandig thuis wonen een brede maatschappelijke opgave is die zorgkantoren en zorgaanbieders niet alleen kunnen realiseren en waarbij samenwerking met gemeenten en andere domeinpartners noodzakelijk is. Zorgkantoren nemen hierin een agenderende en verbindende rol: zij brengen partijen samen, stimuleren samenwerking en bespreken knelpunten en randvoorwaarden in de regio. Het zorgkantoor heeft daarbij geen formele sturings- of besluitvormingsbevoegdheid richting gemeenten, maar zet zich in om gezamenlijk tot oplossingen te komen die bijdragen aan passende en toegankelijke zorg.

292	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Is de landelijke en regionale behoefte/vraag naar WLZ logeerszorg door de zorgkantoren onderzocht?	Zorgkantoren hebben geen landelijke norm vastgesteld voor de benodigde omvang van logeerszorg. In paragraaf 3.1 is opgenomen dat zorgaanbieders in de regio afspraken maken over een beschikbaar en passend aanbod van logeerszorg, gericht op het langer thuis wonen en het ondersteunen van mantelzorgers. De invulling hiervan wordt regionaal, in samenwerking met zorgaanbieders en andere betrokken partijen, vormgegeven in lijn met de HLO afspraken, met aandacht voor de behoefte van mantelzorgers en het realiseren van een passend en samenhangend aanbod. Logeerszorg is daarbij één van de mogelijke vormen om aanvullende ondersteuning te bieden ter ontlasting van mantelzorgers. Zorgaanbieders gaan in de regio daarbij bij intake en periodiek in gesprek met de cliënt en mantelzorger om de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger te verkennen en stemmen op basis daarvan passende vormen van ondersteuning af, waaronder waar passend logeersmogelijkheden.
293	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Is er al helderheid vanaf wanneer een volledige ANW dekking van huisarts of SO vereist is voor de regio?	Het beleidskader gaat uit van het uitgangspunt dat toegankelijke ANW-zorg randvoorwaardelijk is voor het leveren van zorg thuis en dat zorgaanbieders deze, al dan niet in samenwerking, voor hun cliënten organiseren. Het beleidskader benoemt geen specifieke ingangsdatum waarop volledige dekking vereist is. Dit betreft geen nieuwe verplichting, maar een randvoorwaarde die voortbouwt op de huidige organisatie van zorg. In de komende beleidsperiode ligt de nadruk op het verder borgen en versterken van een toegankelijke en passende invulling van ANW-zorg in de regio.
294	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Is het zorgkantoor bereid om een beschikbaarheidsbijdrage te betalen voor het vrijhouden van bedden voor logeerszorg? Zo nee, waarom niet? Indien het zorgkantoor niet bereid is om een beschikbaarheidsbijdrage te betalen voor logeerszorg, hoe verwacht het zorgkantoor dan dat wij bij een beschikbaar bed een keuze maken tussen het opnemen van een client op de wachtlijst zorg met verblijf of een client logeerszorg?	Het landelijke beleidskader benoemt logeerszorg als randvoorwaarde voor langer thuis wonen, maar bevat geen landelijke afspraken over de wijze van bekostiging of het vergoeden van beschikbaarheid van plaatsen. De invulling hiervan, inclusief eventuele afspraken over capaciteit en inzet van logeersplekken, vindt plaats op regionaal niveau en in overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.

295	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Kan het zorgkantoor bevestigen dat maatwerkgelden en regiobudget HLO ook ingezet kan worden om de randvoorwaarden extramuralisering V&V verder te ontwikkelen of op te zetten naast de 5 thema's die worden benoemd onder 3.3?	De inzet van het regiobudget is gericht op de vijf inhoudelijke thema's zoals benoemd in het beleidskader en moet bijdragen aan de transitiedoelen van het HLO. Activiteiten die gericht zijn op het verder ontwikkelen van randvoorwaarden voor extramuralisering kunnen onderdeel zijn van deze inzet. Voorwaarde is dat deze activiteiten passen binnen één of meerdere van de genoemde thema's en bijdragen aan de transitiedoelen van het HLO.
296	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Kunt u toelichten op basis van welke objectieve criteria en procedure het zorgkantoor vaststelt dat de toegankelijkheid of doelmatigheid van ANW-zorg regionaal onder druk staat, en hoe wordt geborgd dat het zorgkantoor hierbij een transparante en passende regierol vervult in plaats van verantwoordelijkheden eenzijdig bij individuele zorgaanbieders neer te leggen?	In de praktijk wordt dit in de regio gevolgd op basis van signalen uit de uitvoering, beschikbare data en het gesprek met zorgaanbieders over de organisatie en werking van ANW-zorg. Wanneer daaruit blijkt dat de toegankelijkheid of doelmatigheid onder druk staat, kan het zorgkantoor – conform het beleidskader – besluiten de organisatie van ANW-zorg regionaal te herzien.
297	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Kunt u verduidelijken welke minimale eisen gelden voor 24/7 MGZ-beschikbaarheid bij ongeclusterde MPT/VPT-zorg thuis, specifiek voor aanbieders zonder eigen behandelorganisatie?	De minimale eisen voor de beschikbaarheid van 24/7 MGZ volgen uit het convenant MGZ en het landelijk beleidskader. Daarbij geldt dat zorgaanbieders en betrokken partijen gezamenlijk zorgdragen voor: - de toegankelijkheid van MGZ voor alle Wlz-cliënten, waarbij 24/7 een arts met passende expertise beschikbaar is; - het maken van regionale afspraken over taakverdeling, samenwerking, consultatie en regiebehandelaarschap tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG; - deelname aan regionale overlegstructuren en het maken van aanvullende afspraken waar nodig, inclusief het inrichten van een escalatieproces bij knelpunten. Deze eisen gelden voor alle zorgaanbieders, ongeacht of zij beschikken over een eigen behandelorganisatie. Het beleidskader gaat daarbij uit van gezamenlijke verantwoordelijkheid en regionale samenwerking voor het organiseren van MGZ.

298	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Kunt u, met betrekking tot de informatieoverdracht en gegevensuitwisseling en coördinatie van integrale zorg, nader definiëren wat u met “betrokken partijen” bedoelt? Hierbij ook de opmerking dat dit een nogal omvangrijke en complexe taakstelling is.	Met “betrokken partijen” wordt aangesloten bij paragraaf 3.1 (MGZ). Dit betreft partijen die betrokken zijn bij de organisatie en uitvoering van de medisch-generalistische zorg. Zij maken regionale afspraken, onder andere over informatieoverdracht en gegevensuitwisseling. De implementatie hiervan vraagt, waar nodig, om aanvullende afstemming en inzet van partijen. Deze ontwikkeling is erop gericht de samenwerking in de regio te versterken en bij te dragen aan meer samenhangende en toekomstbestendige zorg.
299	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Om de 4 randvoorwaarden op orde te brengen verwacht u dat zorgaanbieders samenwerken met zorgaanbieders en gemeenten. Deze samenwerking komt alleen tot stand door de intensieve inzet van medewerkers in overleggen om samenwerking te realiseren. Aan deze steeds intensievere inzet van mensen zitten veel kosten. Zijn deze toenemende kosten verwerkt in de tarieven? Zo niet, hoe wordt dan wel gefinancierd?	De NZa stelt de maximumtarieven vast en zorgkantoren contracteren binnen deze kaders. De inzet op regionale samenwerking, zoals bedoeld bij deze randvoorwaarden, maakt onderdeel uit van de reguliere uitvoering van zorg en de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om passende zorg te organiseren. Hiervoor is geen separate financiering voor overlegkosten opgenomen. Voor de ontwikkeling en transitie van het zorgaanbod, bijvoorbeeld in het kader van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, zijn op onderdelen aanvullende middelen beschikbaar, die gericht zijn op tijdelijke veranderingen en niet op structurele bekostiging van samenwerking.
300	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Om deze op orde... gemeenten en het zorgkantoor. Heeft u deze verwachting ook gecommuniceerd met de gemeenten? Wij zien namelijk dat gemeenten een terugtrekkende beweging maakt op tal van Wmo verstrekkingen, mede gelet op de verwachte overheidsbezuinigingen voor de komende jaren. Ook missen wij in het rijtje van organisaties de zorgverzekeraars, kunt u dit toevoegen?	In het beleidskader is opgenomen dat de randvoorwaarden voor zorg thuis een gezamenlijke opgave zijn die vraagt om samenwerking tussen verschillende partijen in de regio. Dit betreft niet alleen zorgaanbieders en zorgkantoren, maar ook andere betrokken partijen, waaronder gemeenten en – afhankelijk van het onderwerp – zorgverzekeraars en andere domeinpartners. De concrete invulling van deze samenwerking en de betrokkenheid van partijen vindt plaats in de regio. Zorgkantoren zijn hierover in gesprek met relevante partners en blijven dit in samenhang met de regionale opgave verder vormgeven.

301	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Op welke juridische grondslag baseert het zorgkantoor zijn inkoopbeleid ten aanzien van de financiering van onplanbare nachtzorg bij cliënten met een MPT of VPT, en hoe wordt daarbij invulling gegeven aan de wettelijke zorgplicht om tijdig passende zorg beschikbaar te hebben, ook wanneer de organisatie van een 24/7 beschikbaarheidsfunctie substantiële kosten met zich meebrengt?	Het inkoopbeleid is gebaseerd op de geldende wettelijke kaders van de Wlz, waaronder de zorgplicht om tijdig passende zorg te realiseren. In het landelijke beleidskader is opgenomen dat randvoorwaarden zoals bereikbaarheid en ANW-zorg voor zorg thuis regionaal door zorgaanbieders in samenwerking worden georganiseerd. Het beleidskader bevat geen nadere afspraken over de wijze van bekostiging van deze randvoorwaarden. De invulling hiervan vindt plaats binnen de geldende NZa-kaders en in de regionale contractering. Voor de concrete uitwerking gaan zorgkantoren hierover met u in gesprek in de regio.
302	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Randvoorwaarde is dat de coördinatie van beschikbare (regionale) capaciteit plaatsvindt via coördinatiepunten. Kan het zorgkantoor aangeven wat onder een coördinatiepunt wordt verstaan? Aan welke minimale eisen/taken/verantwoordelijkheden moet een coördinatiepunt voldoen?	In het beleidskader wordt coördinatie van capaciteit beschreven als het gezamenlijk regionaal organiseren van inzicht en afstemming rondom beschikbare capaciteit, gericht op tijdige en passende plaatsing van cliënten. Coördinatiepunten worden daarbij genoemd als een mogelijke vorm om deze samenwerking te ondersteunen. Het beleidskader bevat geen nadere uitwerking van een formele definitie of een landelijke set van taken of verantwoordelijkheden voor coördinatiepunten. Wel is opgenomen dat in de regio werkaafspraken worden gemaakt over inzicht, communicatie en gegevensuitwisseling. De concrete invulling, inrichting en werking van eventuele coördinatiepunten vindt plaats in de regio.
303	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	U formuleert in het beleid diverse randvoorwaarden voor extramuralisering. Welke consequenties stelt het zorgkantoor op het moment dat het zorgaanbieders niet lukt dit te bewerkstelligen of de beoogde doelstellingen niet worden behaald?	In paragraaf 3.1 van het Bijlage 2 landelijk-beleidskader-wlz worden randvoorwaarden voor extramuralisering benoemd en wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij deze in samenwerking met andere partijen realiseren. Indien dit in de praktijk niet (voldoende) lukt, wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij dit tijdig signaleren en met het zorgkantoor bespreken. Het zorgkantoor kan in dat geval het gesprek initiëren en, waar nodig, regionaal (of landelijk) escaleren om knelpunten te adresseren en tot passende oplossingen te komen. Het beleid kent daarmee geen vooraf vastgestelde generieke consequenties, maar voorziet in een werkwijze waarin via monitoring, samenwerking en bijsturing wordt gestuurd op het realiseren van de randvoorwaarden.

304	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	U noemt logeren, ANW-zorg en MGZ als randvoorwaarden voor langer thuis. Welke partij is verantwoordelijk voor realisatie hiervan, en hoe voorkomt u dat aanbieders afhankelijk blijven van voorzieningen waar zij geen regie op hebben?	De realisatie van deze randvoorwaarden is een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de regio. Zorgaanbieders blijven zelf verantwoordelijk voor het borgen hiervan voor hun cliënten en geven hier invulling aan via regionale samenwerking en onderlinge afspraken. Voor logeerszorg wordt passend aanbod gerealiseerd, voor ANW-zorg moet 24/7 beschikbaarheid regionaal geborgd zijn en voor MGZ wordt gewerkt via het convenant aan regionale afspraken en escalatie. Daarnaast organiseren partijen gezamenlijk inzicht in en afstemming over beschikbare capaciteit (incl. crisis en logeren), ter ondersteuning van tijdige en passende plaatsing en het voorkomen van onnodige wachttijd, verkeerde beddagen en schaduwwachelijsten. Het zorgkantoor stuurt zo nodig op toegankelijkheid en samenhang.
305	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Wanneer is er volgens het zorgkantoor sprake van voldoende logeerszorg?	Er is sprake van voldoende logeerszorg wanneer er in de regio een passend aanbod beschikbaar is dat aansluit bij de vraag van cliënten en bijdraagt aan het langer thuis wonen en het ontlasten van mantelzorgers.
306	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Wanneer is het duidelijk geworden dat we zijn verschoven van een zorg gestuurd model naar een model waarin zelfredzaamheid, informele zorg, digitalisering en passende ondersteuning centraal staan?	Het beleidskader beschrijft de uitgangspunten voor de komende inkoopperiode en sluit aan bij bredere ontwikkelingen in de langdurige zorg, zoals de beweging naar passende zorg, het langer thuis wonen en het versterken van zelfredzaamheid en het netwerk van cliënten. Deze ontwikkeling heeft zich in de afgelopen jaren geleidelijk ingezet via landelijke akkoorden en beleidslijnen en is niet het gevolg van één specifiek omslagmoment binnen het inkoopbeleid. Het beleidskader beschrijft de uitgangspunten voor de komende inkoopperiode en sluit aan bij bredere ontwikkelingen in de langdurige zorg, zoals de beweging naar passende zorg, het langer thuis wonen en het versterken van zelfredzaamheid en het netwerk van cliënten. Deze ontwikkeling heeft zich in de afgelopen jaren geleidelijk ingezet via landelijke akkoorden en beleidslijnen en is niet het gevolg van één specifiek omslagmoment binnen het inkoopbeleid. Het beleidskader geeft hieraan invulling voor de periode 2027–2029.

307	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Welke van de genoemde randvoorwaarden vormen momenteel de grootste belemmering voor de beweging naar langer thuis wonen volgens het zorgkantoor?	De genoemde randvoorwaarden zijn gezamenlijk nodig voor de beweging naar langer thuis wonen en zijn daarom integraal opgenomen in het landelijk beleidskader. De mate waarin deze randvoorwaarden in de praktijk belemmerend zijn, verschilt tussen en binnen regio's en is niet eenduidig te duiden. Deze onderwerpen worden regionaal besproken, waarbij wordt gekeken naar de stand van zaken, wat nodig is en hoe hierin wordt geprioriteerd. De verdere uitwerking hiervan vindt plaats in het regionale beleid van zorgkantoren en afspraken met zorgaanbieders.
308	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Welke veranderingen worden verwacht in de organisatie van MGZ om de groei van MPT te kunnen waarmaken?	De ontwikkelingen in de langdurige ouderenzorg, waaronder de beweging naar meer zorg thuis, de toenemende complexiteit van de zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt, maken dat de organisatie en samenwerking binnen de medisch-generalistische zorg (MGZ) overal nog in transitie is en verder moet worden doorontwikkeld. Dit hangt niet uitsluitend samen met de groei van het mpt, maar met bredere veranderingen in de sector. Deze beweging is al langer gaande en komt met het convenant en het landelijk beleidskader nadrukkelijker op de regionale agenda.
309	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Wie is er (eind)verantwoordelijk voor als langer thuis wonen vastloopt?	Het beleidskader kent geen onderscheid in één partij die (eind)verantwoordelijk is wanneer langer thuis wonen niet passend blijkt. Zorgaanbieders hebben vanuit hun rol in de Wlz een verantwoordelijkheid voor het organiseren en leveren van passende zorg voor hun cliënten, in afstemming met cliënt en netwerk. Wanneer langer thuis wonen niet (langer) verantwoord of passend is, wordt in samenspraak gezocht naar een passende alternatieve zorgvorm, waaronder verblijf. Het zorgkantoor heeft vanuit de zorgplicht een rol in het borgen van tijdige toegang tot passende zorg, in samenwerking met betrokken partijen.

310	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Wordt de aanwezige respijtzorg, crisiszorg en ELV beddencapaciteit in de regio meegenomen of meegewogen in deze aanpak? Dit kan in de praktijk overlappen.	Logeerszorg is één van de mogelijke vormen om aanvullende ondersteuning te bieden ter ontlasting van mantelzorgers. De invulling hiervan wordt regionaal, in samenwerking met zorgaanbieders en andere betrokken partijen vormgegeven, met aandacht voor de behoefte van mantelzorgers en het realiseren van een passend en samenhangend aanbod. Daarbij wordt gekeken naar het totale beschikbare aanbod en de samenhang daartussen. Een samenhangend aanbod van respijtzorg en andere tijdelijke opnamemogelijkheden kan bijdragen aan het voorkomen van crisissituaties en daarmee aan het beperken van de inzet van crisisbedden.
311	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Wordt de verplichting tot volledige MGZ- en ANW-dekking beoordeeld als inspanningsverplichting wanneer huisartsen, HAP's of regionale partijen onvoldoende beschikbaar zijn?	Het beleidskader gaat uit van de verwachting dat MGZ en ANW-zorg 24/7 beschikbaar zijn voor Wlz-cliënten en dat partijen dit gezamenlijk organiseren via regionale samenwerking. Dit betreft meer dan een vrijblijvende inspanningsverplichting: van partijen wordt verwacht dat zij deze zorg daadwerkelijk organiseren en borgen. Tegelijkertijd erkent het beleidskader dat dit niet volledig binnen de invloedssfeer van individuele partijen ligt. Indien het ondanks inspanningen niet lukt om volledige dekking te realiseren, wordt verwacht dat dit tijdig wordt gemeld, waarna het zorgkantoor een rol heeft in regionale en zo nodig landelijke escalatie.
312	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Zijn er naast de randvoorwaarden in landelijk beleid nog meer voorwaarden die het zorgkantoor ziet als essentieel?	De randvoorwaarden zoals benoemd in paragraaf 3.1 vormen het vertrekpunt voor extramuralisering voor de V&V sector. Het landelijk beleidskader bevat daarnaast per thema eventuele aanvullende voorwaarden en richtlijnen. Welke voorwaarden in een specifieke situatie relevant zijn, hangt af van het betreffende onderwerp en de context waarin zorg wordt geleverd. Dit kan mede worden ingevuld via het regionale inkoopbeleid en de daar gemaakte afspraken.

313	3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV	Zijn het realiseren van de randvoorwaarden extramuralisering V&V een resultaatverplichting of een inspanningsverplichting? Dit is van belang omdat er vele actoren spelen om dit goed te kunnen realiseren waar aanbieders niet altijd veel grip op hebben (met name de tijdlijn).	Het beleidskader kwalificeert het realiseren van de randvoorwaarden voor extramuralisering niet als een afzonderlijke resultaatsverplichting voor individuele zorgaanbieders. Het betreft een gezamenlijke regionale opgave waarin partijen in samenwerking toewerken naar het beoogde resultaat. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij hier actief en gericht aan bijdragen en zich inzetten voor het realiseren van deze randvoorwaarden. Tegelijkertijd is de mate waarin en het tempo waarin dit kan plaatsvinden mede afhankelijk van regionale omstandigheden en de bijdrage van verschillende betrokken partijen. De ontwikkeling van deze randvoorwaarden vraagt tijd, waarbij in de beleidsperiode 2027–2029 ruimte bestaat om in de regio toe te werken naar een passende en duurzame invulling.
314	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	""De zorg en ondersteuningsvraag structureel hoog-complex, instabiel of onplanbaar is en verzilvering via MPT door een sterk fluctuerende zorgvraag leidt tot een onevenredig onredelijke administratieve belasting."" Moet dit aantoonbaar worden gemaakt? En zo ja, op welke manier?"	Ja, u moet dit onderbouwen en vastleggen in het clientdossier. U kunt zelf bepalen hoe u dit doet, hier zijn geen specifieke eisen voor bepaald.
315	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"als de zorgkosten binnen MPT onder 80% van het VPT-budget blijven, is MPT in principe de passende leveringsvorm" komt hiervoor een rekentool en hoe gaat het zorgkantoor dit monitoren?	Nee, de zorgkantoren voorzien niet in een tool. U kunt desgewenst gebruik maken van de rekentool voor MPT. De tarieven van zorgindicaties bij het vpt worden gepubliceerd door de NZa in de beleidsregelprestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. Zorgaanbieders kunnen eenvoudig de uitkomsten van de rekentool vergelijken met de inkomsten vanuit deze beleidsregel.

316	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Kunt u concreet specificeren hoe de 80%-toets moet worden berekend? Wilt u daarbij aangeven: a. welke inkomsten als basis gelden: NZa-tarief, gecontracteerd tariefpercentage, inclusief of exclusief NHC/NIC, behandeling, dagbesteding; b. welke periode moet worden gehanteerd: maand, kwartaal, jaar of zorgplanperiode; c. hoe fluctuaties in zorgvraag moeten worden verwerkt?"	Voor de 80%-toets wordt gekeken naar kosten in relatie tot inkomsten of opbrengsten. Met 'inkomsten inzet VPT' bedoelen wij de inkomsten die samenhangen met het leveren van VPT aan de betreffende cliënt, voortvloeiend uit het zorgprofiel. Onder kosten verstaan wij alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie, ongeacht de aard van de geleverde zorg. Onder inkomsten verstaan wij de opbrengsten behorend bij het toegewezen zorgprofiel. De 80%-norm wordt bepaald op basis van de kosten in relatie tot de indicatie over een langere termijn, afhankelijk van de cliëntspecifieke situatie. Incidentele afwijkingen als gevolg van een tijdelijk hogere zorgvraag worden hierbij buiten beschouwing gelaten. Wij gaan ervan uit dat zorgaanbieders bij de berekening van het benodigde budget rekening houden met fluctuaties. Indien nodig stelt de aanbieder deze inschatting bij.
317	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Kunt u expliciet definiëren wat het zorgkantoor verstaat onder 'nieuwe klanten' bij toepassing van het uitgangspunt MPT voorliggend op VPT? a. nieuwe Wlz-indicatie bij bestaande cliënt; b. bestaande Wlz-cliënt die overstapt naar een andere aanbieder; c. bestaande cliënt met VPT die verhuist naar een andere woning;"	Onder nieuwe cliënten verstaan wij cliënten die vanaf 2027 voor het eerst een Wlz-indicatie ontvangen. Ook voor bestaande Wlz-cliënten die zorg ontvangen via een PGB of MPT verwachten wij dat zorgaanbieders het toetsingskader toepassen. Bestaande cliënten met een VPT die verhuizen naar een andere woning kunnen de zorg in de vorm van VPT behouden.
318	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is ...80% van de inkomsten bij inzet VPT bedragen, het MPT altijd de best passende leveringsvorm is." Is de 80% redelijk en kunt u hier een onderbouwing voor aanleveren. Zo nee, waarom niet?"	Wij achten de 80%-norm doelmatig en in redelijke verhouding tot de mogelijkheden binnen de verschillende leveringsvormen. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er nog voldoende budgettaire ruimte aanwezig is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria.

319	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Zorgprofessionals maken op - in het cliëntdossier." Hoe zorgt u ervoor dat het gebruik van het toetsingskader niet tot extra registratielast leidt?	Wij verwachten dat zorgprofessionals bij een intake al informatie verzamelen en registreren over de zorgvraag en ondersteuningsbehoefte. Hieraan wordt nu de registratie van het doorlopen van het toetsingskader toegevoegd. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Hierbij is de administratieve registratielast zeer beperkt. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd. In deze situatie achten wij de aanvullende registratie in verhouding tot het genomen besluit.
320	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	(Hoe) wordt het CIZ hierin meegenomen?	Het CIZ is nauw betrokken bij de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg en hiermee op de hoogte van het uitgangspunt MPT voorliggend op VPT.
321	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Het basisuitgangspunt is te allen tijde: De kosten op cliëntniveau ... het mpt altijd de best passende leveringsvorm is." Hoe verhoudt dit uitgangspunt zich met de omstandigheid dat de kosten van MPT meer dan 120% van de inkomsten bedragen? Is VPT dan de meest passende vorm?	We sluiten een MPT niet uit als de kosten voor een MPT hoger zijn dan de die van een VPT.
322	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"In het Hoofdlijnen ... criteria passender is." Een van de voorwaarden die in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg is overeengekomen, betreft het beperken van de administratieve lasten die samenhangen met het modulair pakket thuis. Kunt u toelichten op welke wijze en wanneer u helderheid gaat verschaffen over hoe u deze administratieve lasten beperkt?	In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.

323	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Wij spreken van geclusterde zorg... postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen". Is deze definitie ook van toepassing voor geclusterde VPT zorg voor de gehele looptijd van de overeenkomst?	Deze definitie is van toepassing om te bekijken of het toetsingskader MPT voorliggend op VPT van toepassing is. In 2026 en 2027 wordt deze definitie geëvalueerd en indien nodig aangepast.
324	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Zorgkantoren gaan ervan ...verzilveren via een mpt." Kunt u toelichten hoe wordt geborgd dat de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend blijven bij de keuze tussen VPT en MPT, en niet de streefnorm zelf? En wat zijn de consequenties van het niet voldoen aan deze streefnorm?	Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier; daarmee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de VPT-inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere zorgaanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie.
325	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Zorgkantoren gaan ervan ...verzilveren via een mpt." Wij zien het risico dat een streefnorm van 90% deze beoogde ruimte in de praktijk beperkt. Kunt u toelichten hoe wordt geborgd dat de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend blijven bij de keuze tussen VPT en MPT, en niet de streefnorm zelf?	De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier; daarmee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend.
326	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	"Zorgkantoren gaan ervan...via een mpt". Wij willen erop wijzen dat het toetsingskader primair bedoeld is om aanbieders de ruimte te bieden VPT in te zetten wanneer dit, onder 3.2 de gestelde voorwaarden, beter aansluit bij de situatie en behoeften van de cliënt dan MPT. Wij zien het risico dat sturing op minimaal 90% deze beoogde ruimte in de praktijk beperkt. Daarom maken wij hiertegen bezwaar.	U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De 90%-norm is geen harde grens zorgaanbieder niveau. De individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt blijft leidend. We hebben kennisgenomen van uw bezwaar, maar wij handhaven het inkoopbeleid op dit punt.

327	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	3.2 inzetten op optimaliseren en innoveren in de zorg; Is er voldoende budgettaire ruimte opgenomen in de tarieven voor innovatie? Zo ja, kunt u inzicht geven in de hoeveelheid ervan?	Er is voldoende budgettaire ruimte voor de inzet van zorgtechnologie binnen de huidige bekostiging van het mpt. Binnen de beleidsregel modulaire zorg van de NZa is hiervoor ruimte opgenomen om gemiddeld circa 6,5 uur per maand per cliënt te declareren voor zorgtechnologie als onderdeel van het zorgarrangement. Hiermee is beoogd dat innovatie en inzet van zorgtechnologie kan worden gefaciliteerd.
328	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Alinea 'MPT voorliggend aan VPT geldt voor alle nieuwe klanten'. Waarom verwacht u dat bij 90% van de nieuwe cliënten MPT passend is i.p.v. VPT? Op basis waarvan, en van welke onderzoeken, is deze verwachting gebaseerd?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt.
329	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Als definitie van geclusterde WLZ-zorg hanteren wij de volgende definitie: Een geclusterde woonzorgzone rondom onze verpleeghuislocatie, bestaande uit zelfstandige appartementen waarvan bewoners gebruik kunnen maken van de aanwezige zorginfrastructuur, gemeenschappelijke voorzieningen en de nabijheid van een permanent zorgteam. Onderschrijft het zorgkantoor deze definitie? Zo nee, waarom niet?	We kunnen niet aansluiten bij alle verschillende definities die door zorgaanbieders gebruikt worden. In het beleidskader leest u welke definitie wij hanteren.
330	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Bent u bereid om vanaf 2027 de administratieve processen rondom MPT te vereenvoudigen? Bijvoorbeeld op z'n minst vergelijkbaar met de "Pilot vermindering gebruik AAT en rekenmodule" van DSW zorgkantoor? Zo nee, waarom niet?	Hier kunnen wij op dit moment nog geen uitspraak over doen. In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.

331	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Bent u het ermee eens dat zorgaanbieders vanaf 2027 bij MPT kunnen werken volgens de uitgangspunten uit de DSW-pilot (AAT alleen bij wissel aanbieder, wijziging leveringsvorm of bij onverantwoorde zorg), en zo nee, op welke gronden en bezwaren baseert u dit?	Nee hier zijn wij het niet mee eens. In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.
332	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Betekent het toetsingskader dat de ondersteuningsmogelijkheden onder 1, 2 en 3 bij lagere zorginzet niet beschikbaar zijn voor cliënten met MPT? Zo nee, hoe worden deze mogelijkheden bij MPT praktisch en financieel geborgd? Zo ja, hoe kan deze inzet dan gedeclareerd worden?	Nee. Het toetsingskader sluit deze ondersteuningsmogelijkheden bij MPT niet uit; MPT is juist in principe voorliggend bij ongeclusterde zorg, tenzij VPT op basis van één of meer criteria passender is. Arbeidsbesparende technologie, informele zorg en andere aanvullende ondersteuning kunnen dus ook binnen MPT worden ingezet. De vraag welke activiteiten wel of niet declarabel zijn, vallen onder de bevoegdheid van de NZa en de geldende prestatiebeschrijvingen. Het zorgkantoor volgt deze landelijke kaders.
333	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Binnen het VPT hebben wij de mogelijkheid om medewerkers in te zetten voor activiteiten die bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen van cliënten, welke essentieel zijn om cliënten op verantwoorde wijze langer thuis te laten wonen. Bent u van mening dat hiervoor de prestatie Begeleiding (H300) kan worden gebruikt? Indien dit niet mogelijk is, kunt u toelichten waarom niet en wat wel?	Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Indien nodig stemt u dit af met het zorgkantoor.
334	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Binnen het VPT hebben wij de mogelijkheid om medewerkers in te zetten voor activiteiten die bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen van cliënten. Kunt u aangeven op welke wijze deze en vergelijkbare activiteiten binnen het MPT kunnen worden aangeboden, geregistreerd en gedeclareerd? is h300 hiervoor geschikt?, kunt u toelichten waarom niet en aangeven welke dan wel?	Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Indien nodig stemt u dit af met het zorgkantoor.

335	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Daarnaast vernemen wij graag of zorgkantoren van mening zijn dat een woonomgeving bestaande uit zelfstandige appartementen rondom een verpleeghuislocatie, waarbij bewoners gebruikmaken van de aanwezige zorginfrastructuur en gemeenschappelijke voorzieningen, in beginsel kan worden aangemerkt als een geclusterde setting.	Dit betreft geen vraag over het inkoopbeleid maar een individuele vraag. De wijze waarop zorgkantoren een dergelijke ondersteuning binnen het mpt door zorgaanbieders laten bieden kan verschillen per zorgkantoor. Wij adviseren om hiervoor contact op te nemen met uw zorgkantoor.
336	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Dank voor de inzet om tot een toetsingskader te komen. U maakt in deze afwegingen de mate en voorspelbaarheid van inzet en economische overwegingen leidend op clientniveau. Is dit toetsingskader uit te breiden met regionale, medisch inhoudelijke en (wijk)verpleegkundige overwegingen?	Dank voor uw feedback. Wij hebben getracht een voor alle regio's in Nederland gelijkgericht kader op te richten waarbij de zorgprofessional met het kader en de inhoudelijke (medische en regionale) kennis tot een besluit kan komen. Wij zijn bewust conservatief geweest met het opnemen van medische criteria. Wij nodigen u uit om uw gedachten te delen met uw zorgkantoor zodat deze kunnen worden verzameld voor de evaluatie.
337	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	De kaders van wat nu ZVW/MPT/VPT is staan onder druk. Hoe kan er in dit licht meer gestuurd gaan worden op overstappen van ZVW naar MPT i.v.m. keuzevrijheid cliënt?	We sturen niet op een overstap van de Zvw naar Wlz. In de wet- en regelgeving is bepaald wanneer een klant recht heeft op zorg vanuit de Zvw en wanneer vanuit de Wlz.
338	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	De MPT-voorrang vereist per client een onderbouwde leveringsvormafweging in het dossier, terwijl Inkoopdoel 4 administratieve lastenverlichting nastreeft. Hoe verhouden deze twee uitgangspunten zich tot elkaar?	Administratieve lastenverlichting betekent niet dat deze onderbouwing vervalt, maar dat professionals hun tijd zoveel mogelijk besteden aan zorg die ertoe doet en dat lasten worden verlaagd waar dat kan. Wij verwachten dat zorgprofessionals bij een intake al informatie verzamelen en registreren over de zorgvraag en ondersteuningsbehoefte. Hieraan wordt nu de registratie van het doorlopen van het toetsingskader toegevoegd. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Hierbij is de administratieve registratielast zeer beperkt. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd. In deze situatie achten wij de aanvullende registratie in verhouding tot het genomen besluit.

339	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	De tarieven van MPT zijn voor onze organisatie niet kostendekkend. Bent u bereid - als gedeeltelijke compensatie daarvan - om voor de MPT prestaties een tariefpercentage van 100% van het NZa-tarief overeen te komen? Zo, nee waarom niet?	Nee, hiertoe zijn wij niet bereid. Zorgkantoren stellen vast dat de NZa verantwoordelijk is voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven; dit vormt het vertrekpunt voor alle zorgkantoren. Zorgkantoren hebben daarbij de wettelijke taak om zorg doelmatig in te kopen. De tarieven komen tot stand op basis van de landelijke vertrektarieven, zorgkantoorspecifiek beleid voor regionale aanpassingen en de toepassing van een hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële en doelmatige tariefafspraken te komen. Voor eventuele opslagen verwijzen wij naar het zorginkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.
340	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	De voorwaarden van een MPT t.o.v. een VPT zijn duidelijker weergegeven voor de ongeclusterde woonvorm t.o.v. het vorige beleid. Gelden deze voorwaarden ook voor de geclusterde woonvorm, en zo niet, wat zijn de exacte verschillen?	Nee, in het HLO is afgesproken dat mpt in principe voorliggend is op het vpt bij ongeclusterde zorg. Het toetsingskader is daarom niet van toepassing op cliënten die wonen in een geclusterde woonvorm.
341	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	deel 1 van de vraag over 3.2: Binnen het VPT hebben wij de mogelijkheid om medewerkers in te zetten voor activiteiten die bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen van cliënten, waaronder (4 punten beschreven): Deze werkzaamheden zijn naar onze ervaring essentieel om cliënten op verantwoorde wijze langer thuis te laten wonen en om zwaardere zorgvragen of opname uit te stellen.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
342	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	deel 2 van de vraag over 3.2: Kunt u aangeven op welke wijze deze en vergelijkbare activiteiten zoals beschreven in deel 1 van de vraag over 3.2 binnen het MPT kunnen worden aangeboden, geregistreerd en gedeclareerd?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
343	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Een aantal keer noemt het zorgkantoor 'het werken volgens het reablement gedachtengoed'. Dit is nogal vrijblijvend. Kan het zorgkantoor aangeven wat zij hiermee bedoelt? Zo nee, waarom niet?	Wij bedoelen hiermee dat wij het gedachtengoed van reablement ondersteunen, waarbij de focus ligt op het versterken van zelfstandigheid, autonomie en het opbouwen en behouden daarvan bij cliënten. Dit zijn voor ons basisprincipes in de zorgverlening. Wij verwachten dat bij de beoordeling van passende zorg expliciet wordt meegewogen wat een cliënt, mantelzorgers en het sociale netwerk zelf kunnen opvangen en welke opbouw daarin mogelijk is, alvorens over te gaan tot structurele inzet van zorg en ondersteuning.

344	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Elke zorgaanbieder organiseert MGZ conform het convenant, ongeacht de leveringsvorm, en zet de beschikbare SO/AVG capaciteit regionaal in volgens de daarover gemaakte afspraken. Als die overeenstemming uitblijft, ligt het volgens ons voor de hand dat het zorgkantoor een regiotafel bijeenroept om tot een oplossing te komen. Sluit het zorgkantoor zich hierbij aan? Zo nee, waarom niet?	Ja, dit ondersteunen wij en dit hebben wij opgenomen in Bijlage 2: landelijk beleidskader Wlz 2027, paragraaf 3.1. Wij citeren: "Als het, ondanks de inspanningen van betrokken partijen en de bereidheid om volwaardig invulling te geven aan het MGZ-convenant en de in dit document opgenomen eisen, (regionaal) niet lukt om een volwaardige dekking van de MGZ te realiseren, verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders dit tijdig melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal in dat geval regionaal escaleren en een overleg met de betrokken partijen initiëren. Tijdens dit overleg wordt beoordeeld welke knelpunten een volwaardige implementatie belemmeren en welke acties nodig zijn om deze duurzaam op te lossen. Indien nodig zal het zorgkantoor landelijk escaleren (binnen ZN of richting VWS)."
345	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Er staat beschreven dat bij ongeclusterde zorg thuis voor alle nieuwe cliënten vanaf 1 januari 2027 het uitgangspunt geldt dat MPT in principe voorliggend is op VPT en dat de zorgaanbieder dit beoordeelt op basis van het landelijke toetsingskader. Hoe verhoudt dit uitgangspunt zich tot de inhoudelijke criteria in het toetsingskader en de keuzevrijheid van de cliënt voor een leveringsvorm?	Zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT, dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant gaat en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor.
346	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Er staat een datum genoemd dat de zorgaanbieder het toetsingskader moet toepassen, of is er ruimte om ermee aan de slag te gaan, want de termijn tot 1 januari is kort.	Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij het toetsingskader 'mpt voorliggend op vpt' bij nieuwe cliënten in de Wlz toepassen vanaf 1 januari 2027.
347	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Er wordt benadrukt dat de zorgvraag, context en behoeften van de cliënt leidend zijn bij het bepalen van passende zorg. Tegelijkertijd wordt in het inkoopbeleid gestuurd op een organisatorische transformatie waarbij eerst wordt gekeken naar extramurale zorg. Hoe verhoudt deze beleidsmatige volgorde zich tot het uitgangspunt uit het landelijk beleidskader dat de individuele zorgbehoefte leidend is?	Wij gaan uit van 'thuis als het kan' en bij ongeclusterde zorg thuis is MPT in principe voorliggend op VPT. De zorgaanbieder beoordeelt op basis van het landelijke toetsingskader welke leveringsvorm passend is en stemt zorg af op wat de klant echt nodig heeft. Daarmee blijft passende zorg voor de individuele cliënt leidend binnen de bredere beweging om zoveel mogelijk zorgvragen thuis op te vangen.

348	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Er wordt gesteld dat MPT voorliggend is op VPT wanneer bij VPT de kosten minder dan 80% van de inkomsten bedragen. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de 80%-norm voor alle zorgaanbieders op dezelfde manier wordt toegepast?	Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor deze inhoudelijke beoordeling. Door het opnemen van het toetsingskader in bijlage 2: landelijk beleidskader wlz 2027 is deze werkwijze gelijk voor alle zorgkantoren.
349	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Gaat het zorgkantoor ermee akkoord dat zorgaanbieders alleen vastleggen waarom bij een cliënt voor VPT wordt gekozen, om administratieve lasten te beperken? Zo nee, op basis van welke norm is bredere vastlegging noodzakelijk?	Nee niet volledig. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Hierbij is de administratieve registratielast zeer beperkt. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.
350	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Geldt de verwachting dat minimaal 90% van de cliënten ongeclusterde Wlz-zorg thuis via MPT kan verzilveren als landelijke richtlijn, als norm per zorgaanbieder, als norm per regio of als gesprekssignaal op basis van benchmarkinformatie?	De verwachting dat 90% van de cliënten ongelclusterde wlz zorg via een mpt kan verzilveren is een uitgangspunt per zorgaanbieder. Zorgkantoren gaan ervan uit dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen, dit kunnen verzilveren via een mpt. We monitoren op zorgaanbieder niveau. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie. U kunt dan ook een toelichten waarom u het uitlegbaar vindt dat het percentage afwijkt van de benchmark.
351	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Heeft het zorgkantoor de administratieve last van de per-client-onderbouwing van de MPT/VPT-keuze gekwantificeerd en afgewogen tegen de beoogde doelmatigheidswinst?	Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.

352	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het basisuitgangspunt is te allen tijde: De kosten op cliëntniveau moeten te allen tijde in redelijke verhouding staan tot de inkomsten. Het uitgangspunt hierbij is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet vpt bedragen, het mpt altijd de best passende leveringsvorm is. - Welke elementen worden hierin beschouwd als kosten en inkomsten?	Met kosten wordt verstaan: alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie, ongeacht de aard van de geleverde zorg. Met inkomsten wordt verstaan: de inkomsten behorend bij het toegewezen zorgprofiel.
353	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het basisuitgangspunt op blz. 21 stelt: 'De kosten op cliëntniveau moeten te allen tijde in redelijke verhouding staan tot de inkomsten. Het uitgangspunt hierbij is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet VPT bedragen, het MPT altijd de best passende leveringsvorm is'. De vraag is hoe het begrip 'kosten' in deze passage geïnterpreteerd moet worden en of het zorgkantoor een	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
354	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het beleid 2027-2029 bevat doelen t.a.v. van verdere extramuralisering/groei zorg thuis, onder meer middels MPT en VPT. Tegelijk zijn er aanbieders die afgelopen jaren al substantieel hebben geïnvesteerd en groei hebben gerealiseerd binnen deze leveringsvormen. Kan het zorgkantoor toelichten hoe wordt voorkomen dat deze aanbieders onevenredig worden benadeeld door al gerealiseerde groei?	De extramuralisering in de ouderenzorg is geen nieuw fenomeen, maar een ontwikkeling die enkele jaren geleden al is ingezet. Zoals u zelf aangeeft, hebben zorgaanbieders hier de afgelopen jaren al op ingezet. Zorgkantoren hanteren het uitgangspunt 'thuis als het kan' en zetten in de komende beleidsperiode in op verdere extramuralisering. In het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg is afgesproken dat het beleid 'MPT voorliggend op VPT' ingaat vanaf 2027 en uitsluitend geldt voor nieuwe cliënten in de Wlz. Zorgkantoren verplichten zorgaanbieders niet om de leveringsvorm bij huidige Wlz-cliënten aan te passen. Hiermee wordt een gelijke uitgangspositie voor alle zorgaanbieders gecreëerd.
355	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het inkoopbeleid 2027 lijkt een soort tussenoplossing totdat MPT en VPT worden samengevoegd tot 1 prestatie wat naar alle waarschijnlijkheid per 1-1-2028 in zou gaan. Waarom is er niet gekozen voor een verlenging van de huidige meerjarenovereenkomst met 1 jaar en dat er vanaf 1-1-2028 een geheel nieuw meerjaren inkoopbeleid komt (waarin ook de gezamenlijk vastgestelde HLO-punten in terugkomen)?	Wij hebben gekozen voor meerjarig inkoopbeleid 2027-2029, omdat dit aansluit op de landelijke inkoopvisie en het landelijk beleidskader die integraal onderdeel zijn van ons zorginkoopbeleid en de overeenkomst Wlz 2027-2029. De uitgangspunten van het HLO zijn daarin al verwerkt. Een verlenging van de meerjarenovereenkomst 2024-2026 met één jaar is daarom niet gekozen.

356	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het uitgangspunt hierbij is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet vpt bedragen, het mpt altijd de best passende leveringsvorm is. Wij vragen ons af of hoe deze afweging is gemaakt en of deze aan de voorkant goed te maken is bij WLZ cliënten. Hoe gaat het zorgkantoor deze lijn (MPT voorliggend) monitoren en evalueren?	Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er nog voldoende budgettaire ruimte aanwezig is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria. Wij gaan ervan uit dat bij aanvang van de zorg (en indien nodig tussentijds) deze beoordeling kan worden uitgevoerd. Dit omdat zorgprofessionals bij elke cliënt kijken welke vorm van zorg en ondersteuning noodzakelijk is en hoe deze kan worden geboden Zorgkantoren zullen dit monitoren op basis van regionale en landelijke benchmarkinformatie. Hierover gaan Zorgkantoren met zorgaanbieders zonodig in gesprek.
357	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het zorgkantoor hanteert een norm van 90% MPT bij ongeclusterde wijkverpleging. Een toetsingskader is echter bedoeld voor een objectieve, individuele beoordeling van de klantbehoefte. Wij maken bezwaar tegen sancties als een aanbieder het kader correct toepast, maar door een specifieke, zwaardere cliëntpopulatie afwijkt van deze norm.	Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Op basis hiervan kunnen zorgkantoren in gesprek gaan met zorgaanbieders. U kunt dan ook een toelichting geven. Een specifieke, zwaardere cliëntpopulatie kan een reden zijn voor een hoger percentage klanten die zorg thuis krijgt met een VPT. In dergelijke gevallen zijn aanvullende afspraken niet nodig en leggen we uiteraard geen sancties op.
358	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Het zorgkantoor stelt dat de afweging vastgelegd moet worden in het zorgdossier. Is dat vormvrij?	Ja, de vastlegging is vormvrij. Wij verwachten geen vaste set documenten of een voorgeschreven detailniveau in het cliëntdossier. Zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader de keuze voor de best passende leveringsvorm. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.

359	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe beoordeelt het zorgkantoor woonzorgzones en andere vergelijkbare wijkgerichte concepten waarin cliënten zelfstandig wonen, maar waarbij zorg, welzijn, mantelzorgondersteuning en samenwerking gebiedsgericht zijn georganiseerd? Op welke wijze worden dergelijke concepten betrokken bij de afweging tussen MPT en VPT?	Dat kunnen wij niet op voorhand aangeven. Wij verwijzen u naar de definitie zoals opgenomen in het beleid.
360	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe gaan zorgkantoren sturen en monitoren op het uitgangspunt dat bij kosten onder 80% van de VPT-inkomsten MPT de best passende leveringsvorm is? Welke onderbouwing verwachten zij van zorgaanbieders bij de gemaakte afweging?	Wij verwachten dat zorgaanbieders op basis van het toetsingskader inhoudelijk onderbouwen waarom wordt gekozen om de zorg ongeclusterd te leveren via een vpt. Zorgkantoren maken gebruik van benchmarkinformatie voor de monitoring.
361	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe kijkt het zorgkantoor dan tegen doorstroming van ZVW naar MPT naar VPT gedwongen of vrijwillig?	Deze vraag heeft niet direct betrekking op het inkoopbeleid. We beantwoorden deze vraag om deze reden niet.
362	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe kunnen activiteiten zoals netwerkondersteuning, regie en welzijn binnen het MPT worden aangeboden, geregistreerd en gedeclareerd, en is hiervoor de prestatie Begeleiding (H300) passend of welke prestaties zijn daarvoor geschikt?	Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Indien nodig stemt u dit af met het zorgkantoor.
363	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe moet het begrip 'kosten' worden geïnterpreteerd bij het uitgangspunt dat MPT passend is als de kosten bij VPT minder dan 80% van de inkomsten bedragen? Gaat het om directe cliëntgebonden kosten, integrale kosten of andere kosten? En stelt het zorgkantoor een hulpmiddel beschikbaar om dit te berekenen?	Met kosten wordt verstaan: alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie, ongeacht de aard van de geleverde zorg.
364	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe moeten we dit beleid zien in het kader van de juiste zorg op de juiste plek en de wens van de cliënt. Door het 90-10 percentage, gaan we sturen op een verhouding ipv zorgbehoefte en passende zorg.	Deze beleidslijn stimuleert de juiste zorg op de juiste plek. Ook met een MPT kan passende zorg geleverd worden. De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier; daarmee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend.

365	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe verhoudt binnen het Wlz-inkoopbeleid de volgorde waarbij eerst extramurale zorg wordt onderzocht zich tot het uitgangspunt dat de individuele en contextafhankelijke zorgbehoefte leidend is, en hoe wordt geborgd dat keuzes niet primair worden ingegeven door systeem- of beleidsdoelstellingen?	De volgorde is geen automatische voorrang voor extramurale zorg, maar een verplichte zorginhoudelijke verkenning: eerst wordt beoordeeld of MPT of daarna VPT passend en verantwoord is. Als zorg thuis niet passend is, niet verantwoord kan worden gegeven, onvoldoende is of te risicovol is, blijft intramurale of geclusterde zorg mogelijk. De borging zit in de beoordeling per klant, waarbij zorgvraag, persoonlijke situatie, omgeving en beschikbaar aanbod centraal staan; de keuze wordt onderbouwd in het zorgplan en het afwegingskader ondersteunt het wegen van omstandigheden.
366	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe verhoudt deze beleidslijn zich tot het wettelijke recht op verblijf voor cliënten met een Wlz-indicatie? Op welke wijze ondersteunt het zorgkantoor de zorgaanbieder als een cliënt of diens netwerk, ondanks een positieve toets voor zorg thuis, blijft vasthouden aan de wens voor intramurale opname.	Het wettelijke recht op verblijf voor cliënten met een Wlz-indicatie staat deels los van de beleidslijn. De beleidslijn gaat over het creëren van zorgaanbod en het informeren van cliënten over de mogelijkheid van zorg zo thuis mogelijk. Als zorgkantoren verwachten wij dat, wanneer er voldoende passend extramuraal zorgaanbod is, cliënten goed geïnformeerd worden en daarmee een weloverwogen keuze kunnen maken over waar zij hun zorg willen ontvangen. Als de keuze van de cliënt (in afstemming met het netwerk en zorgprofessionals) dan toch valt op een intramurale opname, dan is dat een legitieme uitkomst.
367	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe verhoudt het toetsingskader zich tot de voorkeuren van cliënten bij de keuze voor een leveringsvorm, en in hoeverre krijgen deze voorkeuren daadwerkelijk gewicht in de uiteindelijke beslissing?	Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT, dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant gaat en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor.
368	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe verhoudt het uitgangspunt dat kosten en opbrengsten per cliënt in verhouding moeten zijn, met de regel dat bij <80% kosten het mpt passend is, zich tot de inhoudelijke criteria van het toetsingskader: weegt een financiële afweging hierbij zwaarder dan de inhoudelijke beoordeling, en waarom?	De financiële afweging vervangt de inhoudelijke beoordeling niet. Een doelmatige inzet vinden we belangrijk en hebben we daarom als algemene voorwaarden opgenomen. Zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader een zorginhoudelijk en doelmatig onderbouwde keuze voor de best passende leveringsvorm. Wel geldt als algemene voorwaarde bij alle criteria dat kosten en inkomsten op cliëntniveau in redelijke verhouding moeten staan.

369	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe verwacht het zorgkantoor dat een zorgaanbieder stuurt op verhoudingen MPT-VPT 90-10% als het CIZ indicaties toekent en cliënten keuzevrijheid hebben rond zorgaanbieders?	Het CIZ kent indicaties toe, maar bepaalt niet de leveringsvorm. Klanten hebben inderdaad keuzevrijheid rond gecontracteerde zorgaanbieders. U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling op basis van het toetsingskader MPT voorliggend op VPT. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier.
370	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe vindt de monitoring plaats ten aanzien van het criterium dat bij VPT maximaal 80% van de inkomsten aan kosten wordt besteed?	De wijze van monitoring is afhankelijk van het zorgkantoor. Wij adviseren u om hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper.
371	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe voorkomt het zorgkantoor dat de 80%-grens ertoe leidt dat aanbieders kosten bewust hoog houden of opvoeren om VPT te kunnen blijven inzetten?	Zorgkantoren zullen dit monitoren op basis van regionale en landelijke benchmarkinformatie. Hierover gaan Zorgkantoren met zorgaanbieders in gesprek. Daarnaast gaan wij er vanuit dat zorgaanbieders hun maatschappelijke rol pakken en serieus nemen. Het bewust hoog houden op opvoeren van kosten in de Wlz past hier niet bij. Indien dit wordt geconstateerd hebben zorgkantoren verschillende handhavingsmaatregelen.
372	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe voorkomt het zorgkantoor dat de keuze voor MPT als voorliggende leveringsvorm leidt tot versnippering van ondersteuning voor kwetsbare thuiswonende cliënten die juist baat hebben bij één integraal georganiseerd arrangement? Zie ook vorige vraag.	Ook met een MPT kan een integraal georganiseerd arrangement geboden worden.
373	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe worden bij de afweging tussen MPT en VPT de gevolgen voor de integraliteit, organiseerbaarheid en financiële haalbaarheid van zorg meegewogen, wanneer zorg wordt ingevuld door meerdere aanbieders en/of in combinatie met mantelzorg?	Wij verwachten dat zorgprofessionals / zorgaanbieders deze afweging op cliëntniveau maken. Indien meerdere zorgaanbieders betrokken zijn, verwachten wij dat de coördinator zorg thuis deze verantwoordelijkheid neemt. Wij verwachten dat ongeacht de leveringsvorm de zorg en ondersteuning wordt afgestemd met de cliënt en eventuele mantelzorgers om de mate en wijze van participatie en ondersteuning op passende wijze vorm te geven.

374	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe worden de belastbaarheid en duurzaamheid van mantelzorg en het sociale netwerk meegewogen bij de afweging tussen MPT en VPT, met name wanneer de benodigde ondersteuning langdurig of intensief van aard is?	De belastbaarheid en duurzaamheid van het sociale netwerk en mantelzorg zijn geen individuele criteria waarop vpt moet worden overwogen. Wel dienen zorgprofessionals bij het beoordelen van de cliëntspecifieke situatie aan de hand van het toetsingskader de context waarin de cliënt de zorg ontvangt mee te nemen.
375	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe worden de bestaande VPT/MPT-afspraken van een Cluster C-aanbieder per 1 januari 2028 omgezet naar de nieuwe leveringsvorm, en hoe blijft de samenhang met de gelijktijdige intramurale capaciteit geborgd?	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. Wij hebben geen automatische omzetting per 1 januari 2028 van bestaande VPT/MPT-afspraken van een Cluster C-aanbieder naar een nieuwe leveringsvorm vastgelegd.
376	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt beoordeeld of het toetsingskader op dezelfde manier wordt toegepast bij alle aanbieders, zodat vergelijkbare cliënten niet bij de ene organisatie een MPT krijgen en bij de andere een VPT?	Wij hebben het toetsingskader om deze reden gelijkgericht opgenomen in Bijlage 2: Landelijk beleidskader Wlz 2027. Hiermee zijn de uitgangspunten voor alle zorgkantoren en daarmee zorgaanbieders gelijk. Na invoering zullen wij op basis van benchmarkinformatie beoordelen of dit leidt tot gelijke uitkomsten en of eventuele verschillen verklaarbaar zijn.
377	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt bij een hybride (Cluster C) aanbieder de 80%-doelmatigheidsgrens voor VPT toegepast wanneer behandeling en overhead deels met de intramurale zorg worden gedeeld?	Indien componenten, zoals behandeling door intramurale behandelteams, worden geleverd, verwerken zorgaanbieders aannames in de kostenberekening. Deze kosten kunnen relevant zijn bij de beoordeling van de doelmatigheid. Het type zorgaanbieder en het cluster waarin deze is ingedeeld, zijn hierbij niet van belang.
378	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt de cliëntdrempel van 20% vastgesteld? Wordt hierbij uitgegaan van een peildatum, een gemiddelde over een bepaalde periode of een doorlopende beoordeling gedurende de contractperiode?	Wij begrijpen uw vraag niet. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper
379	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt de groei van MPT/VPT verdeeld over aanbieders in een regio? Blijft dit niet alleen bij de systeemaanbieder?	Het zorgkantoor verdeelt niet de groei in een regio, wij stimuleren wel een beweging naar meer zorg thuis. Wij doen dit met alle zorgaanbieders.

380	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt de toepassing van het uitgangspunt "MPT is voorliggend op VPT" concreet gemonitord en gehandhaafd, en welke ruimte bestaat er voor afwijking op basis van kwaliteit, doelmatigheid of organisatiecontext?	Zorgkantoren benchmarken de geleverde zorg door zorgaanbieders. Indien wij grote afwijkingen constateren in de gerealiseerde leveringsvorm gaan wij hierover in gesprek. Bij een materiële controle kan worden nagegaan of deze gesprekken zijn gevoerd en of de verwerking in het dossier conform de gemaakte afspraken is vastgelegd. Wie bieden geen aanvullende mogelijkheden om af te wijken op basis van kwaliteit, doelmatigheid of organisatiecontext, anders dan in het toetsingskader zijn afgenomen.
381	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt geborgd dat beleidsdoelstellingen niet prevaleren boven het belang van de cliënt?	Wij gaan uit van 'thuis als het kan' en bij ongeclusterde zorg thuis is MPT in principe voorliggend op VPT. De zorgaanbieder beoordeelt op basis van het landelijke toetsingskader welke leveringsvorm passend is en stemt zorg af op wat de klant echt nodig heeft. Daarmee blijft passende zorg voor de individuele cliënt leidend binnen de bredere beweging om zoveel mogelijk zorgvragen thuis op te vangen. Hiermee zijn beleidsdoelstellingen in lijn met de belangen van cliënten in de Wlz.
382	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt geborgd dat de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend blijven bij de keuze tussen VPT en MPT, en niet de streefnorm dat 90% van de cliënten MPT verzilvert? Hoe voorkomt u dat deze streefnorm de ruimte beperkt om VPT in te zetten wanneer dit beter aansluit bij de cliënt?	De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier; daarmee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend.
383	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt multidisciplinair overleg bij MPT bekostigd, nu MPT, GZSP en wijkverpleging vooral directe cliënttijd vergoeden en noodzakelijke afstemming rond Wlz-cliënten daar niet vanzelfsprekend onder valt?	De bekostiging van multidisciplinair overleg en de vraag welke activiteiten wel of niet declarabel zijn, vallen onder de bevoegdheid van de NZa en de geldende prestatiebeschrijvingen. Zorgkantoren volgen deze landelijke kaders en doen daar in de Nota van Inlichtingen geen nadere uitspraken over. Daarmee valt deze vraag buiten de scope van deze Nota van Inlichtingen.
384	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe wordt omgegaan met cliënten waarbij MPT financieel niet dekkend is (kosten >80% van inkomsten) maar die wel complexe, ongeclusterde zorg nodig hebben?	Bij MPT is het mogelijk om extra kosten thuis aan te vragen.

385	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe ziet het zorgkantoor de definitie van wanneer je van ZVW naar WLZ (MPT/VPT/Intramuraal) zou moeten? Graag een duidelijk kader zodat hier op gestuurd kan worden en naar kan worden verwezen in gesprek met de cliënten.	In de wet- en regelgeving is bepaald wanneer een klant recht heeft op zorg vanuit de Zvw en wanneer vanuit de Wlz.
386	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe ziet het zorgkantoor de financiële dekking voor de intensieve (terminale) fase van een VPT-traject nu de bufferopbouw via de 80%-norm drastisch wordt ingeperkt? Ziet het zorgkantoor het risico dat het voor zorgaanbieders financieel onhaalbaar wordt om zware VPT-cliënten langer thuis te verplegen, wat haaks staat op 'Langer Thuis'?	Nee, dit risico zien we niet.
387	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Hoe zijn mogelijke knelpunten rondom hulpmiddelenverstrekking in de thuissituatie, waaronder de beschikbaarheid van passende hulpmiddelen voor cliënt- en medewerkersveiligheid, meegewogen bij de stimulering van MPT en VPT ten opzichte van verblijf?	Tijdens de gesprekken over het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg is gesproken over de effecten van de verschillende domeinen. Bij het opstellen van het inkoopbeleid volgen we afspraken vanuit het HLO in het kader van MPT voorliggend op VPT.
388	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In afwachting van... voor nieuwe cliënten, mpt in principe voorliggend is op vpt. Zorgaanbieders bepalen in overleg met de cliënt of de zorg geboden gaat worden o.b.v. mpt of vpt ingeval van ongeclusterde zorg. Op welke wijze gaat u als zorgkantoor deze keuze controleren en wat gebeurt er als het zorgkantoor het niet eens is met de gemaakte keuze voor VPT ingeval van ongeclusterde zorg?	Wij controleren dit niet vooraf per individuele cliënt. U beoordeelt de best passende leveringsvorm op basis van het landelijke toetsingskader en legt de overwegingen vast in het cliëntdossier. Wij volgen de ontwikkeling per zorgaanbieder met spiegelinformatie en monitoring; als de ontwikkeling richting MPT achterblijft of de VPT-inzet sterk afwijkt van benchmarkinformatie, gaan wij met u in gesprek en kunnen wij gerichte aanvullende afspraken maken over de leveringsmix.
389	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In bijlage 2, paragraaf 3.2 wordt gesteld "Zorgkantoren gaan ervan ... via een mpt." Uiteraard is ons bekend dat een MPT voorliggend is op (ongeclusterd) VPT. Wordt er om specifieke data gevraagd van de zorgaanbieder met betrekking tot de 90% eis en wordt deze 90% alleen vergeleken met VPT ongeclusterd of ook met andere financieringsvormen?	Wij vragen niet om specifieke aanvullende data van de zorgaanbieder voor de 90%-verwachting. De benchmarkinformatie maken we op basis van bij de zorgkantoren beschikbare gegevens. De vergelijking gaat over MPT in vergelijking tot VPT.

390	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de huidige praktijk wordt vaak opgeschaald van mpt naar vpt wanneer de client behoefte heeft aan 1 duidelijke aanbieder die de zorg coördineert. Ziet het zorgkantoor dit nuanceverschil ook? Geeft het zorgkantoor hiermee aan dat zij ook bij complexer wordende zorg feitelijk een mpt verwacht? Ook wanneer de cliënten en de naasten deze complexer wordende zorg niet meer zelfstandig kunnen coördineren?	Dit beeld herkennen wij niet. Ook binnen het MPT kan één zorgaanbieder de zorg coördineren. Zorgkantoren zijn van mening dat MPT ook bij complexere zorg een passende leveringsvorm kan zijn.
391	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de voetnoot op blz. 20 definieert u geclusterde zorg als volgt "Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen." Indien er ook cliënten woonachtig zijn met ZvW of geen zorg, is dan niet sprake van gespikkeld, ongeclusterd of semi-geclusterd wonen? Kunt u meer duiding geven aan deze definitie?	Met 'zorg ontvangen' bedoelen wij in deze definitie het ontvangen van Wlz-zorg thuis met een vpt. Cliënten in dezelfde PC6 met Zvw-zorg tellen hiervoor niet mee. De huidige voetnoot geeft hier onvoldoende duidelijkheid over, we passen de voetnoot daarom aan. We sluiten voor de definitie aan bij de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg.
392	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de voetnoot op blz. 20 definieert u geclusterde zorg als volgt "Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen." Past u deze definitie één op één en in alle gevallen toe? Zo nee, waarom niet?	Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6-niveau) zorg ontvangen; zorg die hier niet onder valt beschouwen wij als ongeclusterde zorg thuis. Dit vormt het beleidsmatige uitgangspunt. Indien dit in een specifieke situatie tot een onwenselijke uitkomst leidt, kunt u hierover in gesprek met het zorgkantoor. Daarnaast wordt deze definitie in 2026 en 2027 geëvalueerd en, indien nodig, aangepast.
393	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de voetnoot op blz. 20 definieert u geclusterde zorg als volgt "Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen." Wat is de wetenschappelijke en zorginhoudelijke onderbouwing deze systematiek? Kunt u dit onderbouwen?	Aan deze definitie ligt geen specifieke wetenschappelijke of zorginhoudelijke onderbouwing ten grondslag. We sluiten bij de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg. We verduidelijken dit door aanpassing van de voetnoot.
394	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de voetnoot op blz. 20 definieert u geclusterde zorg. Echter in de Landelijke Regiomonitor 2026 wijkt u hier in de toelichting op af. Die tekst impliceert dat u nog een andere definitie hanteert. Bent u bereid de voetnoot te herschrijven met dezelfde formulering als in de landelijke Regiomonitor 2026 verpleeghuiszorg? Zo nee, waarom niet?	We sluiten bij de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg. We verduidelijken dit door aanpassing van de voetnoot.

395	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In de voetnoot op blz. 20 definieert u geclusterde zorg: "Wij spreken van - zorg ontvangen." Past u deze definitie één op één en in alle gevallen toe? Zo nee, waarom niet? De landelijke Regiomonitor 2026 verpleegzorg gebruikt dezelfde definitie, maar stelt "Indien drie of meer klanten - als ongeclusterd VPT." Die tekst impliceert dat u nog een andere definitie hanteert. Klopt dat en welke dan?	Nee, wij hanteren dezelfde definitie. We sluiten bij de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg. We verduidelijken dit door aanpassing van de voetnoot.
396	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In deze paragraaf maakt u onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde zorg. Welk zorgaanbod is onderscheidend bij clustering van VPT t.o.v. ongeclusterde VPT? En waarom vindt u dat?	Het zorgaanbod hoeft in een geclusterde setting niet anders te zijn dan in een ongeclusterde setting.
397	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het beleid staan uitgangspunten/randvoorwaarden die richting geven aan de inkoop/uitvoering van zorg in 2027-2029. Ook wordt in het beleid verwezen naar een toetsingskader op basis waarvan aanvragen/afspraken/prestaties worden beoordeeld. Kan het zorgkantoor toelichten hoe het toetsingskader al volledig is afgestemd op/in lijn is met inhoudelijke beleidsuitgangspunten vanuit het inkoopbeleid?	Het toetsingskader is inhoudelijk afgestemd doordat het dezelfde uitgangspunten uitwerkt: bij ongeclusterde Wlz-zorg is MPT in principe voorliggend op VPT, de keuze moet zorginhoudelijk én doelmatig onderbouwd zijn en VPT is alleen passend als één of meer criteria daartoe aanleiding geven. Het kader is tot stand gekomen na consultatie van brancheorganisaties en sluit aan bij het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Het kan op basis van toepassing in de praktijk en overleg met betrokken partijen later worden bijgesteld.
398	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het beleid staat: "we verwachten dat bij 90% an de nieuwe klanten die zorg thuis ontvangen een MPT passend is." Wij maken bezwaar tegen het opnemen van dit percentage in het beleid, zonder dat hier een duidelijke onderbouwing van is.	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt. De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier; daarmee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.

399	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het beleid staat: "we verwachten dat bij 90% van de nieuwe klanten die zorg thuis ontvangen een MPT passend is." Waar baseert het zorgkantoor deze verwachting op?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt.
400	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het inkoopbeleid wordt aangegeven dat zorgaanbieders de meerwaarde van VPT, ten opzichte van MPT, dienen te onderbouwen. Op welke wijze zal de toetsing hiervan in de praktijk plaatsvinden en welke onderbouwing van zorgaanbieders wordt verwacht?	De toetsing vindt plaats aan de hand van het landelijke toetsingskader voor MPT voorliggend op VPT. U legt de overwegingen vast in het cliëntdossier. Wij monitoren de ontwikkeling met spiegelinformatie; als uw VPT-inzet sterk afwijkt van landelijke of regionale benchmarkinformatie, gaan wij met u in gesprek en maken wij indien nodig gerichte afspraken.
401	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het landelijk beleid staat de algemene voorwaarde dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet vpt bedragen, MPT leidend is. Op welke wijze wordt getoetst dat we 80% van het VPT budget inzetten en hoe dienen we hierover verantwoording af te leggen?	U hoeft hier niet specifiek over te verantwoorden. U legt in het klantdossier de keuze vast. Zorgkantoren monitoren de ontwikkelingen van de verhouding VPT en MPT en gaan op basis hiervan zonedig in gesprek.
402	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In het VPT bieden wij o.a. ondersteuning van het netwerk van cliënt, w.o. mantelzorgers en andere vormen van informele zorg, ondersteunen van cliënt met het onderhouden en instandhouden van dat netwerk, zorgcoördinatie en – regie, welzijn en welbevinden. Dit is essentieel om langer thuis te kunnen blijven wonen. Hoe kunnen wij zulke activiteiten declareren binnen het MPT?	Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Indien nodig stemt u dit af met het zorgkantoor.
403	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	In par 3.2 Landelijk beleidskader Wlz 2027 staat dat het toetsingskader geldt als een eerste uitwerking en obv de toepassing in de praktijk kan worden bijgesteld. In voetnoot 5 staat: "Eventuele aanpassingen worden -aanvullend beleid gepubliceerd." De vraag is of eventuele aanpassingen dan ook pas op 1 januari van het jaar volgend op publicatie worden toegepast of op 1 juli volgend op datum publ	Wij begrijpen het door u onder de aandacht gebrachte punt. Vanwege de administratieve last en de integratie van het toetsingskader in het landelijk beleidskader, kiezen wij ervoor om formele aanpassingen van dit kader te verwerken via eventueel aanvullend zorginkoopbeleid en deze te publiceren per 1 juni. Formeel gaat dit aanvullende beleid in per 1 januari van het jaar na publicatie. Bij eventuele versoepelingen van het kader hebben we de mogelijkheid om deze eerder in te laten gaan. We informeren zorgaanbieders dan hierover.

404	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Indien benchmark model van toepassing is, zien wij graag een toelichting/uitleg hiervan.	Zorgaanbieders worden door het zorgkantoor vergeleken op basis van benchmarkinformatie van zorgkantoren. Het betreft onder andere declaratiedata en landelijke cijfers over verhoudingen tussen leveringsvormen. Informatie over individuele declaratiedata delen wij niet. Landelijke data over ontwikkelingen en verhoudingen, bijvoorbeeld tussen leveringsvormen en zorgprofielen, vindt u in de regiomonitor.
405	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Indien dit niet mogelijk is, kunt u toelichten waarom niet en aangeven welke prestatie(s) dan wel geschikt zijn voor de registratie en declaratie van deze activiteiten?	Het is niet duidelijk waar deze vraag over gaat. We beantwoorden deze daarom niet.
406	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Is het mogelijk om af te spreken om het beleid "MPT voorliggend op VPT" niet uit te voeren maar in plaats daarvan een maatwerkafsprake te maken? Zo nee, waarom niet?	Nee, dit is niet mogelijk. In het Hoofddlijnakkoord Ouderenzorg is vastgelegd dat MPT in principe voorliggend is aan VPT. Dit uitgangspunt geldt voor alle zorgkantoren en gecontracteerde zorgaanbieders. Voor eventuele regionale opslagen of maatwerkafspraken verwijzen wij naar het zorginkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.
407	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Is het mogelijk om maatwerkafspraken te maken over de registratie en declaratie van voornoemde activiteiten? Zo nee, waarom niet?	Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Indien nodig stemt u dit af met het zorgkantoor.
408	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Is het zorgkantoor bereid om deze passage te laten vervallen of te herzien om tot een vollediger en duidelijkere afwegingskader te komen. Zo niet, waarom niet?	Zorgkantoren zijn niet bereid het toetsingskader 'MPT voorliggend op VPT' te laten vervallen en handhaven dit toetsingskader in het zorginkoopbeleid. Zorgaanbieders hebben aangegeven behoefte te hebben aan duidelijkheid over wanneer een MPT passend is en wanneer een VPT passend is. Om deze reden is het toetsingskader opgesteld.
409	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Is onderzoek gedaan naar de lange termijneffecten van het beleid om MPT voorliggend te maken op VPT? En wat is uw conclusie hieruit? Zo nee wat is de grond van dit beleid?	Dit beleid is overgangsbeleid leidend naar de introductie van de nieuwe leveringsvorm thuis.
410	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan een zorgaanbieder achteraf worden aangesproken als een opname volgens het zorgkantoor achteraf ook thuis geleverd had kunnen worden. Zo ja: op welke gronden?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. Wij beantwoorden deze daarom niet.

411	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan het zorgkantoor aangeven hoe de 80% berekening van de kosten inkomsten bij inzet VPT berekend wordt? Dit gezien de vaak zeer wisselende begeleidingsvraag van cliënten gezien complexe problematiek.	De 80%-norm wordt bepaald op basis van de kosten in relatie tot de indicatie over een langere termijn. De termijn is afhankelijk van de cliëntspecifieke situatie. Daarbij wordt expliciet geen rekening gehouden met incidentele afwijkingen als gevolg van een tijdelijk hogere zorgvraag.
412	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan het zorgkantoor bevestigen dat bij ongeclusterd VPT uitzonderingen mogelijk blijven wanneer de kosten onder 80% van de inkomsten liggen, mits de inzet inhoudelijk goed is onderbouwd?	Wij kunnen dit niet op voorhand bevestigen. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor deze inhoudelijke beoordeling. Wij achten de 80%-norm doelmatig en in redelijke verhouding tot de mogelijkheden binnen de verschillende leveringsvormen. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er voldoende budgettaire ruimte is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria. Indien dit beleid in een individuele situatie volgens de zorgaanbieder een onevenredig negatief effect heeft, kan dit onderwerp van gesprek zijn tussen zorgaanbieder en zorginkoper.
413	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan het zorgkantoor precies beschrijven wat bedoeld wordt met "inkomsten inzet VPT"? Kunt u toelichten waarom u nieuw beleid ontwikkelt voor ongeclust. VPT, maar niet voor geclusterde VPT? Welke overwegingen liggen ten grondslag aan dit onderscheid? En waarom acht u het gerechtvaardigd om deze twee vormen van VPT beleidsmatig verschillend te behandelen?	Met 'inkomsten inzet VPT' bedoelen wij de inkomsten die samenhangen met het leveren van VPT aan de betreffende cliënt. Dit zijn de baten die voorvloeien vanuit het zorgprofiel van de cliënt. De afspraak om bij ongeclusterde langdurige zorg thuis mpt voorliggend te maken op vpt en hierbij uit te gaan van ongeclusterde zorg (en daarmee onderscheid te maken tussen ongeclusterd en geclusterd) is vastgelegd in het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg (HLO). Dit geldt eveneens voor de afspraak dat deze wordt uitgewerkt en opgenomen in het zorginkoopbeleid 2027. Het HLO is ondertekend door alle relevante partijen (waaronder brancheverenigingen van zorgaanbieders) en vormt daarmee een solide basis voor dit beleid.
414	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan het zorgkantoor precies beschrijven wat bedoeld wordt met 'inkomsten inzet VPT'?	Met 'inkomsten inzet VPT' bedoelen wij de inkomsten die samenhangen met het leveren van VPT aan de betreffende cliënt. Dit zijn de baten die voorvloeien vanuit het zorgprofiel van de cliënt.

415	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kan het zorgkantoor toelichten hoe de voorgestelde uitwerking van: • het onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde zorg; • de 90%-aannee; en • de positie van VPT, bijdraagt aan de doelstellingen van het HLO, de regionale woonzorgvisies en de bredere maatschappelijke opgave om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen binnen zorgzame gemeenschappen?	De afspraak om bij ongeclusterde langdurige zorg thuis MPT in principe voorliggend te maken aan VPT, met onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde zorg, is vastgelegd in het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg (HLO). Dit geldt ook voor de afspraak om dit uit te werken en op te nemen in het zorginkoopbeleid 2027. Het HLO is ondertekend door relevante partijen, waaronder brancheverenigingen van zorgaanbieders, en vormt daarmee de basis voor dit beleid. De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbiederniveau. Zorgprofessionals kiezen op basis van het landelijke toetsingskader de meest passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier. Hiermee blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend. VPT blijft, in afwachting van de nieuwe leveringsvorm thuis, een bestaande leveringsvorm binnen de ouderenzorg.
416	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u aangeven waarom bij geclusterd wonen 'MPT voorliggend' niet de norm is en bij thuiswonende WLz-cliënten die niet voldoen aan de definitie geclusterd, 'mpt voorliggend' wel de norm is? Graag uw toelichting.	We sluiten aan bij de afspraken vanuit het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg.
417	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u bevestigen dat de definitie van geclusterde zorg uitsluitend wordt bepaald door het criterium van 3 of meer cliënten op PC6-niveau, of spelen ook gezamenlijke voorzieningen, nabijheid van zorginfrastructuur, eigendom van het vastgoed, aanwezigheid van 24-uurszorg of organisatorische samenhang een rol? Graag voorbeelden van situaties die u wel en niet als geclusterde zorg aanmerkt	Ja. Wij hanteren voor geclusterde zorg de definitie dat drie of meer mensen met dezelfde postcode op PC6-niveau zorg ontvangen. De door u genoemde factoren zijn niet als aanvullende criteria vastgelegd.
418	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u concretiseren wat u verstaat onder "passende zorg thuis (in zelfstandige setting) doelmatig inzetten" voor cliënten met een MPT of VPT? Welke inhoudelijke en financiële criteria hanteert u hierbij voor de inzet van hulp bij het huishouden, begeleiding individueel en begeleiding groep?	De criteria vindt u in paragraaf 3.2 van het beleidskader. We hanteren geen aparte criteria per functie.

419	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u inzichtelijk maken wat de kostenverschillen zijn tussen geclusterde en ongeclusterde VPT's? Kunt u inzichtelijk maken wat het kwaliteitsverschil is zijn tussen geclusterde en ongeclusterde VPT's? Welke onderbouwing heeft u daarvoor?	Wij delen geen informatie over kostenverschillen tussen leveringsvormen. Verschillen in kwaliteit tussen geclusterde en ongeclusterde VPT zijn sterk afhankelijk van de context. Hierbij kan worden gedacht aan de zorgaanbieder, de woonomgeving (geclusterd of ongeclusterd), aanwezige voorzieningen en andere factoren. Wij kunnen hierover geen generiek oordeel geven.
420	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u toelichten welk onderzoek, welke data of beleidsmatige onderbouwing ten grondslag ligt aan de 80%-norm op blz. 21, waarbij MPT altijd de best passende leveringsvorm zou zijn als de kosten bij VPT minder dan 80% van de inkomsten bedragen? Kunt u deze onderbouwing delen en aangeven hoe deze norm inhoudelijk is getoetst?	Het beleidsmatige uitgangspunt van de 80%-norm in het toetsingskader voor het mpt, dat voorliggend is aan het vpt, houdt in dat wanneer een zorgaanbieder nog 20% of meer van het budget kan inzetten voor het organiseren en leveren van zorg rondom een cliënt, deze budgettaire ruimte eerst volledig moet worden benut voordat wordt overgegaan tot inzet van een vpt. In dat geval is er nog voldoende financiële ruimte beschikbaar om met de bestaande middelen aanvullende zorg in te zetten. Aan deze norm ligt geen (wetenschappelijk) onderzoek ten grondslag; het betreft een beleidsmatig vastgestelde inhoudelijke norm.
421	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u verduidelijken welke dossieronderbouwing minimaal nodig is om aan te tonen dat VPT bij ongeclusterde Wlz-zorg passender is dan MPT op basis van complexiteit, coördinatie, meerwaarde en omvang van het zorgpakket?	Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.
422	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Kunt u voorbeelden geven van situaties waarin VPT in de thuissituatie als uitzondering wordt toegepast? Is er daarnaast een afwegingskader beschikbaar voor de keuze tussen VPT en MPT?	Wij hebben geen voorbeelden voor u, anders dan de beschrijving van de norm van 80%. Het afwegingskader kunt u nalezen in paragraaf 3.2 van bijlage 2.
423	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Meerwaarde van VPT voor cliënt en zorgaanbieder in geval van dagbesteding en welzijn. Is welzijn een belangrijk onderdeel binnen de VPT in de toekomst indien sprake is van semi-geclusterd wonen? Hoe dienen wij hier invulling aan te geven. Wat is jullie visie hierop in het inkoopbeleid 2027 - 2029.	Welzijn is voor alle Wlz klanten een belangrijk onderdeel. Het is aan u om hier invulling aan te geven. De nota van inlichtingen is bedoeld voor vragen over het inkoopbeleid, wij gaan daarom niet specifiek in op uw vraag over onze visie over welzijn in relatie tot semi-geclusterd wonen.

424	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Met betrekking tot het beleid 'MPT in principe voorliggend op VPT ongeclusterd', veronderstellen wij dat een cliënt met een CIZ-indicatie het recht heeft om een leveringsvorm te kiezen. In hoeverre houdt u hiermee rekening met het recht dat de cliënt heeft uit hoofde van de WLZ? Kan u aangeven hoe u rekening heeft gehouden met cliënten die hun recht op VPT ongeclusterd afdwingen?	Het CIZ kent indicaties toe, maar bepaalt niet de leveringsvorm. U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling op basis van het toetsingskader MPT voorliggend op VPT. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT. Dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor.
425	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Moet de MPT/VPT-afweging eenmalig bij instroom worden vastgelegd of periodiek opnieuw, en met welke frequentie?	Zorgkantoren verwachten dat bij nieuwe cliënten deze afweging wordt gemaakt. Indien er zorginhoudelijk aanleiding is om deze afweging opnieuw te maken, wordt de conclusie opnieuw vastgelegd in het zorgdossier. Uitgangspunt hierbij is: Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.
426	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Moet de onderbouwing van de MPT/VPT-keuze per individuele client worden vastgelegd, of volstaat een onderbouwing op cohort- of beleidsniveau?	De overweging welke leveringsvorm het best passend is, en het doorlopen van het toetsingskader waarbij MPT voorliggend is aan VPT, moet vanaf 2027 voor alle individuele nieuwe cliënten worden uitgevoerd. U legt dit vast in het cliëntdossier.
427	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Moet het vastleggen van de afweging via het toetsingskader met elke evaluatie van zorg herhaald worden?	Wij verwachten dat het toetsingskader vanaf 1 januari 2027 wordt toegepast voor nieuwe cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen. Indien er zorginhoudelijk aanleiding is om deze afweging opnieuw te maken, wordt de conclusie opnieuw vastgelegd in het zorgdossier. Een pragmatische omgang hiermee wordt aanbevolen. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.

428	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Moeten per 1 januari alle VPT-clienten waarbij de kosten minder bedragen dan 80% van de inkomsten zijn omgezet naar MPT, of is er een bepaalde termijn die geldt als overbruggingstermijn?	Nee, dit is niet het geval. Het uitgangspunt dat het mpt in beginsel voorliggend is op het vpt, geldt voor nieuwe cliënten binnen de Wlz die ongeclusterde zorg ontvangen. Voor bestaande cliënten geldt geen verplichting tot omzetting van de leveringsvorm. In overleg met de klant of op verzoek van de klant is omzetting wel mogelijk.
429	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Mogen wij een cliënt weigeren een ongeclusterde VPT te bieden als deze niet aan het toetsingskader voldoet? Zo ja, waar baseert u dat op?	U mag een cliënt op basis van dit toetsingskader niet als zodanig weigeren. Het toetsingskader is bedoeld om te beoordelen of ongeclusterde VPT in de betreffende situatie een passende leveringsvorm is. Als een cliënt niet aan het toetsingskader voldoet, verwachten wij dat u hierover met de cliënt en diens netwerk in gesprek gaat en beoordeelt welke leveringsvorm wél passend is. Daarbij geldt voor nieuwe cliënten met Wlz-zorg thuis dat MPT in beginsel voorliggend is, tenzij VPT aantoonbaar beter past. De zorgprofessionals maken deze afweging en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT, dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant gaat en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor.
430	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT gaat voor VPT als leveringsvorm: dit wordt bepaald adhv zorg en ondersteuningsvraag. Begrijpen wij goed dat dit alleen geldt voor de nieuwe instroom cliënten? En welke invloed kan dit hebben op bestaande VPT locaties, want hier kunnen ook cliënten wonen die minder zorg afnemen.	Het klopt dat vanaf 1 januari 2027 door zorgkantoren wordt verwacht dat bij elke nieuwe cliënt die ongeclusterde zorg (MPT of VPT) wil ontvangen, op basis van het afwegingskader een beoordeling wordt gemaakt welke leveringsvorm op dat moment het meest passend is. Geclusterde leveringsvormen vallen hier niet onder.
431	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend aan VPT . wie gaat hierop toezien. is het acceptabel als de grote VPT organisaties massaal hun teams omzetten naar MPT? Wat hebben we geleerd van het casemanagement en de selectieve verwijzingen die nu ook al gebeuren	Zorgkantoren monitoren hoe de ontwikkeling van MPT ten opzichte van VPT is. Ook grote VPT organisaties kunnen teams omzetten naar MPT. Als dit impact heeft op andere partijen in de keten verwachten wij dat ze afstemmen en zorgvuldig handelen.
432	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend aan VPT: Is er bij het zorgkantoor ruimte voor hogere MPT-tarieven bij complexe zorg of substitutie van intramurale zorg?	Dit is afhankelijk van het regionale zorginkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor. Wij verwijzen u hiervoor naar dit document of naar uw zorginkoper.

433	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend aan VPT: Op basis van welke criteria wordt de keuze MPT/VPT gemaakt? En voorziet u als gevolg daarvan een afbouw in de VPT gedurende de periode 2027-2029? Zo ja, hoe ziet deze afbouw eruit?	De keuze tussen MPT en VPT voor nieuwe cliënten met ongeclusterde zorg thuis wordt vanaf 1 januari 2027 gemaakt op basis van het landelijke toetsingskader. Zorgkantoren verwachten dat circa 90% van de ongeclusterde zorg via een MPT kan worden geleverd. In hoeverre dit leidt tot afbouw bij zorgaanbieders, is afhankelijk van de individuele zorgaanbieder.
434	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend op VPT ongeclusterd, kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet VPT: Hoe moet dit verantwoord worden? Is dit op clientniveau of gaat het om een gemiddelde van alle clienten VPT ongeclusterd? Deze verantwoording betekent wel weer extra administratieve lasten. En wat betekent dit voor de inzet van de accountant?	De afweging dient op cliëntniveau te worden gemaakt. Wij voorzien slechts beperkt aanvullende administratieve last, omdat wij er vanuit gaan dat zorgaanbieders nu ook al gesprekken voeren met cliënten om te komen tot passende zorg en de hierbij passende leveringsvorm. Het toetsingskader geeft hierbij duidelijkheid en helpt zorgaanbieders en zorgprofessionals bij het maken van de juiste keuzes
435	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend op VPT ongeclusterd, minimaal 90% MPT: Worden zorgaanbieders erop afgerekend als dit percentage niet wordt behaald? Zo ja, hoe ziet deze afrekening er dan uit?	De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie. Alleen het afwijken van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie is geen aanleiding voor financiële consequenties. Als blijkt dat de zorgaanbieder niet in lijn handelt met het toetsingskader kan het zorgkantoor wel maatregelen nemen, waaronder ook maatregelen met financiële consequenties. Dit zijn afspraken op maat.
436	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT voorliggend op VPT ongeclusterd: Indien een VPT de best passende zorg is (uitgaande van de zorgbehoefte van een client), zou dit altijd geïndiceerd moeten kunnen worden. Bent u het daarmee eens? Zo niet, waarom niet?	Indien vpt voor een cliënt de best passende vorm van zorg is en het toetsingskader is doorlopen en hieruit volgt dat VPT de best passende leveringsvorm is, dan klopt het dat een cliënt hier aanspraak op kan maken. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te borgen dat dit goed gebeurt.

437	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Mpt voorliggend op Vpt. Gesteld wordt dat minimaal 90% van de extramurale cliënten met een Mpt gedeclareerd moeten worden (versus Vpt). Hoe wordt hier mee omgegaan als het percentage Mpt cliënten lager is dan 90, maar alle Vpt cliënten wel voldoen aan alle criteria?	Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Op basis hiervan kunnen zorgkantoren in gesprek gaan met zorgaanbieders. U kunt dan ook een toelichting geven. Op basis van de uitkomsten van deze gesprekken worden zonodig gerichte afspraken gemaakt.
438	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Mpt voorliggend op Vpt. Wanneer is er sprake van geclusterde VPT? Geldt dit alleen voor woonvormen of ook voor bepaalde wijken? En hoe voorkomt het zorgkantoor dat er door deze omzetting een enorme toename van administratieve lasten ontstaat?	Dit beleid geldt voor ongeclusterde mpt en vpt. De definitie van geclusterde VPT is in een voetnoot toegelicht in het inkoopbeleid. In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.
439	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	MPT wordt voorliggend aan VPT. MPT gaat gepaard met hogere administratieve lasten. Is onderzocht hoe deze lasten kunnen worden beperkt nu MPT vaker voorliggend wordt? Zo ja, welke mogelijkheden zijn daarbij bekeken?	In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.

440	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Of begrijpen wij dan goed dat wij MPT moeten inzetten zolang de P*Q omzet per maand (opbrengst voor aanbieder, kosten voor zorgkantoor) voor een cliënt niet meer is dan 80% van de VPT opbrengst in een maand als deze cliënt VPT zou ontvangen?	Dit klopt zoals u het schetst.
441	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Onder het kopje MPT voorliggend aan VPT staat het woord "principe" in de eerste zin. Kan dit toegelicht worden?	Met deze formulering sluiten we aan bij de afgesproken lijn in het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Hierin is afgesproken dat het MPT in principe voorliggend is op VPT. Het woord in principe geeft hier aan dat het een uitgangspunt is, maar dat er ook situaties zijn waarbij het MPT niet passend is.
442	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 bovenaan schrijft u: "Als de structurele inzet van de bovenstaande aspecten niet rendabel te organiseren zijn vanuit een mpt, terwijl deze wél leiden tot een aantoonbaar lagere personele inzet of tot betere ondersteuning kan een vpt passend zijn." Wat bedoelt u met "niet rendabel"? Dat het niet past binnen de MPT-tarieven of binnen het MPT-budget, of iets anders?	Wij bedoelen hiermee dat de zorg niet doelmatig kan worden georganiseerd en dat de kosten het beschikbare budget structureel overschrijden.
443	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "het uitgangspunt hierbij - passende leveringsvorm is." Is het begrip kosten ter interpretatie van de zorgaanbieder?	Nee dit is niet het geval. Met kosten wordt verstaan: alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie, ongeacht de aard van de geleverde zorg.
444	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is (...) altijd de best passende leveringsvorm is." Hoe verwacht u dat deze 80% wordt bepaald? Bijvoorbeeld op basis van een inschatting vooraf of een gemiddelde over een periode?	De 80%-norm wordt bepaald op basis van de kosten in relatie tot de indicatie over een langere termijn. De termijn is afhankelijk van de cliëntspecifieke situatie. Daarbij wordt expliciet geen rekening gehouden met incidentele afwijkingen als gevolg van een tijdelijk hogere zorgvraag.

445	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is de best passende leveringsvorm is." Hoe verhoudt dit uitgangspunt zich met de inhoudelijke criteria in dit toetsingskader? Vindt u een financiële afweging belangrijker dan een inhoudelijke afweging? En wat bedoelt u met deze financiële afweging? Zijn dat de kosten? Hoe berekent u die? Wat is de definitie van inkomsten VPT in dit kader?	De financiële afweging vervangt de inhoudelijke beoordeling niet. Een doelmatige inzet achten wij belangrijk en is daarom als algemene voorwaarde opgenomen. Zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader een zorginhoudelijk en doelmatig onderbouwde keuze voor de best passende leveringsvorm. Als algemene voorwaarde geldt dat kosten en inkomsten op cliëntniveau in redelijke verhouding moeten staan. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, gaan wij ervan uit dat er voldoende budgettaire ruimte is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere criteria. Met 'inkomsten inzet VPT' bedoelen wij de inkomsten die samenhangen met het leveren van VPT aan de betreffende cliënt, voortvloeiend uit het zorgprofiel. Onder kosten verstaan wij alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie.
446	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is -passende leveringsvorm is." Vindt u een financiële afweging belangrijker dan een inhoudelijke afweging? Zo ja, kunt u dit onderbouwen? Dit betreft een bezwaar indien en voor zover een financiële afweging zwaarder weegt dan een inhoudelijke afweging, nu dit onvoldoende is gemotiveerd en zich niet verdraagt met het uitgangspunt van passende zorg.	Nee. Wij vinden de inhoudelijke afweging niet ondergeschikt aan een financiële afweging: zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader de keuze voor de best passende leveringsvorm en leggen hun overwegingen vast in het cliëntdossier. Doelmatigheid is wel onderdeel van die afweging; bij ongeclusterde zorg is mpt in principe voorliggend op vpt en de kosten op cliëntniveau moeten in redelijke verhouding staan tot de inkomsten.

447	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is te allen tijde: De kosten op cliëntniveau moeten te allen tijde in redelijke verhouding staan tot de inkomsten. Uitgangspunt is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet VPT bedragen, het MPT altijd de best passende leveringsvorm is." Hoe moeten we het begrip 'kosten' interpreteren en stelt het zorgkantoor een hulpmiddel beschikbaar?	Met kosten wordt verstaan: alle integrale kosten die samenhangen met het organiseren en leveren van langdurige zorg in de thuissituatie, ongeacht de aard van de geleverde zorg. We stellen geen hulpmiddel beschikbaar. Voor het mpt is al een rekentool beschikbaar en de tarieven van zorgindicaties bij het vpt worden gepubliceerd door de NZa in de beleidsregelprestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. Zorgaanbieders kunnen eenvoudig de uitkomsten van de rekentool vergelijken met de inkomsten vanuit deze beleidsregel.
448	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op blz. 21 schrijft u: "Zorgkantoren gaan ervan uit dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen, dit kunnen verzilveren via een mpt." Waar baseert u dat op? Kunt u deze 90% onderbouwen? Zo nee, waarom schrijft u dit dan?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt. We geven hiermee richting voor zorgaanbieders en zijn helder over onze verwachtingen.
449	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op dit moment kunnen wij binnen het MPT niet dezelfde kwaliteit van zorg bieden als binnen de VPT omdat niet alle benodigde zorg binnen de (NZA-)regels valt. Staat u er open voor om een gedifferentieerd tarief af te spreken voor ongeclusterde VPT in plaats van implementatie van het beleid "MPT voorliggend op VPT"?	Nee, hiertoe zijn wij niet bereid. Zorgkantoren stellen vast dat de NZa verantwoordelijk is voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendeckende tarieven; dit vormt het vertrekpunt voor alle zorgkantoren. Zorgkantoren hebben daarbij de wettelijke taak om zorg doelmatig in te kopen. De tarieven komen tot stand op basis van de landelijke vertrektarieven, zorgkantoorspecifiek beleid voor regionale aanpassingen en de toepassing van een hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële en doelmatige tariefafspraken te komen. Voor eventuele opslagen of maatwerkafspraken verwijzen wij naar het zorginkoopbeleid van de individuele zorgkantoren.

450	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op welke gronden maakt u onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde VPT in uw beleid, en waarom acht u het gerechtvaardigd hiervoor verschillende kaders te hanteren? Hoe borgt u daarbij consistentie en uitvoerbaarheid voor aanbieders?	De afspraak om bij ongeclusterde langdurige zorg thuis mpt voorliggend te maken op vpt en hierbij uit te gaan van ongeclusterde zorg (en daarmee onderscheid te maken tussen ongeclusterd en geclusterd) is vastgelegd in het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg (HLO). Dit geldt eveneens voor de afspraak dat deze wordt uitgewerkt en opgenomen in het zorginkoopbeleid 2027. Het HLO is ondertekend door alle relevante partijen (waaronder brancheverenigingen van zorgaanbieders) en vormt daarmee een solide basis voor dit beleid. Wij borgen de uitvoerbaarheid en consistentie door opname van het toetsingskader in Bijlage 2: Landelijk beleidskader Wlz 2027. Dit beleid is voor alle zorgkantoren gelijk.
451	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op welke wijze is de regionale concretisering juridisch getoetst aan het landelijke toetsingskader en het Hoofdlijnenakkoord, en hoe borgt u dat deze concretisering niet leidt tot afwijkingen die strijdig zijn met landelijke afspraken of het gelijkheidsbeginsel?	Het is niet duidelijk waar deze vraag over gaat. Wij kunnen deze daarom niet beantwoorden.
452	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op welke wijze is vastgesteld dat de 90%-aannee representatief is voor verschillende regionale uitvoeringsmodellen, waaronder woonzorgzones, gebiedsgerichte zorgconcepten en aanbieders met een regionale systeemfunctie?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt. De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Op basis hiervan kunnen zorgkantoren in gesprek gaan met zorgaanbieders. Er kunnen inderdaad goede redenen zijn waarom zorgaanbieders afwijken van de benchmark. U kunt dan ook een toelichten waarom u het uitlegbaar vindt dat het percentage afwijkt van de benchmark
453	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Op welke wijze verwacht het zorgkantoor dat aanbieders de overweging tot inzet van vpt vastleggen in het dossier?	Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.

454	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Past u de definitie van geclusterde zorg als “drie of meer mensen met dezelfde PC6” altijd één op één toe? Zo nee, welke aanvullende definitie of toets hanteert u, nu de Regiomonitor 2026 vermeldt dat klanten ondanks drie of meer op één PC6 na controle als ongeclusterd VPT kunnen worden geteld?	Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6-niveau) zorg ontvangen; zorg die hier niet onder valt beschouwen wij als ongeclusterde zorg thuis. Dit vormt het beleidsmatige uitgangspunt. Indien dit in een specifieke situatie tot een onwenselijke uitkomst leidt, kunt u hierover in gesprek met het zorgkantoor. Daarnaast wordt deze definitie in 2026 en 2027 geëvalueerd en, indien nodig, aangepast.
455	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Rondom onze zorglocatie staan appartementencomplexen die gebouwd zijn voor zorg voor ouderen. Direct naast onze zorglocatie wordt een gezondheidsplein gebouwd waar diverse eerstelijns zorgfuncties komen. Daarnaast hebben wij in ons woonzorgcentrum een aantal buurtfuncties. Kunnen wij de zorg die in deze complexen geleverd wordt beschouwen als een geclusterde woonvorm?	Dat kunnen wij niet op voorhand bevestigen. Daarvoor mist ook informatie en wij beantwoorden ook geen vragen over individuele situaties. Wij verwijzen u naar de definitie zoals opgenomen in het beleid.
456	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Stel inzet alternatieven niet rendabel vanuit MPT dan VPT, op basis van welk kader kan dit aangetoond worden?	Op basis van een berekening van de kosten en inkomsten.
457	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U definieert geclusterde zorg als ≥ 3 cliënten op PC6-niveau. Past u deze definitie altijd toe? In de Regiomonitor 2026 lijkt bij controle nog een aanvullende beoordeling plaats te vinden. Hanteert u dus een andere definitie, en zo ja, welke?	Wij sluiten aan bij de definitie vanuit de regiomonitor. We doen daarna geen aanvullende beoordeling.
458	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat bij 90% van de nieuwe cliënten MPT passend is. Op basis van welke objectief toetsbare analyses is deze norm onderbouwd, en hoe voorkomt u dat deze in de praktijk leidt tot financiële of contractuele sturing op leveringsvorm?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt. U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De 90%-norm is geen harde grens. De individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt blijft leidend.

459	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat bij VPT, wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bedragen, MPT altijd de best passende leveringsvorm is. Hiermee lijkt het financiële criterium bovengeschild aan de overige criteria. Bent u bereid het 80%-criterium als onderdeel van criterium 4 op te nemen in plaats van als doorslaggevend criterium? Zo nee, waarom niet?	Nee, hiertoe zijn wij niet bereid. Het uitgangspunt dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet van een vpt bedragen, het mpt de best passende leveringsvorm is, geldt voor alle criteria en kan niet worden beschouwd als onderdeel van criterium 4. Het is daarbij mogelijk dat, ook bij een hogere en structurele zorginzet, de kosten nog steeds onder de 80% van de indicatie blijven.
460	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat een afwegingskader helpt bij de keuze tussen MPT en VPT. Welke concrete en objectief toetsbare criteria worden daarin gehanteerd en hoe wordt de toepassing daarvan voor aanbieders inzichtelijk gemaakt?	U vindt deze in het toetsingskader MPT voorliggend op VPT. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier.
461	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van welke objectief toetsbare criteria bepaalt u dat MPT passend is boven VPT, en hoe wordt geborgd dat deze afweging primair zorginhoudelijk plaatsvindt?	De criteria vindt u in het afwegingskader. De zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader de keuze voor de best passende leveringsvorm en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier.
462	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat MPT voorliggend is op VPT bij ongeclusterde thuiszorg voor nieuwe cliënten vanaf 2027. Hoe wordt dit uitgangspunt concreet toegepast in individuele cliëntsituaties en welke objectieve criteria gelden bij afwijking?	Dit is toegelicht in toetsingskader MPT voorliggend op VPT.
463	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt dat MPT voorliggend is op VPT bij ongeclusterde zorg thuis. Wat is de definitie van ongeclusterde zorg thuis?	Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen. De zorg thuis die hier niet onder valt noemen we ongeclusterde zorg thuis. In 2026 en 2027 wordt deze definitie geëvalueerd en indien nodig aangepast.

464	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt het 80%-criterium als doorslaggevend. Naar onze mening ondermijnt dit de overige criteria; het zou nevensgeschikt moeten zijn en aanvullend op criterium 4. Anders ontstaan ongewenste grensgevallen waarin doelmatigheid prevaleert boven zorginhoud. Bent u bereid dit aan te passen? Zo nee, waarom niet?	Nee, dit wordt niet aangepast. Een doelmatige inzet vinden we belangrijk en hebben daarom als algemene voorwaarden opgenomen. Binnen de ongeclusterde Wlz-zorg thuis geldt het mpt in beginsel als voorliggend op het vpt. Een vpt kan uitsluitend passender zijn indien wordt voldaan aan één of meerdere daarvoor geldende criteria, waarbij de redelijke verhouding tussen kosten en inkomsten als algemene randvoorwaarde voor alle criteria geldt. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er nog voldoende budgettaire ruimte aanwezig is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria.
465	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U stelt op blz. 21 (par. 3.2) Op welke gronden maakt u onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde VPT in uw beleid, en waarom acht u het gerechtvaardigd hiervoor verschillende kaders te hanteren? Hoe borgt u daarbij consistentie en uitvoerbaarheid voor aanbieders? at MPT leidend is indien VPT-kosten <80% van de inkomsten bedragen. Hoe verhoudt dit financiële uitgangspunt zich tot de zorginhoud?	Wij maken dit onderscheid omdat in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg is afgesproken dat MPT vanaf 2027 in principe voorliggend is op VPT bij ongeclusterde zorg; geclusterde zorg is daarbij gedefinieerd als drie of meer mensen met dezelfde postcode op PC6-niveau. Het financiële uitgangspunt staat niet los van de zorginhoud: zorgprofessionals wegen met het toetsingskader zowel zorginhoudelijke criteria als doelmatigheid af, en leggen de overwegingen vast in het cliëntdossier. Als de kosten op cliëntniveau minder dan 80% van de inkomsten bij VPT bedragen, geldt MPT altijd als best passende leveringsvorm. Consistentie en uitvoerbaarheid borgen wij met één landelijk toetsingskader, monitoring, spiegelinformatie en zo nodig gerichte afspraken bij afwijkende VPT-inzet.

466	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	U verwacht 90% MPT bij nieuwe ongeclusterde cliënten. Hoe verhoudt dit zich tot de wettelijke keuzevrijheid en persoonsvolgende bekostiging? Wij maken bezwaar tegen consequenties voor de aanbieder als een Wlz-cliënt, na goede voorlichting, expliciet kiest voor een VPT.	Het klopt dat ervan uitgaan dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen, dit kunnen verzilveren via een mpt. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT. Dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.
467	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Veelal moet een client verhuizen om in een geclusterde VPT-setting te wonen. Is het niet veel passendere zorg voor een client als dit niet nodig is? Welke onderbouwing heeft u daarvoor?	Wij delen dat verhuizen niet altijd leidt tot passender zorg. Uitgangspunt is dat cliënten, zolang dit verantwoord en haalbaar is, zorg ontvangen in hun eigen woonomgeving: bij voorkeur in de vertrouwde woning, maar indien dit niet meer passend is, in een andere woning die beter aansluit bij de levensfase en zorgbehoefte.
468	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Vpt kan passend zijn wanneer... er worden 3 punten genoemd. Betekent dit zodra welzijn noodzakelijk is en aan 1 van de drie punten wordt voldaan dat het dan wel in de vpt kan? Ongeacht de 80%?	Nee, de doelmatigheidsnorm van 80% kan niet los worden gezien van de inhoudelijke criteria. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er nog voldoende budgettaire ruimte aanwezig is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria.
469	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Vraag 16 deel 1 van 2 Op blz. 21 schrijft u: "Het basisuitgangspunt is te allen tijde: De kosten op cliëntniveau moeten te allen tijde in redelijke verhouding staan tot de inkomsten. Het uitgangspunt hierbij is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet vpt bedragen, het mpt altijd de best passende leveringsvorm is."	Wij herkennen hierin geen vraag. Het klopt dat dit is opgenomen in het toetsingskader.
470	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Vraag 19 deel 1 van 4 Binnen het VPT hebben wij de mogelijkheid om medewerkers in te zetten voor activiteiten die bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen van cliënten, waaronder:	Wij herkennen in uw bericht geen concrete vraag en kunnen deze daarom niet beantwoorden.

471	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Vraag 19 deel 2 van 4 • het ondersteunen van het netwerk van de cliënt, zoals mantelzorgers en andere vormen van informele zorg; • het ondersteunen van de cliënt bij het onderhouden en versterken van dit netwerk; • zorgcoördinatie en zorgregie; • activiteiten gericht op welzijn en welbevinden.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
472	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Vraag 20 deel 2 van 3 Er kan sprake zijn van cliënten die tegen de 80% grens aanzitten, maar ook een complexe instabiele zorgvraag hebben met hoge administratieve lasten. Dit kan ongewenste grensgevallen opleveren waarin doelmatigheid boven zorginhoudelijke argumenten gaat.	Wij erkennen dat dit tot grensgevallen kan leiden. Dit is inherent aan het opstellen van een toetsingskader. Het toetsingskader vraagt om een zorginhoudelijk én doelmatige onderbouwde keuze. Een vpt kan passend zijn bij een structureel hoogcomplex, instabiele of onplanbare zorgvraag, bijvoorbeeld wanneer het mpt door een sterk fluctuerende zorgvraag leidt tot een onevenredige en onredelijke administratieve belasting. We adviseren om bij grensgevallen te kiezen voor een MPT.
473	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Waar kan een cliënt terecht wanneer hij of zij VPT wil ontvangen, maar het zorgkantoor op basis van het toetsingskader MPT passend acht? Verschilt deze route per zorgkantoor en hoe wordt dit aan cliënten uitgelegd?	Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. Als de uitkomst is dat een MPT de best passende leveringsvorm is, maar de klant wil een VPT. Dan verwachten wij dat u hierover in gesprek met de klant en aangeeft dat MPT de best passende leveringsvorm is. Mocht u hier niet met de klant uitkomen dan kunt u hierover contact opnemen met het zorgkantoor. Alle zorgkantoren volgen deze lijn.
474	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Waarom is bij de keuze tussen VPT en MPT gekozen voor een financiële norm van 80%, en niet voor een inhoudelijke beoordeling van passende zorg, kwaliteit en benodigde ondersteuning voor de cliënt?	De keuze tussen mpt en vpt is niet alleen financieel. Wij hanteren een toetsingskader waarmee zorgprofessionals een zorginhoudelijk én doelmatig onderbouwde keuze maken voor de best passende leveringsvorm. Daarbij wordt onder meer gekeken naar complexiteit, stabiliteit en planbaarheid van de zorgvraag, organisatie van zorg, alternatieven, meerwaarde van vpt en omvang van het benodigde zorgpakket. De 80%-norm is een algemene doelmatigheidsvoorwaarde.

475	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Waarom is gekozen voor een definitie van clustering die primair gebaseerd lijkt te zijn op fysieke nabijheid van cliënten en geografische criteria? Welke alternatieve vormen van clustering zijn onderzocht?	We hebben gebruik gemaakt van een definitie die al breder gebruikt wordt in het veld. We sluiten aan op de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg. Deze definitie wordt ook gehanteerd in de monitor langdurige zorg van VWS. Op dit moment zijn geen alternatieven onderzocht.
476	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Waarop is de definitie gebaseerd dat sprake is van geclusterde zorg bij drie of meer cliënten met dezelfde postcode op PC6-niveau? Welke inhoudelijke of data-analyse ondersteunt deze grens?	We sluiten aan op de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg. Deze definitie wordt ook gehanteerd in de monitor langdurige zorg van VWS. Daarnaast is door de zorgkantoren op basis van de data gecheckt of het bij deze selectie gaat om geclusterde woonvormen. Dit is in de regel het geval. In 2026 en 2027 wordt deze definitie geëvalueerd en indien nodig aangepast.
477	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wanneer is de verwachting dat de wetswijziging MPT voorliggend op VPT ingaat?	MPT voorliggend op VPT is geen wetswijziging. Het is een afspraak vanuit het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Dit geldt vanaf 1 januari 2027. Er komt wel een wetswijziging voor een nieuwe leveringsvorm, daarvan is de verwachting dat deze op z'n vroegst per 1 januari 2028 in gaat.
478	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wanneer is er sprake van intensieve coördinatie? Is daar een duidelijke afspraak voor?	Nee, hiervoor hebben wij geen kader ontwikkeld. Dit betreft een inhoudelijke (zorg)professionele afweging die door zorgprofessionals op cliëntniveau dient te worden gemaakt.
479	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wanneer is er sprake van een uitzonderlijke of complexe ondersteuningsbehoefte zodat reguliere ondersteuningsvormen onvoldoende zijn? Is daar een duidelijke afspraak voor?	Nee, hiervoor hebben wij geen kader ontwikkeld. Dit betreft een inhoudelijke (zorg)professionele afweging die door zorgprofessionals op cliëntniveau dient te worden gemaakt.
480	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wanneer is sprake van een sterk fluctuerende zorgvraag? Is daar een duidelijk kader voor?	Nee, hiervoor hebben wij geen kader ontwikkeld. Dit betreft een inhoudelijke (zorg)professionele afweging die door zorgprofessionals op cliëntniveau dient te worden gemaakt.
481	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wanneer kan een werkbaar en gedragen kader verwacht worden?	Het toetsingskader MPT voorliggend op VPT is vastgelegd in het landelijk beleidskader WLz 2027 en geldt als het geldende kader. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij bij nieuwe cliënten dit kader toepassen bij ongelusterde zorg vanaf 1 januari 2027. Op basis van toepassing in de praktijk en in overleg met betrokken partijen kan het kader waar nodig worden bijgesteld. In dat geval publiceren wij op 1 juni 2027 een eerstvolgende versie.

482	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wat als deze 80% niet wordt behaald, moet de indicatie dan aangepast worden en op wiens aangeven moet dat dan? Wat betekent dat voor de huidige populatie VPT cliënten?	De indicatie van de klant hoeft niet te worden aangepast. We vragen wel om de best passende leveringsvorm te declareren, waarbij MPT voorliggend is op VPT. Het toetsingskader MPT voorliggend op VPT geldt voor nieuwe cliënten bij ongeclusterde zorg. Huidige cliënten hoeven niet te worden omgezet qua leveringsvorm. In overleg of als een cliënt dit wenst, mag dit wel.
483	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wat gebeurt er bij de wetswijziging 2028 met bestaande ongeclusterde VPT-clienten die nu niet actief worden omgezet?	Op het moment dat er een nieuwe leveringsvorm wordt geïntroduceerd in de Wlz, zullen wij de impact hiervan op het inkoopbeleid en de bijlages beoordelen en, indien nodig, aanvullend zorginkoopbeleid publiceren.
484	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wat is de (strikte) definitie van ongeclusterde vpt?	Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6-niveau) zorg ontvangen. We sluiten aan bij de definitie vanuit de regiomonitor verpleegzorg.
485	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wat is de drempel en meetmethode van 'sterk afwijken van de benchmark' bij de 90%-verwachting, en is de circa 10% een norm of een afgeleide?	Zorgkantoren maken gebruik van landelijke en/of regionale benchmarkinformatie. Wij baseren ons op actuele cijfers en kunnen daarom niet op voorhand aangeven wanneer sprake is van een sterke afwijking.
486	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wat is de juridische status en afdwingbaarheid, tot de wetswijziging 2028, van het 'richtinggevende' toetsingskader 'MPT voorliggend aan VPT' dat via de 80%- en 90%-normen de facto bindend wordt toegepast?	Wij verwachten dat zorgaanbieders handelen in lijn met het zorginkoopbeleid. De 90%-norm betreft geen harde grens. Zorgprofessionals bepalen op basis van het landelijke toetsingskader de best passende leveringsvorm en leggen hun overwegingen vast in het cliëntdossier. Daarbij blijft de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt leidend. Voor de 80%-norm geldt dat deze financiële norm eerst wordt beoordeeld, voorafgaand aan de afweging of een vpt passend is. Indien de beschikbare financiële ruimte nog niet voor ten minste 80% is benut, wordt ervan uitgegaan dat er nog voldoende budgettaire ruimte is om invulling te geven aan de zorgvraag op basis van één of meerdere van de genoemde criteria.

487	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke afwegingen zijn bepalend/doorslaggevend bij de keuze tussen MPT en VPT als niet aan alle criteria wordt voldaan?	Het is een integrale beoordeling van cliëntsituatie op basis van het toetsingskader. Bij twijfel adviseren wij u te declareren met een MPT.
488	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke criteria hanteert het zorgkantoor bij de beoordeling of intramuraal, geclusterd VPT of MPT passend en doelmatig is?	Deze beoordeling wordt in afwachting van de introductie van de toets op verblijf, primair door zorgaanbieders samen met de cliënt uitgevoerd. Bij voorkeur wordt de zorg thuis geleverd, als dit doelmatig en verantwoord kan. Voor ongeclusterde zorg thuis geldt daarnaast dat MPT voorliggend is op VPT. Voor de beoordeling gebruik hanteert u het toetsingskader. De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Op basis hiervan kunnen zorgkantoren in gesprek gaan met zorgaanbieders.
489	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke criteria worden straks gehanteerd om te beoordelen of thuis wonen nog verantwoord is?	In het Voorschrift Zorgtoewijzing leest u meer over de beoordeling of de zorg verantwoord thuis kan worden geleverd. Er is ook een adviesformulier beschikbaar dat deze beoordeling ondersteunt.
490	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke documenten en welk detailniveau verwacht het zorgkantoor in het cliëntdossier ter onderbouwing van de leveringsvormkeuze MPT versus VPT?	Wij verwachten geen vaste set documenten of een voorgeschreven detailniveau in het cliëntdossier. Zorgprofessionals maken op basis van het toetsingskader de keuze voor de best passende leveringsvorm. Indien het doorlopen van het toetsingskader leidt tot het oordeel dat MPT passend is, volstaat deze registratie. Wanneer wordt geconcludeerd dat ongeclusterd VPT passend is, verwachten wij dat dit inhoudelijk wordt onderbouwd, inclusief de criteria waarop deze overweging is gebaseerd.
491	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke gevolgen heeft het voor de leveringsvorm wanneer een VPT-cluster van drie cliënten op hetzelfde PC6-adres door overlijden of verhuizing terugvalt naar twee cliënten? Geldt dan overgangsrecht?	Klanten die dan zorg krijgen met een VPT kunnen dan deze zorg behouden.
492	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke gevolgen worden gezien voor de werkprocessen van zorgbemiddeling, wijkverpleging, en casemanagement bij de overgang van mpt als voorkeursleveringsvorm?	Het is niet duidelijk waar u op doelt. We kunnen deze vraag daarom ook niet beantwoorden.
493	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke oplossing ziet het zorgkantoor voor geclusterde woonvormen die zich in meerder postcode gebieden bevinden?	Daar bieden we geen specifieke oplossing voor. Wij adviseren u hiervoor af te stemmen met uw zorginkoper.

494	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Welke waarborgen (hoor en wederhoor, hersteltermijn) gelden voor terugvordering op grond van de 80%-doelmatigheidsgrens bij VPT?	Er zijn geen specifieke waarborgen zoals hoor en wederhoor, een hersteltermijn of een terugvorderingsprocedure vastgelegd voor de 80%-grens. De 80%-grens is opgenomen als uitgangspunt binnen het toetsingskader. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek als zorgaanbieders aantoonbaar afwijken van de benchmark. Desgewenst maken we hier inkoopafspraken over met zorgaanbieders.
495	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wie bepaalt na de afgifte van de WLZ indicatie dan de leveringsvorm?	De zorgaanbieder met behulp van het toetsingskader MPT voorliggend op VPT. Uiteraard gaat u hierover ook in overleg met de klant.
496	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wie houdt toezicht op het toetsingskader?. Hoe zorgt het zorgkantoor dat het toetsingskader ook goed wordt uitgevoerd en niet vals nog onnodig veel mensen in de VPT gaan	Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie. Als er signalen zijn dat een zorgaanbieder mogelijk niet in lijn handelt met het toetsingskader hebben zorgkantoren de mogelijkheid om andere stappen te zetten, denk hierbij bijvoorbeeld aan materiële controle.
497	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wie is verantwoordelijk voor de mix op VPT en MPT in zorg (90% MPT)? En past dit wel bij de huidige en toekomstige zorgvraag, wordt deze norm belangrijker dan de zorgbehoefte in de markt?	U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. De individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt blijft leidend. Wij zijn van mening dat dit juist gelet op toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag passend is, waarbij we een passende en doelmatige inzet van zorg borgen.

498	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wie is verantwoordelijk voor het monitoren van de kosten per VPT client (80%)?	De zorgaanbieder is hiervoor verantwoordelijk.
499	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wij ervaren de regelgeving en administratieve vereisten rondom MPT als aanzienlijk complexer en belastender dan die voor VPT. Welke maatregelen bent u voornemens te nemen om de administratieve belasting binnen het MPT te verminderen en de uitvoering hiervan te vereenvoudigen?	In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.
500	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wij ervaren de regelgeving en administratieve vereisten rondom MPT als aanzienlijk complexer en belastender dan die voor VPT. Welke maatregelen bent u voornemens te nemen om de administratieve belasting binnen het MPT te verminderen en de uitvoering hiervan te vereenvoudigen?	In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.
501	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wij ervaren de regelgeving en administratieve vereisten rondom MPT als aanzienlijk complexer en belastender dan bij VPT. Welke maatregelen neemt u om de administratieve lasten binnen MPT te verlagen en de uitvoering te vereenvoudigen? Dit betreft een bezwaar voor zover geen of onvoldoende maatregelen worden getroffen om de administratieve lasten binnen het MPT te verlagen.	Wij hebben kennisgenomen van uw bezwaar, maar zien geen aanleiding om ons beleid aan te passen. Dat mpt voorliggend is aan vpt is een afspraak die is gemaakt in het Hoofdlijnakkoord Ouderenzorg (HLO). Zorgkantoren evalueren in deze periode, zoals in het HLO afgesproken, de pilot van DSW. Na deze beoordeling wordt onderzocht of en, zo ja, hoe dit een vervolg krijgt en hoe de administratieve lasten kunnen worden verminderd.

502	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wij ervaren de regelgeving en administratieve vereisten rondom MPT als aanzienlijk complexer en belastender dan die voor VPT. Welke maatregelen bent u voornemens te nemen om de administratieve belasting binnen het MPT te verminderen en de uitvoering hiervan te vereenvoudigen?	In het HLO is afgesproken: "Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken." Zorgkantoren zijn de afgelopen en komende periode binnen ZN bezig met een evaluatie van de pilot van DSW. Zorgkantoren zijn aan het onderzoeken hoe de administratieve last (indien mogelijk gelijkgericht) kan worden beperkt. Wij hopen in het najaar meer duidelijkheid te kunnen geven over de mogelijkheden die zorgkantoren zien om de administratieve lasten te verminderen.
503	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wij hebben bezwaar tegen de cumulatieve werking van clustering, sturing op leveringsvormen en volumebeperkingen, die feitelijk leidt tot afwaardering van o.a. VPT zonder expliciete motivering. De samenhangende financiële effecten zijn niet inzichtelijk gemaakt, wat strijdig is met het transparantie-, zorgvuldigheids- en evenredigheidsbeginsel.	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
504	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Wordt de 90%-aannee uitsluitend beschouwd als een beleidsmatige verwachting of zal deze ook worden gebruikt bij contractering, monitoring, beoordeling van aanbieders en/of productieafspraken?	Zorgkantoren gaan ervan uit dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen, dit kunnen verzilveren via een mpt. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie.
505	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Zorgkantoren gaan ervan ...verzilveren via een mpt. "Wij zien het risico dat een streefnorm van 90% deze beoogde ruimte in de praktijk beperkt. Bent u bereid om uw beleid zo aan te passen wat ervoor zorgt dat de individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt geborgd blijft bij de keuze tussen VPT en MPT, en niet de streefnorm zelf? waarom wel of waarom niet	U bent als zorgaanbieder verantwoordelijk voor de beoordeling. Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier. De 90%-norm is geen harde grens op zorgaanbieder niveau. De individuele situatie en ondersteuningsbehoefte van de cliënt blijft leidend. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.

506	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Zorgkantoren gaan ervan uit dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen dit kunnen verzilveren via een mpt. Waar is deze aanname op gebaseerd; bijvoorbeeld op de huidige tarieven of de nieuwe tarieven?	We zien op dit moment dat al dat een zeer groot deel van de nieuwe klanten zorg thuis met een MPT krijgt. In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is opgenomen dat MPT in principe voorliggend is op VPT. Op basis van onze cijfers en de afspraak in het hoofdlijnenakkoord hebben we een inschatting gemaakt. De tarieven spelen hierbij geen rol.
507	3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	Zorgkantoren gaan uit van minimaal 90% MPT bij zorg thuis. Heeft het gesprek mogelijk ook financiële consequenties als een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders en zo ja wat is "sterk"?	De zorgkantoren monitoren de ontwikkeling op zorgaanbieder niveau. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie. Alleen het afwijken van zorgandere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie is geen aanleiding voor financiële consequenties. Als blijkt dat de zorgaanbieder niet in lijn handelt met het toetsingskader kan het zorgkantoor wel maatregelen nemen, waaronder ook maatregelen met financiële consequenties. Zorgkantoren kijken naar landelijke en/of regionale benchmark informatie. We kijken naar actuele cijfers, we kunnen daarom niet op voorhand zeggen wat sterk afwijken is.
508	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	In hoeverre staat het regiobudget in het kader van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) open voor initiatieven van GZ- en GGZ-aanbieders, en welke kaders gelden daarbij?	Het HLO-regiobudget is gekoppeld aan de doelen van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en maakt onderdeel uit van het inkoopbeleid voor de sector V&V. Onder de sector V&V worden zorgaanbieders verstaan die vallen binnen het cluster V&V, zoals gehanteerd in de landelijke indeling van zorgaanbieders (bijlage 7). Dit betekent dat het regiobudget is gericht op zorgaanbieders binnen het cluster V&V en niet openstaat voor initiatieven van aanbieders uit de sector GZ en GGZ.

509	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	"Het vergroten van ...en zij instroom)." Bent u van mening dat onder het vergroten van de instroom van nieuwe medewerkers ook inspanningen met betrekking tot het begeleiden van BOL- en BBL-leerlingen kunnen vallen? Zo nee, waarom niet?	De door VWS meegegeven inhoudelijke doelstellingen voor het regiobudget zijn landelijk vastgesteld in afstemming met onder andere ActiZ, ZorgthuisNL, NZa en ZN. Deze doelstellingen vormen het kader waarbinnen zorgkantoren uitvoering geven aan het regiobudget. Vragen die zien op de inhoud of totstandkoming van deze doelstellingen vallen daarmee buiten de reikwijdte van deze Nvl. Over de invulling en toepassing op regionaal niveau kan het gesprek worden gevoerd aan de regiotafels.
510	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	"Het vergroten van ...en zij instroom)" Kunt u verduidelijken of de regeling voor BOL- en BBL-leerlingen ook van toepassing is op hbo- en hbo-duaal studenten? Zo nee, kunt u toelichten waarom hiervoor is gekozen, gelet op het belang van een juiste deskundigheidsmix met verschillende deskundigheidsniveaus? Deze leerlingen of stagiairs vragen ook begeleidingstijd van een organisatie.	De door VWS meegegeven inhoudelijke doelstellingen voor het regiobudget zijn landelijk vastgesteld in afstemming met onder andere ActiZ, ZorgthuisNL, NZa en ZN. Deze doelstellingen vormen het kader waarbinnen zorgkantoren uitvoering geven aan het regiobudget. Vragen die zien op de inhoud of totstandkoming van deze doelstellingen vallen daarmee buiten de reikwijdte van deze Nvl. Over de invulling en toepassing op regionaal niveau kan het gesprek worden gevoerd aan de regiotafels.
511	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	De uiterste indieningsdatum voor het Regiobudget HLO is 1 juli (volgens de aanvullende inkoopvoorwaarden). Kunt u bevestigen of dit 1 juli 2026 of 1 juli 2027 betreft? Als het 1 juli 2026 is, is de termijn te kort (vier weken na publicatie van het inkoopbeleid). Wij verzoeken u de indieningstermijn met ten minste vier weken te verlengen. Stemt het zorgkantoor hiermee in? Zo nee, waarom niet?	Dit betreft 1 juli 2027.

512	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Er wordt geschreven: "Een belangrijke voorwaarde voor regionale activiteiten gericht op het verbeteren van de digitale infrastructuur is dat ze toekomstgericht zijn en aansluiten bij landelijke afspraken en ontwikkelingen, bijvoorbeeld het programma KIK-V." KIK-V lijkt daarmee optioneel. Is aansluiten bij KIK-V daarmee een voldoende voorwaarde of een noodzakelijke voorwaarde in het HLO akkoord?	In het beleidskader is opgenomen dat regionale activiteiten aansluiten bij landelijke afspraken en ontwikkelingen. Het programma KIK-V wordt daarbij genoemd als voorbeeld van zo'n ontwikkeling. Dit betekent dat aansluiting bij KIK-V niet als afzonderlijke (noodzakelijke of voldoende) voorwaarde is geformuleerd. De voorwaarde is dat initiatieven aansluiten bij relevante landelijke afspraken en ontwikkelingen, waar KIK-V een voorbeeld van is.
513	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Hoe stelt het zorgkantoor het HLO-regio budgetvast en wat gebeurt er met de beschikbare middelen als deze niet volledig worden benut door de regio. En hoe stuurt u erop dat er beschikbare middelen op de plank blijven liggen?	Het landelijke regiobudget HLO bedraagt € 40 miljoen per jaar voor 2027–2029 en wordt door de NZa over de zorgkantoren verdeeld op basis van een passende verdeelsleutel. Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van deze middelen op basis van ingediende regionale aanvragen. Aanvragen worden integraal beoordeeld op basis van de beoordelingscriteria, waarna het zorgkantoor de eindbeslissing neemt over voorlopige en definitieve toekenning. Projecten rapporteren minimaal jaarlijks over voortgang en resultaten. Bij onvoldoende voortgang of impact kan het zorgkantoor bijsturen, middelen geheel of gedeeltelijk terugvorderen of vervolgfianciering opschorten. De NZa heeft nog geen duidelijkheid gegeven over wat er met eventuele niet-benutte middelen gebeurt; dit wordt naar verwachting nader uitgewerkt in de beleidsregels 2027.
514	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Hoe wordt geborgd dat landelijke extramurale aanbieders met kleinschalige locaties gelijkwaardig toegang krijgen tot regiobudgetten, ook wanneer zij niet altijd mogen of kunnen aansluiten bij regionale tafels?	Zorgaanbieders kunnen samen met andere regionale partijen een aanvraag voor het regiobudget indienen. Het beleidskader gaat daarbij uit van een regionale aanpak, waarbij samenwerking tussen meerdere partijen en aansluiting bij de regio belangrijke uitgangspunten zijn. Binnen de regio maken zorgaanbieders in overleg met het zorgkantoor afspraken over het proces om tot een aanvraag te komen. Dit betekent dat actieve betrokkenheid en samenwerking in de regio een voorwaarde is om in aanmerking te komen voor het regiobudget. Voor situaties waarin aansluiting bij regionale overleggen niet vanzelfsprekend is, geldt dat zorgaanbieders in afstemming met het zorgkantoor en regionale partners kunnen bezien op welke wijze zij hieraan invulling kunnen geven.

515	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Houdt het zorgkantoor daarbij rekening met SMART-doelen, een duidelijke penvoerder, heldere verantwoordingsindicatoren en minimale administratieve lasten?	Ja. Bij een aanvraag voor het regiobudget ligt een transitieplan ten grondslag met onder meer SMART-geformuleerde afspraken, een beschrijving van de wijze waarop deze doelen worden bereikt en afspraken over verantwoordelijkheden van partijen, monitoring en verantwoording. Projecten rapporteren minimaal één keer per jaar conform de afspraken bij de toekenning van het regiobudget en geven aan in hoeverre het afgesproken resultaat behaald is. In het beleidskader is geen specifieke eis opgenomen ten aanzien van een penvoerder.
516	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	In het beleidskader is beperkt aandacht voor KIK-V. Betekent dit dat doorontwikkeling en implementatie van KIK-V in 2027-2029 geen prioriteit heeft binnen het regiobudget HLO?	Nee. In het beleidskader is opgenomen dat regionale activiteiten gericht op de digitale infrastructuur toekomstgericht zijn en aansluiten bij landelijke afspraken en ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld het programma KIK-V. Initiatieven rondom (door)ontwikkeling en implementatie van KIK-V kunnen daarmee onderdeel zijn van een aanvraag voor het regiobudget, mits deze passen binnen de doelstellingen en voorwaarden van het regiobudget.
517	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	In het tijdpad wordt voor 2027 de deadline 1 juli benoemd. Wordt hiermee 1 juli 2026 (voor het beleid van 2027) bedoeld of wordt 1 juli 2027 bedoeld?	1 juli 2027 is de uiterste datum voor het indienen van de aanvraag voor het regiobudget HLO voor het inkoopjaar 2027.
518	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kan het zorgkantoor toelichten aan welke concrete voorwaarden een aanvraag moet voldoen, en of dit wordt beschouwd als een vorm voor opgavegerichte financieringsafspraken?	Aanvragen voor het regiobudget worden ingediend door zorgaanbieders samen met andere regionale partijen en dienen te passen binnen de periode 2027–2029. Zorgkantoren beoordelen aanvragen integraal op basis van de in het beleidskader opgenomen beoordelingscriteria. Deze zien onder andere op aansluiting bij de regio en landelijke doelen, en op de aanwezigheid van een transitieplan met onder meer SMART-geformuleerde afspraken, KPI's, begroting, verantwoordelijkheden, monitoring, verantwoording en structurele borging. Op basis van het goedgekeurde plan leggen zorgkantoren afspraken vast met betrokken partijen.

519	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kosten voor overhead, projectleiding en programmamanagement kunnen per project worden aangevraagd. Hoe moet worden omgegaan met structurele algemene programmakosten (zoals coördinatie, kassiersfunctie en communicatie) die betrekking hebben op meerdere initiatieven? Indien deze kosten worden toegerekend aan afzonderlijke initiatieven: hoe wordt omgegaan met de dekking van deze kosten wanneer niet alle initiatieven worden gehonoreerd?	In het beleidskader is opgenomen dat kosten voor overhead, projectleiding en programmamanagement onderdeel kunnen zijn van een aanvraag, mits deze proportioneel zijn aan het beoogde resultaat en beperkt blijven tot wat noodzakelijk is voor een effectieve en doelmatige uitvoering van het initiatief. Het beleidskader bevat geen nadere uitwerking voor structurele algemene programmakosten of de wijze waarop deze worden bekostigd. Dit is onderdeel van de verdere uitwerking en kan in de praktijk nader worden bekeken in de regionale context en in afstemming tussen zorgkantoor en betrokken partijen.
520	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kunnen kleine aanbieders zelfstandig aanspraak maken op middelen voor vastgoedvernieuwing of verduurzaming, of moeten zij deelnemen aan grotere consortia?	In het beleidskader is opgenomen dat aanvragen voor het regiobudget worden ingediend door zorgaanbieders samen met andere regionale partijen en dat sprake moet zijn van een regionale aanpak met betrokkenheid van meerdere partijen. Dit betekent dat samenwerking met andere partijen een voorwaarde is voor het indienen van een aanvraag. Het beleidskader maakt geen onderscheid naar omvang van aanbieders.
521	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kunt u de procedure voor toegang tot het HLO-regiobudget concreet beschrijven? Wie kan aanvragen, wie prioriteert, welke rol heeft het regionale samenwerkingsverband, welke beoordelingscriteria worden gehanteerd, en hoe wordt omgegaan met concurrerende aanvragen binnen één regio?	In het beleidskader is het aanvraag- en beoordelingsproces voor het regiobudget op hoofdlijnen beschreven. Zorgaanbieders kunnen samen met andere regionale partijen een aanvraag indienen, waarbij wordt uitgegaan van een regionale aanpak en samenwerking tussen meerdere partijen. Zorgkantoren beoordelen aanvragen integraal op basis van de opgenomen beoordelingscriteria en nemen de eindbeslissing over de (voorlopige en definitieve) toekenning. De invulling hiervan vindt plaats binnen de regionale context, waarbij het zorgkantoor bepaalt hoe aanvragen worden gewogen en beoordeeld.
522	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kunt u toelichten hoe wordt omgegaan met projecten die aantoonbaar bijdragen aan de HLO-doelstellingen, maar niet volledig voldoen aan alle beoordelingscriteria, en in hoeverre hierbij ruimte bestaat voor maatwerk of een integrale beoordeling?	In het beleidskader is opgenomen dat aanvragen integraal worden beoordeeld op basis van de beoordelingscriteria. Als niet alle beoordelvragen met 'ja' beantwoord kunnen worden, leidt dit niet automatisch tot afwijzing. In dat geval gaat het zorgkantoor met de regio in gesprek om te bezien of en hoe bijstelling mogelijk is.

523	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kunt u toelichten of het regiobudget wordt aangevraagd via één meerjarenplan voor de periode 2027–2029, of dat zorgaanbieders jaarlijks opnieuw een aanvraag moeten indienen? En in hoeverre biedt het regiobudget ruimte voor meerjarige financieringsafspraken om administratieve lasten te beperken?	Aanvragen voor het regiobudget mogen meerjarig zijn en dienen te passen binnen de periode 2027–2029. Zorgaanbieders dienen jaarlijks, uiterlijk in juli van het betreffende inkoopjaar, een aanvraag in en doorlopen daarbij de stappen zoals opgenomen in het beleidskader. Projecten rapporteren minimaal één keer per jaar conform de afspraken bij de toekenning van het regiobudget en geven aan in hoeverre het afgesproken resultaat is behaald.
524	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Kunt u toelichten op basis van welke concrete en toetsbare criteria wordt bepaald of een initiatief “nieuw” is en niet reeds via bestaande bekostiging wordt gefinancierd, en hoe wordt voorkomen dat overlap of interpretatieverschillen leiden tot afwijzing van relevante initiatieven?	In het beleidskader is opgenomen dat een aanvraag moet zijn gebaseerd op een transitieplan, waarbij wordt beoordeeld of voldoende aannemelijk is dat sprake is van een nieuw initiatief dat extra inspanning vergt en waarvoor nog geen financiering beschikbaar was via bestaand beleid, bestaande opslagen, transitiemiddelen of subsidies. Daarmee wordt een initiatief als ‘nieuw’ beschouwd indien het aanvullend is op bestaande financiering en gericht is op de HLO-doelstellingen. De beoordeling vindt integraal plaats, waarbij ook wordt gezien of sprake is van een duidelijke afbakening van financieringsstromen om dubbele financiering te voorkomen.
525	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Maakt het regiobudget van € 40 miljoen per jaar onderdeel uit van het macrobudget? Kan deze budgetruimte dus onderdeel uitmaken van de herverdeling van middelen ingeval van regiotekorten? Hoe gaan zorgaanbieders en de NZA om als dit budget niet volledig is benut?	Het beleidskader bevat geen nadere bepalingen over de positie van het regiobudget binnen het macrobudget, de eventuele herverdeling van middelen of de omgang met niet-benutte middelen. Deze aspecten maken onderdeel uit van de landelijke kaders en systematiek, die door VWS en/of de NZa worden vastgesteld.
526	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Op welke wijze proberen zorgkantoren de administratieve lasten rondom het aanvragen van het regiobudget HLO te beperken?	Zorgkantoren hanteren voor het regiobudget één landelijk indieningsformat, dat volledig ingevuld per e-mail wordt aangeleverd bij de vaste contactpersoon van het zorgkantoor. Aanvragen mogen meerjarig zijn, mits deze passen binnen de periode 2027–2029. Binnen de regio maken zorgaanbieders in overleg met het zorgkantoor afspraken over het proces om tot een aanvraag te komen. Hiermee wordt beoogd het aanvraagproces zo uniform en werkbaar mogelijk te houden. Dit zelfde geldt voor de afspraken rondom verantwoording.

527	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Wanneer HLO-middelen via een kassier lopen, wie is dan verantwoordelijk voor financiële verantwoording, eventuele terugbetaling en controle op besteding: de kassier, de uitvoerende aanbieders of alle deelnemers gezamenlijk? Kan het zorgkantoor aangeven welke afspraken minimaal in het addendum worden opgenomen om aansprakelijkheid en terugvorderingsrisico's te verdelen?	In het beleidskader is opgenomen dat zorgkantoren op basis van een goedgekeurd plan afspraken vastleggen met betrokken partijen en dat projecten verantwoording afleggen conform deze afspraken. Het beleidskader bevat geen nadere uitwerking van specifieke uitvoeringsconstructies, zoals het werken met een kassier, of de verdeling van verantwoordelijkheden en risico's tussen partijen. De verdere invulling hiervan wordt vastgelegd in de afspraken die op basis van het goedgekeurde plan met betrokken partijen worden gemaakt.
528	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Wat betekent dit voor zorgpartijen die niet willen aansluiten bij regiotafels etc?	Zorgaanbieders kunnen samen met andere regionale partijen een aanvraag voor het regiobudget indienen. Het beleidskader gaat daarbij uit van een regionale aanpak, waarbij samenwerking tussen meerdere partijen en aansluiting bij de regio belangrijke uitgangspunten zijn. Dit betekent dat actieve betrokkenheid en samenwerking in de regio een voorwaarde is om in aanmerking te komen voor het regiobudget. Voor situaties waarin een zorgaanbieder niet (structureel) deelneemt aan regionale overleggen, geldt dat in afstemming met het zorgkantoor en regionale partners kan worden bezien op welke wijze invulling wordt gegeven aan deze samenwerking.
529	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Welke mate van zekerheid bestaat over vervolgfianciering indien een project aantoonbaar succesvol is, maar structurele bekostiging nog niet is geregeld, en hoe wordt voorkomen dat effectieve initiatieven na afloop van HLO-financiering wegvallen?	In het beleidskader is opgenomen dat aanvragen een uitwerking bevatten van de structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering na afloop van de HLO-financiering. Hiermee wordt bewust gevraagd om al bij de aanvraag inzichtelijk te maken hoe een initiatief na afloop kan worden voortgezet, aangezien het HLO-regiobudget tijdelijk van aard is. Structurele voortzetting vindt plaats binnen de reguliere financieringskaders.

530	3.3 Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	Welke veranderingen worden verwacht in de clientreis van ouderen als gevolg van de HLO-doelstellingen rondom langer thuis wonen, welzijn, mantelzorg en technologie?	Deze vraag heeft betrekking op de inhoudelijke doelstellingen en effecten van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en niet op het regiobudget HLO zoals uitgewerkt in deze paragraaf van het beleidskader. In deze paragraaf zijn geen nadere uitwerkingen opgenomen over veranderingen in de cliëntreis. Deze vraag valt daarmee buiten de reikwijdte van deze Nvl.
531	3.4 Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b)	Het beleid met betrekking tot herstelgerichte behandeling, zoals opgenomen in paragraaf 3.4 van het Landelijk beleidskader Wlz 2027 is identiek aan het beleid zoals opgenomen in de Aanvullende inkoopvoorwaarden Wlz 2026. Klopt dat? Zo nee, welke wijzigingen zijn er dan in 2027 ten opzichte van 2026?	Ja, dat klopt. Hoewel de tekst in het beleidskader 2027 op onderdelen iets anders is geformuleerd, is de inhoudelijke beleidslijn niet gewijzigd. Voor VV9b geldt nog steeds dat de zorg voor cliënten met herstelgerichte behandeling alleen geborgd kan worden op een locatie waar verblijf met behandeling wordt geleverd.
532	3.4 Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b)	Welke stappen zetten zorgkantoren in de samenwerking over domeinen heen?	Uw vraag is onvoldoende concreet om te kunnen beantwoorden, aangezien niet duidelijk is op welk onderdeel van de paragraaf deze betrekking heeft.
533	4.1 Overgangsrecht behandeling	Hoe borgt u dat bij mogelijke beëindiging van het overgangsrecht voor ggz-behandeling de zorgplicht en continuïteit van behandeling worden gewaarborgd bij gescheiden organisatie en financiering van wonen en behandelen, en hoe voorkomt u dat risico's van mismatch bij individuele zorgaanbieders worden neergelegd?	VWS heeft nog geen nadere duiding gegeven over beëindiging van het overgangsrecht voor ggz-behandeling. Zodra hierover landelijke duidelijkheid bestaat, betrekken wij dit bij de verdere uitwerking van de zorginkoop; tot die tijd blijven wij met zorgaanbieders in gesprek over de toepassing van het overgangsrecht, met als doel gezamenlijk inzicht te houden in de praktijk en goed voorbereid te zijn op toekomstige beleidskeuzes. Er is nu geen nadere uitwerking vastgelegd over gescheiden organisatie en financiering van wonen en behandelen of over de verdeling van mismatchrisico's.

534	4.1 Overgangsrecht behandeling	Hoe wordt binnen het Wlz-inkoopbeleid voorzien in de organisatie en financiering van ggz-behandeling na beëindiging van het overgangsrecht, en welke verwachtingen en verantwoordelijkheden gelden daarbij voor zorgaanbieders die momenteel geen behandeling leveren of organiseren?	Voor veel cliënten met een Wlz-indicatie voor ggz-wonen wordt de benodigde ggz-behandeling nu nog bekostigd vanuit de Zvw vanwege het overgangsrecht. Wij wachten op besluitvorming en nadere duiding van VWS over beëindiging daarvan; zodra landelijke duidelijkheid bestaat, betrekken zorgkantoren dit bij de verdere uitwerking van het zorginkoopbeleid.
535	4.1 Overgangsrecht behandeling	U geeft aan in afwachting te zijn van besluitvorming van VWS over beëindiging van het overgangsrecht behandeling. Kunt u bevestigen dat het overgangsrecht gedurende het contractjaar 2027 ongewijzigd van toepassing blijft, en dat besluitvorming door VWS niet zonder redelijke overgangstermijn en zonder aanpassing van de financiële afspraken in de inkooprelatie 2027 wordt geëffectueerd?	Wij kunnen niet bevestigen dat het overgangsrecht gedurende heel 2027 ongewijzigd van toepassing blijft of dat besluitvorming door VWS alleen met een bepaalde overgangstermijn en aanpassing van financiële afspraken wordt geëffectueerd. Zorgkantoren zijn in afwachting van besluitvorming en nadere duiding door VWS; zodra daarover landelijke duidelijkheid bestaat, betrekken wij dit bij de verdere uitwerking van de zorginkoop. In de tussentijd blijven wij met zorgaanbieders in gesprek over de toepassing van het overgangsrecht.
536	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Begrijp ik het goed dat in het kader van de herstel ondersteunende gedachte dat activiteitenbegeleiders en zorgactiveringscoaches onderdeel kunnen zijn van de verantwoording van dagbesteding mits de werkzaamheden worden verantwoord in het dossier én gewenst en best passend is voor de (individuele) client en een zinvolle daginvulling is gericht op activering?	Ja, mits aan de voorwaarden voor prestaties inclusief dagbesteding wordt voldaan. De activiteit moet gewenst en best passend zijn voor de individuele cliënt, bijdragen aan een zinvolle daginvulling en inhoudelijk gericht zijn op arbeidsmatige dagbesteding, activering of individueel belevingsgerichte activering; daarnaast moet dagbesteding structureel en substantieel zijn, zodat de inspanning in verhouding staat tot het tarief. Afspraken over passende daginvulling en dagbesteding legt u vast in het zorgplan en evalueert u regelmatig.
537	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Erkent het zorgkantoor dat de 'inspanning van de zorgaanbieder' bij de doelgroep GGZ ook de constante beschikbaarheid en activeringsbereidheid van personeel omvat, die nodig is om cliënten vanuit trede o van de participatieladder te motiveren?	Wij erkennen de hoge mate van inspanning die het in sommige gevallen bij GGZ cliënten kan vergen om cliënten naar een passende vorm van daginvulling te bewegen.
538	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Gelden de genoemde leveringsvoorwaarden in paragraaf 2.4 voor de gehele contractperiode (2027-2029)?	Er vanuit gaande dat u 4.2 bedoeld; Ja, tenzij hierover in individuele afspraken of later aanvullend beleid, aanvullingen of wijzigingen van de NZa of Nota's van Inlichtingen anders wordt vastgelegd. Bij gewijzigd beleid zult u hier wederom in de gelegenheid worden gesteld om vragen te stellen over deze wijzigingen

539	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Het expliciet uitlichten van dagbesteding in het kwaliteitsverslag leiden tot een onevenwichtige focus, die niet aansluit bij de actuele kwaliteitsontwikkelingen binnen een organisatie. - Kan het zorgkantoor toelichten waarom dagbesteding specifiek wordt uitgelicht?	Wij lichten dagbesteding uit omdat een betekenisvolle daginvulling een belangrijk onderdeel is van ondersteuning aan mensen met een psychische aandoening; het helpt bij herstel en verbetert kwaliteit van leven. Daarnaast kan dagbesteding onder voorwaarden naast het integrale tarief worden gedeclareerd, waarbij wij verwachten dat de geleverde inspanning in redelijke verhouding staat tot het te declareren tarief. Daarom gebruiken wij het kwaliteitsverslag, samen met spiegelinformatie en klanttevredenheid, in de kwaliteitsdialoog om het gesprek onder andere over dagbesteding te voeren en te verdiepen.
540	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Hoe gaan zorgkantoren invulling geven aan de opdracht zoals verwoord in het landelijk beleidskader, waarbij eea in verhouding moet staan tot de feitelijke levering?	Wij beoordelen dit via een controle op de administratie van de zorgaanbieder. U moet kunnen aantonen dat de zorg die is gedeclareerd, geleverd is. Wij verwachten dat afspraken over passende daginvulling en dagbesteding in het zorgplan zijn vastgelegd en regelmatig worden geëvalueerd. Het zorgplan, en daarbij dus ook zorginzet inclusief de dagbesteding, moet op basis van de indicatie zijn opgesteld. De zorg moet conform zorgplan zijn uitgevoerd door bekwaam en deskundig personeel, de gedeclareerde zorg moet daadwerkelijk zijn geleverd en de zorg moet passend zijn bij de gezondheidssituatie van de cliënt. Uit de vastlegging moet blijken dat de dagbesteding structureel en substantieel is en dat de geleverde inspanning in verhouding staat tot het tarief.
541	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Hoe gaat het zorgkantoor ermee om als een cliënt niet altijd in staat is om structureel dagbesteding te volgen?	Dan kan de geleverde dagbesteding via MPT worden gedeclareerd.
542	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Hoe wordt bepaald wanneer dagbesteding voldoende "substantieel" is om onderdeel te zijn van het integrale tarief, en wanneer dit via aparte prestaties moet worden gedeclareerd?	Er is geen aparte kwantitatieve norm vastgelegd voor "substantieel". Passende daginvulling is onderdeel van het integrale tarief; prestaties inclusief dagbesteding kunnen worden gedeclareerd als de dagbesteding passend is, bijdraagt aan zinvolle daginvulling, structureel wordt geboden en substantieel is, zodat het tarief in verhouding staat tot de feitelijk geleverde zorg. Als de geleverde inspanning niet van die omvang is dat declaratie van een prestatie inclusief dagbesteding redelijk is, kan de dagbesteding via MPT worden gedeclareerd.

543	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	In hoeverre wordt met het expliciet uitlichten van dagbesteding in het kwaliteitsverslag beoogd te sturen op inhoudelijke prioritering binnen het kwaliteitsverslag, en hoe verhoudt dit zich tot het uitgangspunt dat het kwaliteitsverslag primair een lerend en ontwikkelgericht instrument is en geen verantwoording van de geleverde zorg?	Het expliciet opnemen van daginvulling en dagbesteding als vast onderdeel van het kwaliteitsverslag is bedoeld om het gesprek hierover in de kwaliteitsdialoog te voeren en te verdiepen. Wij beogen daarmee geen verschuiving naar een verantwoordingsinstrument voor geleverde zorg; het kwaliteitsverslag wordt gebruikt in samenhang met spiegelinformatie en klanttevredenheid, waarbij het gaat om monitoring, evaluatie en leren op organisatieniveau.
544	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Is een analyse uitgevoerd naar de effecten van deze werkwijze op de administratieve lasten voor zorgaanbieders? Op welke wijze wordt beperking van extra registratieve en verantwoordingslasten geborgd?	Wij hebben geen afzonderlijke analyse gedaan naar de effecten van deze werkwijze op administratieve lasten. Ten opzichte van voorgaande beleidsperiodes vragen wij u geen extra administratieve handeling uit te voeren en verwachten wij dat er daarom geen sprake is van een administratieve lastenverzwaring.
545	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Kan het structureel aanbieden van dagbesteding gezien worden als het "toe leiden naar"? En hoe verhoudt zich dit tot de feitelijke afname? Vooral daar waar cliënten wel een plek beschikbaar hebben maar deze niet structureel wordt afgenomen?	Het structureel aanbieden van de mogelijkheid tot dagbesteding is niet hetzelfde als toe leiden naar dagbesteding. Voor toe leiden naar dagbesteding verwachten we dat in het zorgplan van de cliënt opgenomen wordt welke activiteiten worden verricht om cliënt naar een passende dagbesteding te bewegen en dit periodiek evalueert.
546	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Kan het zorgkantoor toelichten welke minimale inhoudelijke en organisatorische eisen gelden voor daginvulling en dagbesteding in de langdurige GGZ?	Voor de inhoudelijke en organisatorische eisen verwijzen wij u naar de NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.
547	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Kan worden verduidelijkt hoe de term 'omvang van de geleverde inspanning' geïnterpreteerd moet worden?	Met 'omvang van de geleverde inspanning' bedoelen wij dat dagbesteding structureel en substantieel moet zijn en dat de feitelijke geleverde zorg in verhouding moet staan tot het tarief voor prestaties inclusief dagbesteding. Als de geleverde inspanning niet van die omvang is dat declaratie van een prestatie inclusief dagbesteding redelijk is, kan de geleverde dagbesteding via MPT worden gedeclareerd.
548	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Kunt u bevestigen dat in deze situatie prestaties op basis van ZZP- en/of GGZ-W-indicaties gelijktijdig naast MPT gedeclareerd moeten worden? Hoe verhoudt dit zich tot de geldende regels voor samenloop van prestaties?	Wanneer de zorgaanbieder GGZ-W ZZP excl. dagbesteding declareert kunnen er aanvullende losse dagbesteding (mpt) prestaties worden gedeclareerd.

549	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Kunt u toelichten of deze wijze van declareren volledig ondersteund wordt binnen de huidige iWlz-standaarden en zorgadministratiesystemen?	Wij kunnen niet bevestigen dat iedere specifieke wijze van declareren volledig wordt ondersteund door alle zorgadministratiesystemen. Voor uitvoeringsvragen over ondersteuning in uw systeem gaat u in gesprek met uw leverancier en zo nodig met uw inkoper. Omdat wij geen extra administratieve handeling aan uw vragen ten opzichte van voorgaande beleidsperiodes verwachten wij niet dat u hier problemen zult ervaren.
550	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	u geeft aan dat als de geleverde inspanning niet zo is dat de prestatie inclusief dagbesteding redelijk is, de dagbesteding via MPT gedeclareerd kan worden. Kunt u toelichten hoe deze bepaling moet worden toegepast wanneer de feitelijk geleverde inspanning fluctueert bijv. bij no-show of afzegging zonder dat dit leidt tot extreme administratieve lasten.	Wij verwachten dat u dit toepast vanuit de structurele afspraken in het zorgplan en de reguliere evaluatie daarvan, niet door iedere fluctuatie afzonderlijk administratief zwaar te verantwoorden. Dagbesteding moet structureel en substantieel van aard zijn en de feitelijk geleverde inspanning moet in verhouding staan tot het tarief; als dat niet het geval is, kan de geleverde dagbesteding via MPT worden gedeclareerd. Bij fluctuaties, zoals no-show of afzeggingen, ligt het daarom voor de hand om de passendheid van de afgesproken daginvulling periodiek te beoordelen en vast te leggen in het zorgplan.
551	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	U geeft aan dat zorgaanbieders jaarlijks een kwaliteitsverslag op dienen te stellen, waarin onder meer aandacht is voor dagbesteding als belangrijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Kunt u toelichten wat hier precies mee bedoeld? Is het onderdeel van het "kwaliteitsverslag duurzaam begeleid wonen binnen WLZ". In welke mate is er (inhoudelijke?) informatie nodig over de dagbesteding?	Met dagbesteding bedoelen wij dat u per klant afspraken over dagbesteding vastlegt in het zorgplan en deze regelmatig evalueert. Op organisatieniveau monitort en evalueert u systematisch hoe herstelondersteunende zorg wordt vormgegeven; daginvulling en dagbesteding zijn daarin een vast onderdeel van het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Wij schrijven geen apart format of vaste inhoudelijke diepgang voor, maar gebruiken het verslag samen met spiegelinformatie en klanttevredenheid in de kwaliteitsdialoog om het gesprek over dagbesteding te voeren en te verdiepen.
552	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Wat is de definitie van 'structureel' en 'substantieel'?	Er is geen afzonderlijke definitie van "structureel" en "substantieel" vastgelegd. Wij beoordelen dit in samenhang met de voorwaarde dat dagbesteding structureel wordt geboden en substantieel van aard is, zodanig dat het tarief in verhouding staat tot de feitelijk geleverde zorg; als de geleverde inspanning niet van die omvang is dat een prestatie inclusief dagbesteding redelijk is, kan de dagbesteding via MPT worden gedeclareerd.

553	4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	Wij maken uit de gestelde voorwaarden op dat er geen voorwaarde gesteld wordt aan het aantal uren dat per week aan dagbesteding gedaan wordt. Klopt dat? Anders gesteld, is er een minimale eis wat betreft het aantal uren per week dat iemand aan dagbesteding moet doen voordat dit declarabel is? Uitgaande van het feit dat iemand in de gedeclareerde uren verder voldoet aan de genoemde voorwaarden.	Er is geen minimale uren eis per week vastgelegd. Voor prestaties inclusief dagbesteding geldt wel dat dagbesteding structureel geboden moet worden en substantieel van aard moet zijn, zodat het tarief in verhouding staat tot de feitelijk geleverde zorg; als die verhouding er niet is, kan de geleverde dagbesteding via MPT worden gedeclareerd. Afspraken over passende daginvulling en dagbesteding worden vastgelegd in het zorgplan en regelmatig geëvalueerd.
554	5.1 Specialistische zorg	Kunt u concreet toelichten op welke wijze u borgt dat aanbieders voldoen aan de aanvullende voorwaarden voor het leveren van ZG-zorg?	Wij borgen dit via de aanvullende inkoopvoorwaarden voor ZG-zorg: de vereiste specifieke deskundigheid moet binnen de instelling aanwezig zijn, er moet een minimum aantal ZG-cliënten zijn om die deskundigheid te kunnen waarborgen, medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning bij gecombineerde beperkingen, er moet een multidisciplinair team met ZG-expertise zijn en de leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Bij zorgaanbieders die deze zorg al leveren borgen we dat onder andere door de bestuurlijke overleggen, werkbezoeken en besprekingen over het kwaliteitskader. Bij zorgaanbieders die deze prestaties voor het eerst willen leveren, gaan we het gesprek aan over deze voorwaarden om te beoordelen of ze hieraan voldoen.
555	5.1 Specialistische zorg	Voor zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG-zorg) moet de specifieke deskundigheid die vereist is aanwezig zijn binnen de instelling. Om aan die aanvullende inkoopvoorwaarde te voldoen moet er een minimumaantal ZG-cliënten aanwezig zijn. Wat is het minimumaantal ZG-cliënten dat aanwezig moet zijn?	Er is geen concreet minimumaantal ZG-cliënten vastgelegd. Wel geldt dat er voldoende ZG-cliënten aanwezig moeten zijn om de vereiste specifieke deskundigheid binnen de instelling te kunnen borgen. Ga hierover zo nodig met uw inkoper in gesprek.
556	5.1 Specialistische zorg	Wij leveren de zorg zoals beschreven in de prestatiebeschrijving Toeslag gespecialiseerde epilepsie (midden en hoog). Wij hebben echter geen landelijke functie en doen niet voortdurend wetenschappelijk onderzoek. Waarom worden deze aanvullende inkoopvoorwaarden gesteld? En hoe verwacht het zorgkantoor dat wij deze zorg kunnen leveren, terwijl wij geen gebruik kunnen maken van deze prestaties?	De aanvullende inkoopvoorwaarden zijn gesteld omdat het uitgangspunt van de zorgkantoren is dat de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg bedoeld is voor zorgaanbieders die het volledige spectrum aan epilepsiezorg leveren, zowel derdelijns klinische als langdurige epilepsiezorg, een landelijke functie vervullen en voortdurend wetenschappelijk onderzoek verrichten met academische partners. Als u niet aan deze voorwaarden voldoet, kunt u geen gebruik maken van deze toeslag. Epilepsiezorg valt dan onder de reguliere zzp bekostiging.

557	5.1 Specialistische zorg	Wij vragen u te verduidelijken hoe het inkopen van ZG-zorg bij aanbieders met slechts één of enkele cliënten binnen deze doelgroep past binnen deze voorwaarden.	Wij kopen ZG-zorg alleen in als aan de aanvullende voorwaarden wordt voldaan. Dat betekent dat de vereiste ZG-deskundigheid binnen de instelling aanwezig moet zijn, dat daarvoor een minimum aantal ZG-clënten nodig is, dat medewerkers specifiek geschoold zijn, een multidisciplinair team met ZG-expertise aanwezig is en de leefomgeving is aangepast op de zintuiglijke beperking. Bij aanbieders met slechts één of enkele ZG-clënten is over het algemeen de conclusie dat zij niet aan deze voorwaarden kunnen voldoen en wordt deze zorg niet ingekocht.
558	5.2 ZZP 7 VG	"VG 7-clënten hebben meestal behoefte aan setting die veiligheid voor de cliënt biedt. Dit kan door het organiseren van directe nabijheid en het inspelen op de menselijke behoefte. Hierdoorzoveel mogelijk voorkomen." Waarom is het nodig om dit als aanvullende voorwaarde op te nemen? Is het zorgkantoor van mening dat dit onvoldoende beschreven staat in de uitleg bij indicatieprofiel VG7.	Wij nemen dit op omdat wij vinden dat dit niet voldoende beschreven staat in de NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven voor zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. Dit is een belangrijke voorwaarde om te toetsen bij zorgaanbieders die VG7 voor het eerst willen gaan leveren.
559	5.2 ZZP 7 VG	"VG 7-clënten hebben meestal behoefte aan setting die veiligheid voor de cliënt biedt. Dit kan door het organiseren van directe nabijheid en het inspelen op de menselijke behoefte. Hierdoor ontstaat minder agressie en wordt een opname in een gesloten/besloten setting zo veel mogelijk voorkomen. " Wat is hier de aanvullende inkoopvoorwaarde?	De aanvullende inkoopvoorwaarde is dat er een setting moet zijn die veiligheid voor de VG 7-client biedt, onder meer door directe nabijheid en het inspelen op de menselijke behoefte, zodat agressie vermindert en opname in een gesloten of besloten setting zo veel mogelijk wordt voorkomen. Daarnaast gelden de voorwaarden van permanent toezicht en directe begeleiding, toepassing van middelen en maatregelen binnen de Wet zorg en dwang indien noodzakelijk, vastlegging van individuele risico's in zorgplan of signaleringsplan, aanwezigheid van AVG, gedragsdeskundige en hbo-begeleiders, en periodieke scholing over onder meer agressieregulering en gedragsproblemen.
560	5.2 ZZP 7 VG	Betreft het hier een HBO-niveau op basis van opleiding of op basis van kennis en ervaring?	Het gaat om medewerkers of begeleiders met een hbo werk- en denkniveau. Wij hebben niet nader gespecificeerd of dit uitsluitend op basis van een afgeronde hbo-opleiding moet zijn, of ook op basis van aantoonbare kennis en ervaring kan worden ingevuld. Dit vinden wij een afweging van de zorgaanbieder.

561	5.2 ZZP 7 VG	U geeft aan dat medewerkers een HBO-niveau moeten hebben: Op basis van wat vindt u dat begeleiders een HBO-niveau nodig hebben?	De inzet van medewerkers op hbo-niveau wordt gevraagd bij specifieke vormen van complexe zorg. Dit omdat professionals met een hbo werk- en denkniveau, in vergelijking met mbo-professionals, beter zijn toegerust in het analyseren van complexe situaties, het (snel) schakelen binnen deze situaties en het methodisch werken. Bij VG7-zorg wordt inzet op hbo-niveau gevraagd vanwege de ernstige en complexe gedragsproblematiek van deze doelgroep, waardoor permanent toezicht, intensieve begeleiding, risicobeheersing en het werken binnen de kaders van de Wet zorg en dwang nodig (kunnen) zijn.
562	5.2 ZZP 7 VG	Wat is de noodzaak voor aanvullende inkoopvoorwaarden 7 VG naast geldende Wet- en regelgeving, richtlijnen, de basisnormen, het toetsingskader van de IGJ en de kwaliteitskaders en -uitgangspunten van de branches en beroepsgroepen zelf?	Deze aanvullende voorwaarden zijn nodig omdat wij vinden dat in de NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven voor zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis niet voldoende beschreven staat waaraan moet worden voldaan om VG7 te kunnen leveren. Dit zijn belangrijke voorwaarden om te toetsen bij zorgaanbieders die deze zorg voor het eerst willen gaan leveren. Dit betreft namelijk specialistische zorg die niet iedere zorgaanbieder zomaar kan leveren.
563	5.2 ZZP 7 VG	Zorgkantoren stellen aanvullende inkoopvoorwaarden voor klanten met een VG7 bovenop de prestatiebeschrijving vanuit de NZa. Bent u het er mee eens dat mogelijk niet direct aan deze voorwaarden voldaan kan worden nadat het ClZ de VG7indicatie heeft afgegeven en we daarom in gezamenlijkheid en goed beargumenteerd kunnen afwijken van deze inkoopvoorwaarden?	U kunt hierover contact op nemen met uw zorginkoper. In zijn algemeenheid geldt dat een zorgaanbieder aan de voorwaarden moet voldoen om VG7 zorg te kunnen leveren. Als hieraan structureel niet voldaan wordt, moet dit besproken worden met de zorginkoper van uw zorgkantoor.
564	5.2 ZZP 7 VG	Zorgkantoren stellen aanvullende inkoopvoorwaarden voor klanten met een VG7 bovenop de prestatiebeschrijving vanuit de NZa. Kunnen wij er van uit gaan dat zorgkantoren voldoende geschikte plekken voor klanten met een VG7 inkopen?	Het is helaas niet altijd mogelijk voor zorgkantoren om voldoende plekken voor het VG7-porfiel in te kopen. Er zijn wachtlijsten, en we zien dat zorgaanbieders – mede door personeelstekorten en de toenemende complexiteit van de zorgvraag – cliënten met een VG7-indicatie niet willen of kunnen opnemen. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Zorgkantoren vragen hiervoor waar van toepassing aandacht in het regionale zorginkoopbeleid.

565	5.3 LVG-zorg	Hoe en op welke manier maken zorgkantoren inzichtelijk waar en hoeveel LVG plekken er zijn ingekocht?	Er is geen landelijk overzicht van het aantal LVG plekken. Ieder zorgkantoor kan dit overzicht opnemen in het regiobeeld. Daarnaast gaan we ervan uit dat de LVG plekken in een regio inzichtelijk zijn in de Zorgatlas.
566	5.3 LVG-zorg	Hoe verhouden de aanvullende inkoopvoorwaarden zich ten opzichte van de schaarste aan LVG plekken? Ziet de zorgkantoor dit niet als belemmerende factoren?	Wij zien de aanvullende inkoopvoorwaarden niet als belemmerende factor, maar als voorwaarden om te borgen dat cliënten met een LVG-indicatie passende integrale behandelzorg in een verblijfssetting ontvangen. Wij maken voor LVG-zorg alleen afspraken met zorgaanbieders die deze zorg kunnen leveren en aantoonbaar expertise en ervaring hebben; nieuwe aanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan de aanvullende voorwaarden en hun visie op deze zorg beschrijven, zodat wij een afgewogen oordeel kunnen vormen.
567	5.3 LVG-zorg	Hoe wordt de eis dat de LVG-aanbieder integraal verantwoordelijk is voor wonen, begeleiding, behandeling en medische zorg beoordeeld in situaties waarin delen van deze zorg via externe partijen worden geleverd?	Als delen van wonen, begeleiding, behandeling of medische zorg via externe partijen worden geleverd, blijft de gecontracteerde zorgaanbieder hiervoor verantwoordelijk. Het inschakelen van onderaannemers gebeurt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder. De hoofdaannemer blijft verantwoordelijk voor de zorg en de verplichtingen uit de overeenkomst. De hoofdaannemer garandeert dat de zorgverlening door onderaannemers aan dezelfde eisen voldoet als de eigen zorgverlening. Zorg in onderaanneming moet vooraf bij het zorgkantoor worden gemeld.
568	5.3 LVG-zorg	Hoe wordt de eis van permanente beschikbaarheid of oproepbaarheid van behandelaren binnen LVG-zorg getoetst, en welke ruimte is er bij aantoonbare schaarste aan gekwalificeerd personeel?	Zorgkantoren kunnen hiernaar vragen bij het bestuurlijk overleg, een werkbezoek of een gesprek over het kwaliteitskader. Als een zorgaanbieder niet aan deze voorwaarden kan voldoen, dan moet dit gemeld worden aan het zorgkantoor. Dan is namelijk de vraag of nog voldaan wordt aan de voorwaarden om deze specialistische zorg te leveren. Besproken moet worden wat dit betekent voor de zorgverlening aan en de veiligheid van de cliënten.
569	5.3 LVG-zorg	LVG-zorg: u schrijft dat de risico-analyse op organisatieniveau onderdeel is van het kwaliteitsrapport. Is dit zowel van toepassing op het kwaliteitsbeeld als de tussentijdse rapportage? Is de jaarlijkse risico-analyse op organisatie niveau voldoende?	De zorgaanbieder voert jaarlijks een risicoanalyse uit van de LVG zorg op organisatieniveau. Deze hoeft niet opgenomen te worden in de tussentijdse rapportage. Deze moet wel raadpleegbaar zijn op het moment dat het zorgkantoor inzage wil hebben in deze analyse.

570	5.3 LVG-zorg	Voor cliënten met een indicatie LVG 4 of 5 gelden de kwaliteitscriteria die zijn benoemd in het rapport "OBC in perspectief". Om aan deze voorwaarden te voldoen zijn aanvullende financiële afspraken nodig. Staan de zorgkantoren er voor open om aanvullende afspraken te maken voor reële bekostiging? Zo nee, op welke wijze denken zorgkantoren dan voldoende passende zorg in te kunnen kopen?	De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van kostendeekkende tarieven en heeft de tarieven voor de Gehandicaptenzorg met ingang van het jaar 2026 aangepast naar aanleiding van een kostenonderzoek. Wij zien geen aanleiding om voor de LVG4 en LVG5 aanvullende financiële afspraken te maken.
571	5.3 LVG-zorg	Wat is de definitie van "levert de zorgaanbieder voor het eerst LVG zorg" en is het beleid met aanvullende voorwaarden van toepassing?	Met "levert de zorgaanbieder voor het eerst LVG-zorg" bedoelen wij dat een zorgaanbieder deze zorg voor het eerst wil leveren aan cliënten met een LVG-indicatie. Dan moet de zorgaanbieder aantoonbaar voldoen aan de aanvullende inkoopvoorwaarden en daarnaast zijn visie op deze zorg beschrijven; wij gebruiken dit om af te wegen of de zorgaanbieder de zorg mag gaan leveren.
572	5.4 SGLVG-zorg	Hoe kijkt u naar het niet in behandeling nemen van een client waarbij de verslaving op de voorgrond staat, verslavingszorg niet geboden kan worden en behandeling niet mogelijk is, mag de client op dat moment geweigerd worden. Zo nee, waarom niet?	U mag een cliënt niet enkel weigeren omdat verslaving op de voorgrond staat of omdat behandeling niet mogelijk is. Bij complexe zorgvragen, waaronder verslaving en multiproblematiek, verwachten wij gezamenlijke inzet van zorgaanbieders en zorgkantoor om te voorkomen dat klanten tussen wal en schip vallen. Als u van mening bent dat u de benodigde verslavingszorg of behandeling niet kunt bieden, moet zorgweigeren plaatsvinden conform het Voorschrift zorgtoewijzing Wlz.
573	5.4 SGLVG-zorg	Op welke wijze wordt rekening gehouden met ambulante behandeling van de SGLVG doelgroep?	Zoals genoemd in de aanvullende inkoopvoorwaarden handelt de SGLVG zorgaanbieder volgens de behandelprogramma's van het kenniscentrum en het kwaliteitsdocument van De Borg; daarbij wordt expliciet verwezen naar het zorgprogramma ambulante behandeling, zie hiervoor de link die staat vermeld in de voorlaatste bullet van paragraaf 5.4.

574	5.4 SGLVG-zorg	U geeft aan dat behandelaars WO nivo moeten hebben. De SGLVG behandeling is multidisciplinair. Hoe ziet u de inzet van vaktherapie in dit opzicht?	Vaktherapie kan onderdeel zijn van de SGLVG-behandeling. Wij verwachten dat de zorgaanbieder basismodules aanbiedt, waaronder vaktherapie, aangevuld met specialistische behandelmodules. De eis dat behandelaars minimaal wo-niveau hebben ziet op behandelaars als psycholoog, psychotherapeut of orthopedagoog-generalist; daarnaast bestaat het behandelteam uit een multidisciplinair team met onder meer een hoofd- of regiebehandelaar, behandelaars of gedragsdeskundigen, een psychiater en indien nodig een AVG-arts.
575	5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Kunt u toelichten op welke wijze het zorgkantoor toetst of een persoonsgebonden budget (PGB) passend is voor cliënten, en welke informatie en ondersteuning daarbij standaard aan (potentiële) PGB houders wordt verstrekt?	De uitvoering van het PGB en het toetsen daarvan, valt buiten de reikwijdte van het zorginkoopbeleid van zorgkantoren en van dit beleidskader. U kunt hierover contact opnemen met de PGB afdeling van uw zorgkantoor.
576	5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Op welke wijze zien de Zorgkantoren mogelijkheden voor het maken van gezamenlijke of collectieve afspraken over zorg in onderwijstijd wanneer financieringsstromen (Wlz en Jw) binnen één schoolsetting door elkaar lopen? En hoe kan worden voorkomen dat dit leidt tot verschillen in inzet of toegankelijkheid van ondersteuning voor vergelijkbare zorgvragen?	Wij zien mogelijkheden via regionaal overleg met scholen, gemeenten, samenwerkingsverbanden en zorgaanbieders. Daar kunnen collectieve afspraken worden gemaakt over de inzet van Wlz-zorg op cluster 3- en 4-scholen, zoals één vaste zorgaanbieder per school of regio, voorwaarden voor collectieve ZIN, kwaliteitsborging, vast personeel en tariefafspraken binnen het Wlz-kader. Dit blijft maatwerk, omdat de situatie per regio en school verschilt; neem contact op met uw zorginkoper als u hierover afspraken wilt maken.
577	5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Waarom ontbreken Cluster 1 en 2 in deze paragraaf? Ook Cluster 1 en 2 hebben te maken met zorg in onderwijstijd.	Het beleidskader verwijst naar de brief van VWS die een toelichting geeft op een voorgenomen wetwijziging voor de cluster 3 en 4 scholen. De wetsaanpassing is niet van toepassing op de cluster 1 en 2 scholen omdat zij vanwege het beperkte aantal leerlingen directe bekostiging ontvangen van het Rijk. Zorgkantoren hebben hierbij geen rol. Voor meer informatie verwijzen wij naar de brief van VWS van 5 febr. 2026.

578	5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Welke mogelijkheden gaat het zorgkantoor bieden voor kinderen binnen cluster 1 en 2?	Het beleidskader verwijst naar de brief van VWS die een toelichting geeft op een voorgenomen wetswijziging voor de cluster 3 en 4 scholen. De wetsaanpassing is niet van toepassing op de cluster 1 en 2 scholen omdat zij vanwege het beperkte aantal leerlingen directe bekostiging ontvangen van het Rijk. Zorgkantoren hebben hierbij geen rol. Voor meer informatie verwijzen wij naar de brief van VWS van 5 febr 2026.
579	5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	Welke mogelijkheden, rekening houdende met administratieve lasten biedt het zorgkantoor voor kinderen in cluster 1 en 2 ? Dit mede daar er voor de JW regelaar afspraken zijn gemaakt door de VNG. In een klas zitten zowel kinderen met een JW toelating als met een WLZ indicatie. Twee registratievormen verhoogt de werkdruk en de kans op fouten.	Het beleidskader verwijst naar de brief van VWS die een toelichting geeft op een voorgenomen wetswijziging voor de cluster 3 en 4 scholen. De wetsaanpassing is niet van toepassing op de cluster 1 en 2 scholen omdat zij vanwege het beperkte aantal leerlingen directe bekostiging ontvangen van het Rijk. Zorgkantoren hebben hierbij geen rol. Voor meer informatie verwijzen wij naar de brief van VWS van 5 febr 2026.
580	5.6 VG7+	"Het is niet mogelijk om de prestatie VG7+ te combineren met de volgende toeslagen" wat is de reden dat het zorgkantoor hiervoor kiest?	VG7+ is een integrale prestatie die veronderstelt dat de benodigde intensieve (extra) zorg en context in het tarief zijn verdisconteerd. Daarmee vervallen losse toeslagen. Dit is gerechtvaardigd omdat de financiering verschuift van stapeling van toeslagen naar één passend, integraal tarief, beter aansluitend bij de feitelijke zorgvraag. VG7+ is bedoeld voor een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en contextgebonden factoren. En vervangt daarmee de toeslagen. Als het niet kunnen combineren met de genoemde toeslagen tot financiële knelpunten leidt, kunt u hierover in overleg treden met uw zorginkoper.
581	5.6 VG7+	"Met ingang van 1 januari 2027 geldt bij instroom van nieuwe cliënten dat de meerzorgwaardigheid aantoonbaar onderbouwd moet zijn om VG7+ te kunnen declareren. " Een zorgaanbieder beoordeelt cliënten aan de hand van de prestatiebeschrijving en voorwaarden of deze voldoet aan VG7+. Waarom is deze onderbouwing en vastlegging in het dossier zorginhoudelijk onvoldoende voor het zorgkantoor?	Wij verwachten dat cliënten die onder de VG7+prestatie vallen meerzorgwaardig zijn, omdat VG7+ bedoeld is voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Het aantonen daarvan dient om bij instroom van nieuwe cliënten te onderbouwen dat VG7+ terecht wordt gedeclareerd. Zorgkantoren hebben gezien dat voor meer cliënten de VG7+ is aangevraagd, dan in het NZa onderzoek is aangegeven. Ook bleek dat het om veel cliënten gaat die niet eerder meerzorg hadden. Daarom willen wij een extra toets en is vastlegging in het dossier onvoldoende voor zorgkantoren om dit te kunnen beoordelen.

582	5.6 VG7+	"Nieuwe cliënten worden geplaatst op basis van urgentie en niet op basis van wachttijd. De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Het zorgkantoor bekend zijn die passend zouden zijn voor deze vrijgevallen plek."" Wie bepaald de urgentie van plaatsen?	De volgorde van plaatsing wordt samen bepaald door de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Daarbij is de urgentie van de zorgvraag leidend; de wachttijd bij een zorgaanbieder weegt minder zwaar. Beoordeeld wordt of er cliënten op de wachtlijst staan, dan wel bij het zorgkantoor bekend zijn die passend zouden zijn voor deze vrijgevallen plek. Dit wordt bepaald door de urgentie om snel in zorg genomen te worden, dan wel door de complexiteit van de zorgvraag die het meest passend is op de vrijgekomen plek.
583	5.6 VG7+	"Nieuwe cliënten worden geplaatst op basis van urgentie en niet op basis van wachttijd." Op welke manier heeft het zorgkantoor zicht op de bovenregionale wachtlijst voor VG7+ plekken en aanmeldingen vanuit andere regio's bij de zorgaanbieder? Hoe gaan zorgkantoren dit proces goed inrichten?	De medewerkers complexe casuïstiek van de zorgkantoren weten welke cliënten op zoek zijn naar een passende plek en kunnen in overleg met de zorgaanbieder de juiste afweging maken. Waar nodig stemmen zorgkantoren onderling af.
584	5.6 VG7+	"Zorgaanbieders met gecontracteerd VG7+ zorgaanbod mogen in beginsel geen VG7+ cliënt die aan de cliëntgebonden factoren voldoet en passend is binnen de context weigeren. " Wie bepaald of de client aan de cliëntgebonden factoren van VG7+ voldoet? En wie bepaald of de cliënt passend is binnen de context?	Als een aanbieder is gecontracteerd voor VG7+, beoordeelt de zorgaanbieder zelf of (nieuwe) cliënten aan de cliëntgebonden factoren voldoen en passen binnen de context. Daarnaast moet ook de meerzorgwaardigheid worden aangetoond. Bij een vrijkomende plek moet contact opgenomen worden met het zorgkantoor om te bezien of er een andere cliënt meer urgentie heeft om op de vrijgekomen plek opgenomen te worden.
585	5.6 VG7+	"Zorgaanbieders met gecontracteerd VG7+ zorgaanbod mogen in beginsel geen VG7+ cliënt die aan de cliëntgebonden factoren voldoet en passend is binnen de context weigeren. Kan het zorgkantoor toelichten hoe deze bepaling zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om een passende match te maken tussen cliënt en woonlocatie?	De bepaling laat ruimte voor de professionele beoordeling of de cliënt past binnen de context van de woonlocatie (o.a. groepsdynamiek en continuïteit). Alleen wanneer sprake is van een passende match, geldt dat cliënt in beginsel niet geweigerd mag worden. Bij twijfel of risico's kunt u dit afstemmen met het zorgkantoor.
586	5.6 VG7+	"Zorgkantoren kopen een afgesproken capaciteit VG7+ zorg in. Uitbreiding van deze capaciteit kan alleen in overleg met het zorgkantoor. " Gaat het om plekken op VG7+ groepen of individuele cliënten? Hoe wordt deze capaciteit bepaald?	De capaciteit is bepaald op basis van het aantal cliënten en locaties dat aan de voorwaarden voor VG7+ voldoet. Binnen deze capaciteit is groei van het aantal cliënten mogelijk als hiervoor geen nieuwe locatie nodig is. Bij uitbreiding met een nieuwe locatie dient overleg plaats te vinden met het zorgkantoor. Uitbreiding van locaties wordt in samenhang met de capaciteit van andere zorgaanbieders in de regio, dan wel omliggende regio's bekeken.

587	5.6 VG7+	"Zorgkantoren kopen een afgesproken capaciteit VG7+ zorg in. Uitbreiding van deze capaciteit kan alleen in overleg met het zorgkantoor." Waarom is de zorgvraag van de client niet leidend voor de financiering?	Enkel de zorgvraag van de cliënt is niet leidend voor de uitbreiding van deze specialistische capaciteit. Zorgkantoren willen beoordelen of uitbreiding van een locatie aan de contextgebonden factoren voldoet. Daarnaast willen de zorgkantoren de uitbreiding beoordelen in relatie tot de (boven) regionale zorgvraag en het (boven)regionale aanbod. Op deze manier kan er een doelmatige inzet en goede verdeling ontstaan van dit specialistische aanbod.
588	5.6 VG7+	"Zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder moeten voldoen aan alle voorwaarden en criteria zoals beschreven in de prestatiebeschrijving van de NZa. "Dit is geen aanvullende inkoopvoorwaarde dit zijn geldende wet- en regelgeving. Wat is de noodzaak om dit als aanvullende voorwaarde op te nemen?"	Wij nemen dit op om expliciet te maken dat VG7+ alleen kan worden geleverd en gedeclareerd als zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder voldoen aan de NZa-prestatiebeschrijving. Dat is geen extra norm bovenop geldende wet- en regelgeving, maar een verduidelijking binnen de aanvullende inkoopvoorwaarden voor VG7+.
589	5.6 VG7+	Alleen zorgaanbieders die beschikken over VG7-zorgaanbod komen in aanmerking voor VG7+. Zorgkantoren kopen een afgesproken capaciteit VG7+ zorg in. Uitbreiding van die capaciteit kan alleen in overleg. Hoe wordt de initiële capaciteit voor VG7+ per zorgaanbieder bepaald? Welke procedure geldt voor het aanvragen van uitbreiding van VG7+-capaciteit?	De initiële capaciteit is bepaald op basis van het aantal cliënten waarvan is vastgesteld dat zij aan de voorwaarden van de NZa beleidsregel voldoen en in een context verblijven die aan de NZa beleidsregel voldoet. Voor uitbreiding van dit aantal cliënten en/of de locatie waar VG7+ geleverd wordt, kunnen zorgaanbieders contact opnemen met de zorginkoper van het zorgkantoor. Hiervoor bestaat geen specifieke procedure.
590	5.6 VG7+	clinten waarbij we de 7VG+ (nog) niet kunnen declareren bijv omdat de groep niet homogeen is. Wanneer de groep homogeen wordt (verhuizing/herindicatie), gaan we er vanuit dat we deze cliënten mogen omzetten naar de 7VG+ wat een verhoging van de afgesproken capaciteit betekent, mede omdat u aangeeft dat 7VG+ voorliggend is op de meerzorg. Volgt het zorgkantoor deze werkwijze en zo nee, waarom niet	Dit is een zorgaanbiederspecifieke vraag. Hier kunnen wij geen algemeen antwoord op geven. U kunt hierover contact opnemen met uw zorgkantoor.
591	5.6 VG7+	De huidige criteria in het voorschrift zorgtoewijzing voor meerzorg bij VG7+ zijn niet passend bij de praktijk en visie op kwaliteit. Het feit dat er eerst een crisisopname of een onwrichtende situatie moet plaatsvinden alvorens er meerzorg kan worden aangevraagd is in geen geval in het belang van de client en medewerkers. Dit kan met meerzorg worden voorkomen. Wordt dit in 2027 aangepast?	Wij verwachten niet dat we dit voor 2027 aanpassen. Het uitgangspunt is dat VG7+ de benodigde zorg dekt. Als dit niet het geval is en in uitzonderlijke situaties meerzorg wordt aangevraagd, beoordelen wij dit per casus zorginhoudelijk in afstemming met de aanbieder. De opgedane ervaringen gebruiken we om dit onderdeel van het beleid verder te ontwikkelen en nader te concretiseren.

592	5.6 VG7+	De toeslagen epilepsie Z975 t/m Z977 mogen niet gedeclareerd worden i.c.m. VG7+. Wij zijn het daar niet mee eens omdat bij het besluit om VG7+ te accepteren dit geen onderwerp van discussie was. Ook andere codes die in de paragraaf zijn benoemd staan los van de VG7+. Toeslag epilepsie staat los van VG7+.	De bekostiging van VG7+ gaat uit van een integraal tarief waarin intensieve zorg, nabijheid en context zijn verdisconteerd. Daarmee vervallen losse toeslagen. Indien er aantoonbaar financiële problemen ontstaan, omdat de toeslagen niet gedeclareerd kunnen worden in combinatie met VG7+, kunnen zorgaanbieders hierover contact opnemen met het zorgkantoor.
593	5.6 VG7+	De wijze waarop zorgaanbieders VG7+ waardigheid moeten onderbouwen wordt uiterlijk 1 oktober duidelijk. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat voor het afgeven van de Gunning de volledige verwachte VG7+ populatie 2027 hierin mee kan lopen?	Het zorgkantoor neemt in de initiële productieafspraken voor het jaar 2027 het aantal VG7+ cliënten mee waar al overeenstemming over is dat zij aan alle voorwaarden van de NZa beleidsregel voldoen en meerzorgwaardig zijn. Dit aantal wordt waar nodig gedurende het jaar bijgesteld naar het definitieve aantal VG7+ cliënten als de meerzorgwaardigheid is vastgesteld. Dit wordt vastgelegd in de herschikking 2027.
594	5.6 VG7+	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Betekent het dat als er een VG7+ cliënt uitstroomt er altijd een VG7+ cliënt moet instromen op een locatie? Eerder is gezegd (door zorgkantoor) dat dit niet moet en dat er cliënten met een VG7 en VG7+ gemixt kunnen wonen binnen een locatie.	Nee, dit betekent niet dat er altijd een VG7+ cliënt moet instromen. Bij een vrijkomende VG7+ plek neemt u contact op met het zorgkantoor. Wij kijken dan samen of er cliënten op de wachtlijst staan of bij ons bekend zijn die passend zijn voor de vrijgevallen plek. Als blijkt dat er geen VG7+ cliënt passend is, blijft de mogelijkheid bestaand een VG7 cliënt te plaatsen.
595	5.6 VG7+	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Vraag 2: Hoe ziet het zorgkantoor de interne doorstroom binnen een organisatie? Bijvoorbeeld kinderen die door moeten stromen naar een (jong)volwassen woning?	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Het zorgkantoor kijkt dan samen met de zorgaanbieder of er cliënten op de wachtlijst staan, dan wel bij het zorgkantoor bekend zijn die passend zouden zijn voor deze vrijgevallen plek. Dit wordt niet bepaald door de plaats op de wachtlijst, maar van de urgentie om snel in zorg genomen te worden, dan wel door de complexiteit van de zorgvraag die het meest passend is op de vrijgekomen plek. Bij dit gesprek wordt ook urgentie van de doorstroom van kinderen naar (jong)volwassenen meegenomen, als voor een individuele cliënt een VG7+ plek passend zou zijn.

596	5.6 VG7+	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Vraag 1: Is een zorgaanbieder altijd verplicht om bij iedere open plek door uitstroom van een VG7+ cliënt, af te stemmen met het zorgkantoor? Wie heeft hierin mandaat welke cliënt geplaatst wordt, zorgkantoor of zorgaanbieder?	Ja, bij het vrijkomen van een VG7+ plek vragen wij u altijd en op tijd contact op te nemen met het zorgkantoor. De plaatsing wordt niet eenzijdig door één partij bepaald: het zorgkantoor bepaalt samen met de zorgaanbieder die VG7+ zorg levert de volgorde van plaatsing, op basis van urgentie en niet op basis van wachttijd. Daarbij kijken wij samen of er passende cliënten op de wachtlijst staan of bij het zorgkantoor bekend zijn.
597	5.6 VG7+	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Wij nemen aan dat dit plaatsvindt nádat de zorgaanbieder zelf heeft gekeken naar invulling van de plek vanuit de eigen wachtlijst. Zo nee, hoe ziet u dit dan?	Nee. Bij een (verwacht) vrijkomende VG7+ plek vragen wij u altijd en op tijd contact op te nemen met het zorgkantoor. De plaatsing wordt niet primair bepaald door de eigen wachtlijst van de zorgaanbieder, maar door de urgentie van de zorgvraag; hoe lang iemand al op de wachtlijst staat weegt daarbij minder zwaar. Wij bepalen samen met de zorgaanbieder die VG7+ zorg levert de volgorde van plaatsing.
598	5.6 VG7+	Er wordt aangegeven dat cliënten binnen VG7+ meerzorgwaardig zijn. Op basis van welke criteria of onderliggende analyse wordt deze conclusie getrokken?	Zorgkantoren werken nog nader uit op welke wijze meerzorgwaardigheid kan worden aangetoond en welke criteria daarvoor gelden. Wij maken dit uiterlijk 1 oktober 2026 bekend.
599	5.6 VG7+	Er wordt aangegeven dat meerzorg alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk is. Wat is voor het zorgkantoor de definitie van een uitzonderlijke situatie? En hoe bepaalt het zorgkantoor zorginhoudelijk op basis van de zorgvraag van de client of er sprake is van een uitzonderlijke situatie?	Van een uitzonderlijke situatie is sprake als de zorgvraag aantoonbaar buiten deze prestatie valt. Dit is nog geen volledige uitgewerkte definitie. Uitgangspunt is dat VG7+ de benodigde zorg dekt. Als dit niet het geval is, beoordelen wij dit per casus zorginhoudelijk in afstemming met de zorgaanbieder. De opgedane ervaringen gebruiken we om dit onderdeel van het beleid verder te ontwikkelen en nader te concretiseren.
600	5.6 VG7+	Het beleid geeft aan dat zorgaanbieders bij vrijgekomen VG7+ plekken altijd in overleg moeten treden met het zorgkantoor. Hoe verhoudt dit zich tot de eigen regie van zorgaanbieders over hun capaciteit, mede in het kader van doorstroom en doelmatige inzet?	Het overleg met het zorgkantoor bij vrijgekomen VG7+ plekken beperkt de eigen regie van de aanbieder niet, maar vult deze aan. VG7+ betreft zeer specialistisch zorgaanbod. Zorgkantoren hebben zicht op cliënten waarvoor het moeilijk is tijdig een passende plek te vinden. Bij een vrijkomende plek beoordelen zorgaanbieder en zorgkantoor gezamenlijk welke cliënt het meest urgent is en het beste past binnen de context. Deze werkwijze draagt juist bij een betere doorstroom en doelmatige inzet.

601	5.6 VG7+	Het beleidskader beschrijft niet wie eindverantwoordelijk is als een plaatsing achteraf niet passend blijkt en leidt tot incidenten of kwaliteitsverlies. Kan het zorgkantoor expliciet aangeven bij welke partij deze verantwoordelijkheid ligt en hoe dit wordt geborgd?	Wij kunnen niet in algemene zin één partij aanwijzen voor alle situaties waarin een plaatsing achteraf niet passend blijkt. Het zorgkantoor heeft een wettelijke zorgplicht om voldoende passende zorg in te kopen; de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van de kwalitatief goede en veilige zorg binnen de gekozen context. Bij incidenten of als blijkt dat de plek niet passend is, kan de zorgaanbieder contact op nemen met het zorgkantoor om samen naar een alternatief te zoeken.
602	5.6 VG7+	Het is ons onduidelijk op basis van welke criteria en binnen welke termijn het zorgkantoor uitbreiding van de gecontracteerde VG7+-capaciteit kan honoreren bij toenemende of urgente vraag. Kunt u dit verduidelijken en een toelichting hierop geven?	Zorgkantoren hebben hier geen vaste criteria voor. Uitbreiding van de capaciteit van VG7+ is van meerdere factoren afhankelijk, zoals de (boven)regionale vraagontwikkeling van VG7+ in relatie tot het (boven)regionale zorgaanbod. Daarnaast dient de nieuwe locatie aan de contextgebonden voorwaarden te voldoen en er voldoende deskundig personeel beschikbaar te zijn. Dit zal per uitbreidingsverzoek worden besproken.
603	5.6 VG7+	Het landelijk inkoopbeleid bepaalt (§5.6) dat zorgaanbieders in beginsel geen passende VG7+ cliënt mogen weigeren. Garanderen zorgkantoren, gelet op hun zorgplicht, dat altijd voldoende budget beschikbaar is om deze zorg daadwerkelijk te leveren? Zo niet, hoe motiveren zorgkantoren dat dit proportioneel is, gelet op de verplichting dat passende cliënten in beginsel niet geweigerd mogen worden?	Zorgkantoren garanderen geen onbeperkt budget. Wij hebben zorgplicht en sturen via contractering op voldoende, passende capaciteit. De niet-weigerplicht geldt binnen de gestelde kaders. Zorgkantoren sturen regionaal op voldoende passend aanbod binnen beschikbare middelen. De zorg voor cliënten met een VG7+ is hier onderdeel van. Het is aan het regionale zorgkantoor om hier invulling aan te geven passend bij het regionale beleid van het zorgkantoor in relatie tot de beschikbare contracteerruimte. Dit wordt proportioneel geacht omdat middelen doelmatig moeten worden ingezet.
604	5.6 VG7+	Het landelijk inkoopbeleid bepaalt in paragraaf 5.6: "Zorgaanbieders met gecontracteerd VG7+ zorgaanbod mogen in beginsel geen VG7+ cliënt die aan de cliëntgebonden factoren voldoet en passend is binnen de context weigeren." Met de term 'in beginsel' blijft mogelijk dat bepaalde omstandigheden ertoe kunnen leiden dat aanbieders cliënten geen zorg kunnen bieden. Welke omstandigheden zijn dat?	Wij leggen hiervoor geen limitatieve lijst met omstandigheden vast. Zorgaanbieder en zorgkantoor beoordelen dit per casus. Dit kan namelijk per casus anders zijn, afhankelijk van de beschikbare context en de specifieke zorgvraag van de cliënt.

605	5.6 VG7+	Hoe wordt gekeken naar of de plek en de andere bewoners passend zijn voor de nieuwe client bij een vrijgekomen plek?	Bij plaatsing beoordeelt de zorgaanbieder vooraf of de zorgvraag, het gedrag en de intensiteit van de cliënt passen bij de plek en de bestaande bewoners. Hierbij wordt onder andere gekeken naar veiligheid, leefklimaat en groepsdynamiek. De zorgaanbieder stemt dit zorgvuldig af met betrokken en kan dit ook bespreken met het zorgkantoor.
606	5.6 VG7+	Hoe wordt omgegaan met situaties waarin plaatsing van een VG7+ cliënt aantoonbaar risico's geeft voor: de bestaande groep (bijv. veiligheid, prikkelbelasting) of de continuïteit van zorg? Waar ligt de professionele beslissingsruimte van de aanbieder binnen dit kader, aangezien zij verantwoordelijk zijn voor het leveren van de zorg?	Wanneer plaatsing aantoonbare risico's geeft, staat zorgvuldige afweging centraal. De aanbieder heeft professionele ruimte om te beoordelen of de cliënt daadwerkelijk passend is binnen de context (veiligheid, groepsdynamiek, continuïteit). Indien dit niet het geval is, kan in afstemming met het zorgkantoor gezocht worden naar een alternatieve passende plek.
607	5.6 VG7+	In de inkoopvoorwaarden geldt dat VG7+ cliënten op basis van urgentie worden geplaatst en in principe niet geweigerd mogen worden. Gezien de complexiteit is zorgvuldige matching essentieel. Hoe is in de voorwaarden en het proces geborgd dat deze afweging voldoende zorgvuldig kan plaatsvinden?	Zorgvuldige matching is geborgd doordat niet alleen urgentie, maar ook passendheid binnen de context van de zorgaanbieder bepalend is. Bij een vrijkomende VG7+-plek neemt u tijdig contact op met het zorgkantoor; wij kijken dan samen met u of er cliënten op de wachtlijst staan of bij ons bekend zijn die passend zijn voor de vrijgevallen plek.
608	5.6 VG7+	In de landelijke visie op langdurige zorg staat het gewone leven centraal. Uit het gewone leven blijkt ook dat kinderen/ jongeren aantoonbaar meer nabijheid en begeleiding vragen. Tegelijk vervallen per 2027 deze toeslagen bij VG7+ en is meerzorg niet mogelijk. Hoe verhoudt dit zich de specifieke behoeften van kinderen (net als het gewone leven) en hoe wordt dit in de bekostiging gecompenseerd?	De bekostiging van VG7+ gaat uit van een integraal tarief waarin intensieve zorg, nabijheid en context zijn verdisconteerd, ook voor kinderen en jongeren. Daarmee vervallen losse toeslagen. Deze toeslagen financieren in essentie dezelfde extra zorginzet, die in het VG7+ tarief is opgenomen. Stapeling zou leiden tot dubbele financiering. Indien er aantoonbaar financiële problemen ontstaan, omdat de toeslagen niet gedeclareerd kunnen worden in combinatie met VG7+, kunnen zorgaanbieders hierover contact opnemen met het zorgkantoor. Volledigheidshalve vermelden we dat deze toeslagen ook niet in combinatie met meerzorg gedeclareerd kunnen worden om dezelfde reden: het voorkomen van dubbele bekostiging.

609	5.6 VG7+	In de VG7+-inkoopvoorwaarden wordt verwezen naar het Voorschrift Zorgtoewijzing 2027, dat nog niet is gepubliceerd. Hierdoor ontbreekt cruciale informatie voor de zorgaanbieder om de impact te beoordelen. Hoe wordt hiermee omgegaan en hoe worden aanbieders na publicatie nog in staat gesteld vragen te stellen en zo nodig bezwaar te maken?	Het Voorschrift Zorgtoewijzing wordt jaarlijks in ZN-verband geactualiseerd en uiterlijk op 1 december gepubliceerd. Dit bevat geen nieuw beleid of inkoopvoorwaarden, maar heeft betrekking op de uitvoering van het beleid. Voor de publicatie van het Voorschrift kennen wij geen Nota van Inlichtingen procedure. Als u na publicatie vragen heeft, dan kunt u hierover contact opnemen met uw zorgkantoor.
610	5.6 VG7+	In het beleid wordt gesteld dat cliënten niet geweigerd mogen worden. Hoe wordt getoetst wat een legitieme reden is om een cliënt (tijdelijk) niet op te nemen?	Een legitieme reden om een cliënt niet op te nemen is wanneer aantoonbaar geen sprake is van een passende match binnen de context (bijv. risico's voor veiligheid, groepsdynamiek of continuïteit). Dit wordt besproken met het zorgkantoor als er een plek vrijvalt en beoordeeld moet worden welke cliënt het meest urgent en het best passend is op de vrijgekomen plek.
611	5.6 VG7+	In het inkoopbeleid staat dat het niet mogelijk is om de prestatie VG7+ te combineren met enkele toeslagen. Als dit tot knelpunten leidt kunnen aanbieders hierover in overleg treden met de zorginkoper. Op welke knelpunten wordt dan gedoeld? Wat is dan het kader/handelingperspectief?	Hiermee bedoelen we financiële knelpunten als gevolg van het niet meer kunnen declareren van een toeslag. Dit kan besproken worden met de zorginkoper.
612	5.6 VG7+	Indien zorgkantoren niet garanderen dat altijd voldoende budget beschikbaar is voor VG7+ zorg, hoe motiveren zorgkantoren dat dit proportioneel is, gelet op de verplichting dat passende cliënten in beginsel niet geweigerd mogen worden?	Zorgkantoren sturen regionaal op voldoende passend aanbod binnen beschikbare middelen. De zorg voor cliënten met een VG7+ is hier onderdeel van. Het is aan het regionale zorgkantoor om hier invulling aan te geven passend bij het regionale beleid van het zorgkantoor in relatie tot de beschikbare contracteerruimte.
613	5.6 VG7+	Is het mogelijk om "extreme kosten geneesmiddelen" wel te combineren met de prestatie VG7+?	Extreme kosten geneesmiddelen kunnen in combinatie met VG7+ worden gefinancierd als aan de voorwaarden wordt voldaan die opgenomen zijn in de vigerende NZa beleidsregel overige kosten.
614	5.6 VG7+	Klopt het dat vanaf 1 januari 2027 alleen voor nieuwe instroom meerzorgwaardigheid hoeft te worden aangetoond? Wat verstaat het zorgkantoor onder "nieuwe instroom": nieuwe instroom in de Wlz of nieuwe instroom bij een zorgaanbieder? En vindt de beoordeling plaats op basis van uren, een inhoudelijke onderbouwing of een combinatie van beide?	Vanaf 1 januari 2027 geldt dat voor nieuwe cliënten die voor het eerst in aanmerking willen komen voor de VG7+ prestatie de meerzorgwaardigheid moet worden aangetoond om VG7+ te kunnen declareren. De wijze waarop u de meerzorgwaardigheid moet onderbouwen, wordt voor 1 oktober 2026 kenbaar gemaakt; wij kunnen nu dus nog niet bevestigen of dit op basis van uren, inhoudelijke onderbouwing of een combinatie daarvan gebeurt.

615	5.6 VG7+	Kunnen de zorgkantoor toelichten (a) waarom het niet mogelijk is om de prestatie VG7+ te combineren met de genoemde toeslagen, nu dit niet uit het kostenonderzoek van de NZa- volgt en (b) waarom de zorgkantoren dat proportioneel achten?	VG7+ is een integrale prestatie die veronderstelt dat de benodigde intensieve (extra) zorg en context in het tarief zijn verdisconteerd. Daarmee vervallen losse toeslagen. Dit is gerechtvaardigd omdat de financiering verschuift van stapeling van toeslagen naar één passend, integraal tarief, beter aansluitend bij de feitelijke zorgvraag. Wij achten de beperking proportioneel omdat VG7+ is bedoeld voor een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en contextgebonden factoren. En vervangt daarmee de toeslagen. Als het niet kunnen combineren met de genoemde toeslagen tot financiële knelpunten leidt, kunt u hierover in overleg treden met uw zorginkoper.
616	5.6 VG7+	Kunt u toelichten hoe de niet-weigerplicht voor passende VG7+-cliënten zich verhoudt tot de situatie waarin de gecontracteerde capaciteit volledig is benut en uitbreiding afhankelijk is van toestemming van het zorgkantoor?	Als de capaciteit volledig benut is, wordt samen met het zorgkantoor gezocht naar een passende oplossing.
617	5.6 VG7+	Kunt u toelichten waarom de wijze van onderbouwing pas vóór 1 oktober 2026 wordt bekendgemaakt, terwijl invoering per 1 januari 2027 is voorzien, en bent u bereid deze eis uiterlijk 1 juli 2026 te publiceren en de ingangsdatum te verschuiven naar 1 januari 2028 om een zorgvuldige en uitvoerbare implementatie mogelijk te maken?	Wij passen de genoemde data niet aan. Zorgkantoren hebben tijd nodig om de wijze waarop meerzorgwaardigheid moet worden aangetoond zorgvuldig uit te werken met zo min mogelijk administratieve lasten voor de zorgaanbieder. De invoering gaat in per 1 januari 2027. Dit geldt uitsluitend voor nieuwe cliënten die in aanmerking willen komen voor de VG7+ financiering. Wij verwachten dat het om beperkte aantallen gaat en zien daarom geen aanleiding de invoeringsdatum te wijzigen.
618	5.6 VG7+	Landelijk wordt verkend of de prestatie VG7+ vanaf 2028 wordt aangepast om samenwonen met andere profielen mogelijk te maken. Overweegt het zorgkantoor voor 2027 al maatregelen in het inkoopbeleid? Welke mogelijkheden ziet het om knelpunten en beperkte doorstroom, o.a. bij LVG4/5, eerder op te lossen?	Dit punt wordt besproken als onderdeel van de evaluatie door de landelijke partijen die betrokken zijn bij de invoering van VG7+ (Nza, VWS, ZN en Iederin). Indien uit deze evaluatie blijkt dat een aanpassing nodig is, verwerken wij dit in ons beleid. Het is nog niet duidelijk wanneer hier duidelijkheid over is.
619	5.6 VG7+	Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk. Wat rechtvaardigt een beperking van de toegang tot meerzorg - zoals omschreven in artikel 2.2. van de Rlz- voor VG7plus, zelfs als voldaan is aan de numerieke toegangsgrens van lid 3 van dat artikel?	De beperking is gerechtvaardigd omdat VG7+ is bedoeld als vervangend, integraal bekostigingsmodel voor cliënten met de hoogste zorgintensiteit. De veronderstelling is dat de benodigde inzet binnen dit tarief past. Meerzorg blijft beschikbaar voor uitzonderlijke situaties, zodat maatwerk mogelijk blijft waar de VG7+ prestatie aantoonbaar tekortschiet.

620	5.6 VG7+	Niet alle cliënten waarvoor een vg7plus-prestatie kan worden gedeclareerd, hadden voorheen meerzorg. Wat rechtvaardigt dat zij hun toeslagen verliezen als zij tot vg7plus worden gerekend?	VG7+ is een integrale prestatie waarbij de benodigde intensieve (extra) zorg en context in het tarief zijn verdisconteerd. Daarmee vervallen losse toeslagen. Dit is gerechtvaardigd omdat de financiering verschuift van stapeling van toeslagen naar één passend, integraal tarief, beter aansluitend bij de feitelijke zorgvraag.
621	5.6 VG7+	Nieuwe cliënten worden geplaatst op basis van urgentie en niet op basis van de wachtlijst. Wat is de exacte definitie van de term "urgentie" in dit geval?	De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Het zorgkantoor kijkt dan samen met de zorgaanbieder of er cliënten op de wachtlijst staan, dan wel bij het zorgkantoor bekend zijn die passend zouden zijn voor deze vrijgevallen plek. Dit wordt niet bepaald door de plaats op de wachtlijst, maar van de urgentie om snel in zorg genomen te worden, dan wel door de complexiteit van de zorgvraag die het meest passend is op de vrijgekomen plek.
622	5.6 VG7+	Ondanks gemelde knelpunten wordt de NZa beleidsregel VG7+ in 2027 nog niet aangepast. Vanuit ZN is wel een aanscherping gedaan op het beleid. Hoe verhoudt de aangescherpte invulling van VG7+ door zorgkantoren zich tot de ongewijzigde NZa-beleidsregel, en hoe wordt geborgd dat zorgaanbieders niet geconfronteerd worden met aanvullende (regionale) interpretaties die de toegang tot VG7+ belemmeren?	Het is zorgkantoren toegestaan om in hun inkoopbeleid nadere aanvullende inkoopvoorwaarden te stellen als daar aanleiding toe is om de passende zorg doelmatig in te kopen en om waar nodig de NZa beleidsregel verder te verduidelijken. Met de landelijke partijen die bij de ontwikkeling van de VG7+prestatie zijn betrokken (NZa, VWS, VGN en ZN) is afgesproken dat de NZa beleidsregel kan worden aangepast als de evaluatie van deze prestatie daar aanleiding toe geeft. We wachten hiervoor dus op de uitkomsten van de gezamenlijke evaluatie. Zorgkantoren hebben structureel overleg om de uitvoering van het VG7+ beleid met elkaar te bespreken om de uniforme uitvoering van het beleid te bevorderen.
623	5.6 VG7+	Op welke manier kunnen specifieke context gebonden middelen, die binnen de meerzorg aangevraagd konden worden, voor vergoeding in aanmerking komen?	De context gebonden middelen zijn opgenomen in de materiaal gebonden kosten van het NZa tarief van de ZZP7+ prestatie. Als de kosten van de benodigde middelen aantoonbaar buiten het VG7+ tarief vallen, kan in uitzonderlijke situaties worden beoordeeld of maatwerk (via meerzorg) aan de orde is. Neem hiervoor contact op met uw zorgkantoor.

624	5.6 VG7+	Stel dat er een nieuwe locatie voldoet aan de eisen van 7VG+, wordt deze dan al meegenomen in de basis productieafpraak?	Deze vraag kunnen wij niet in zijn algemeenheid beantwoorden. Dat is aan uw zorginkoper om te beoordelen. Dit is namelijk mede afhankelijk van het aantal VG7+ cliënten die wachten op een passende plek en van de VG7+ capaciteit in de regio en omliggende regio's.
625	5.6 VG7+	Ten aanzien van VG7+ hebben we afspraken gemaakt over VG7+ locaties, maar niet over geoormerkte plekken. Indien bij elke open plek VG7+ eerst afstemming met het zorgkantoor moet plaats vinden, treedt er (onnodige) vertraging op bij beschikbare intern passende cliënt. Kunnen we hierover maatwerk afspraken maken met het zorgkantoor?	U kunt dit bespreken met uw zorgkantoor. Bij een (verwacht) vrijkomende VG7+ plek vindt namelijk altijd en tijdig afstemming met het zorgkantoor plaats. Wij kijken samen met u of er cliënten op de wachtlijst staan of bij het zorgkantoor bekend zijn die passend zijn voor de vrijgekomen plek en die wellicht urgenter zijn of beter passen op deze plek, dan de intern passende cliënt. Als de interne cliënt passender en urgenter is, wordt deze geplaatst. Plaatsing gebeurt namelijk op basis van urgentie en niet op basis van wachttijd.
626	5.6 VG7+	U verwacht dat nieuwe VG7+ cliënten meerzorgwaardig zijn. Erkent u hiermee een oneigenlijke koppeling tussen de tijdigheid van meerzorgaanvragen en de definitieve status van VG7+?	Dit is wat ons betreft niet strijdig met elkaar. Het ZZP VG7+ is onder andere ontwikkeld om VG7 met meerzorg structureel te kunnen financieren. Wij verwachten dan ook dat cliënten die voor VG7+ in aanmerking komen tenminste dezelfde zorg inzet nodig hebben als bij VG7 met Meerzorg als zij aan de cliëntkenmerken VG7+ voldoen.
627	5.6 VG7+	Uitbreiding van capaciteit VG7+ kan alleen in overleg met zorgkantoren en tegelijkertijd mag de zorgaanbieder in beginsel geen nieuwe VG7+ cliënten die aan de voorwaarden voldoen weigeren. Kan dit in beginsel betekenen dat wij een VG7+ cliënt in zorg móeten nemen zonder uitbreiding van capaciteit en hiervoor dan VG7 met meerzorg dienen aan te vragen?	Wanneer u een nieuwe VG7+ cliënt in zorg moet nemen terwijl het afgesproken aantal VG7+-plaatsen volledig bezet is, neemt u contact op met uw zorginkoper. In overleg wordt beoordeeld of uitbreiding binnen de bestaande context mogelijk is en of daarbij nog aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. Indien sprake is van uitbreiding in een nieuwe context, wordt eveneens besproken en beoordeeld of aan de voorwaarden kan worden voldaan. Wanneer uitbreiding niet mogelijk blijkt, wordt gezamenlijk gezocht naar een passend alternatieve oplossing.
628	5.6 VG7+	VG7+ is ingevoerd om structurele kosten voor deze groep met structurele middelen te bekostigen in plaats van via de inzet van meerzorg. Dat levert meer rust, perspectief en administratieve lastenvermindering op. Dient die meerzorgwaardigheid éénmalig aangetoond te worden, namelijk op het moment dat voor het eerst vg7plus wordt gedeclareerd voor een cliënt?	Voor nieuwe VG7+ cliënten geldt vanaf 1 januari 2027 dat de meerzorgwaardigheid éénmalig moet worden aangetoond om VG7+ te kunnen declareren.

629	5.6 VG7+	VG7+ is ingevoerd om structurele kosten voor deze groep met structurele middelen te bekostigen in plaats van via de inzet van meerzorg. Dat levert meer rust, perspectief en administratieve lastenvermindering op. Welk doel dient het aantonen van meerzorgwaardigheid om VG7+ te kunnen declareren? Voor welk probleem is dat een oplossing? Hoe vaak wordt de meerzorgwaardigheid getoetst?	Wij verwachten dat cliënten die onder de VG7+prestatie vallen meerzorgwaardig zijn, omdat VG7+ bedoeld is voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Het aantonen daarvan dient om bij instroom van nieuwe cliënten te onderbouwen dat VG7+ terecht wordt gedeclareerd. Zorgkantoren hebben gezien dat voor meer cliënten de VG7+ is aangevraagd, dan in het NZa onderzoek is aangegeven. Ook bleek dat het om veel cliënten gaat dit niet eerder meerzorg hadden. De meerzorgwaardigheid moet eenmalig worden getoetst voor een nieuwe VG7+ cliënt.
630	5.6 VG7+	Voor nieuwe cliënten 7VG+ vanaf 1 januari 2027 moet de meerzorgwaardigheid aantoonbaar worden onderbouwd. Welke inhoudelijke criteria (zorginhoudelijk, gedragsmatig, contextueel) verwacht het zorgkantoor dat zorgaanbieders aantoonbaar onderbouwen bij instroom? Hoe wordt de onderbouwing getoetst en wat zijn de consequenties bij een afwijkende beoordeling door het zorgkantoor?	Zorgkantoren werken de concrete wijze van onderbouwen nog uit. Dit wordt vóór 1 oktober 2026 kenbaar gemaakt. Zorgkantoren toetsen deze onderbouwing vergelijkbaar met het beoordelen van de meerzorgaanvragen. Een afwijkende beoordeling betekent dat de zorg voor de betreffende cliënt niet als VG7+ prestatie kan worden gedeclareerd.
631	5.6 VG7+	Voor nieuwe cliënten wordt een meerzorgwaardigheidstoets ingericht. Hoe verhoudt deze toets zich tot de bestaande NZa-beleidsregel?	Deze meerzorgwaardigheidstoets is een aanvulling op de bestaande NZa beleidsregel.
632	5.6 VG7+	Voor VG7 cliënten die niet voldoen aan de prestatiebeschrijving en/of voor zorgaanbieders waarmee géén afspraak wordt gemaakt voor VG7+ blijft de optie voor meerzorg bestaan. Betekent dit dat zorgkantoren aanbieders met een inkoopafspraak voor vg7+ maar waar op de groep ook cliënten met een andere indicatie verblijven deze dwingen om cliënten te verhuizen zodat vg7+ gedeclareerd kan worden?	Op een VG7+ locatie kunnen VG7+ cliënten, VG7 cliënten en VG7 cliënten met meerzorg verblijven. Als op deze locatie ook cliënten met een andere zorgprofiel verblijven is dat niet toegestaan. Afgewogen moet worden of een andere passende plek voor deze cliënten beter is of dat deze locatie geen vg7+ locatie wordt. Meerzorg blijft immers mogelijk als niet voldaan wordt aan alle voorwaarden.
633	5.6 VG7+	Voor VG7 cliënten die niet voldoen aan de prestatiebeschrijving en/of voor zorgaanbieders waarmee géén afspraak wordt gemaakt voor VG7+ blijft de optie voor meerzorg bestaan. Verwachten zorgkantoren dat aanbieders waarmee wel inkoopafspraken zijn gemaakt voor vg7plus alle locaties waar cliënten met een vg7-indicatie wonen en meerzorg hebben, de context wijzigen en tot plus-locaties maken?	Wij verwachten niet op voorhand dat u alle locaties waar cliënten met een VG7-indicatie en meerzorg wonen omzet naar VG7+ locaties. VG7+ is alleen aan de orde als zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder voldoen aan alle voorwaarden en criteria uit de NZa-prestatiebeschrijving. Als de cliënten wel voldoen en de context nog niet en u overweegt de context aan te passen, bespreek dit met uw zorgkantoor. Ook in relatie tot het benodigde VG7+ aanbod in de regio.

634	5.6 VG7+	Voor VG7+ moet 'meezorgwaardigheid' worden aangetoond, maar er is geen recht op meezorg. Waarom kan niet volstaan worden met de prestatiebeschrijving van de Nza?	Wij verwachten dat cliënten die onder de VG7+prestatie vallen meezorgwaardig zijn, omdat VG7+ bedoeld is voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Het aantonen daarvan dient om bij instroom van nieuwe cliënten te onderbouwen dat VG7+ terecht wordt gedeclareerd. Zorgkantoren hebben gezien dat voor meer cliënten de VG7+ is aangevraagd, dan op basis van het NZa onderzoek verwacht. Ook bleek dat het om veel cliënten gaat dit niet eerder meezorg hadden. Vandaar dat zorgkantoren hebben besloten dat de meezorgwaardigheid moet worden aangetoond.
635	5.6 VG7+	Wanneer de gecontracteerde VG7+ capaciteit volledig benut is en uitbreiding niet wordt toegestaan vanwege beperkte contracteerruimte, wie draagt dan de verantwoordelijkheid voor het niet kunnen plaatsen van een passende cliënt?	Deze verantwoordelijkheid ligt niet bij één partij. Als gecontracteerde capaciteit volledig benut is, vraagt dit om samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoor in de regio om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om deze cliënt toch te kunnen plaatsen bij een andere zorgaanbieder, of bijvoorbeeld te kijken naar doorstroommogelijkheden van andere cliënten.
636	5.6 VG7+	Welke procedure geldt voor het aanvragen van uitbreiding van VG7+ capaciteit en hoe wordt daarbij geborgd dat cliënten op de best passende plek terechtkomen?	Er is geen vaste procedure voor het indienen van een uitbreidingsverzoek voor VG7+ capaciteit. Het zorgkantoor toetst dit verzoek aan de regionale behoefte en of de uitbreiding aan de voorwaarden van de VG7+ prestatie voldoet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw zorginkoper. Het borgen dat cliënten op de best passende plek terechtkomen is een samenspel tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor. Mede hierom vragen zorgkantoren om contact op te nemen bij een (verwachte) vrijgekomen VG7+ plek.
637	5.6 VG7+	Wij hebben cliënten die in aanmerking komen voor VG7+ en voorheen niet voor meezorg, aangezien deze aanvraag niet tijdelijk van aard zou zijn geweest. Cliënten voldoen nu echter volledig aan de criteria van VG7+. Erkent u dat dit uitzonderingssituaties zijn op het aantonen van de meezorgwaardigheid?	Nee, dat kunnen wij niet in algemeenheid erkennen. Wij verwachten dat cliënten die onder VG7+ vallen meezorgwaardig zijn; bij instroom van nieuwe cliënten vanaf 1 januari 2027 moet de meezorgwaardigheid aantoonbaar onderbouwd zijn om VG7+ te kunnen declareren. De wijze van onderbouwen maken wij voor 1 oktober 2026 bekend. Indien u hierover vragen heeft kunt u contact opnemen met de zorginkoper.

638	5.6 VG7+	Wij verzoeken het zorgkantoor de onderbouwingseis voor meerzorgwaardigheid bij VG7+-cliënten te schrappen, aangezien deze reeds ligt besloten in de NZa-prestatiebeschrijving én dit tot extra administratieve lasten . Herkent u dit standpunt en bent u bereidt de onderbouwingseis voor meerzorgwaardigheid te schrappen? Graag ontvangen wij uw toelichting op uw keuze.	Nee, wij schrappen deze onderbouwingseis niet. Wij verwachten dat cliënten die onder de VG7+prestatie vallen meerzorgwaardig zijn, omdat VG7+ bedoeld is voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Het aantonen daarvan dient om bij instroom van nieuwe cliënten te onderbouwen dat VG7+ terecht wordt gedeclareerd. Zorgkantoren hebben gezien dat voor meer cliënten de VG7+ is aangevraagd, dan in het NZa onderzoek is aangegeven. Ook bleek dat het om veel cliënten gaat die niet eerder meerzorg hadden.
639	5.6 VG7+	Wij verzoeken te bevestigen dat bij plaatsing van VG7+-cliënten de aanbieder een gemotiveerd zorginhoudelijk oordeel kan geven over de passendheid binnen de context (o.a. groepsdynamiek en continuïteit) en dat dit oordeel doorslaggevend dan wel zwaarwegend is in de uiteindelijke beslissing. Kunt u dit bevestigen?	De zorgaanbieder kan en moet een gemotiveerd zorginhoudelijk oordeel geven over de passendheid binnen de context. Dit oordeel is zwaarwegend in de besluitvorming. Bij een vrijkomende plek stemmen zorgkantoor en zorgaanbieder samen af welke cliënt passend is, waarbij urgentie leidend is en niet wachttijd. Hierbij wordt het oordeel van de zorgaanbieder over de passendheid meegewogen.
640	5.6 VG7+	zorgaanbieders met gecontracteerd VG7+-zorgaanbod in beginsel geen VG7+-cliënt mogen weigeren die aan de cliëntgebonden factoren voldoet en passend is binnen de context. Hoe moeten aanbieders hiermee omgaan wanneer een cliënt inhoudelijk voldoet aan de cliëntgebonden criteria, maar niet plaatsbaar is binnen de bestaande VG7+-context of wanneer de gecontracteerde VG7+-capaciteit volledig benut is?	Wanneer een cliënt wel voldoet aan de cliëntcriteria, maar niet passend is binnen de bestaande context, behoudt de aanbieder de ruimte om dit gemotiveerd te onderbouwen. In dat geval is geen sprake van een passende match en geldt de verplichting tot plaatsing niet. Als de gecontracteerde capaciteit volledig benut is, neemt de aanbieder contact op met het zorgkantoor. Samen wordt gekeken naar alternatieve oplossingen.
641	5.6 VG7+	Zorgaanbieders mogen in beginsel geen VG7+ cliënten weigeren: Er zijn echter verschillende soorten VG7plus groepen EMB+ / LVB+. Hoe definieert het zorgkantoor 'passend binnen de context van de zorgaanbieder' bij VG7+?	'Passend binnen de context' betekent dat zowel de cliëntkenmerken als de groeps- en omgevingsfactoren aansluiten. Het gaat om een veilige, stabiele setting met passende groepssamenstelling, begeleidingsintensiteit en expertise zodat gedrag, prikkelverwerking en zorgvraag hanteerbaar zijn voor cliënt én groep.

642	5.6 VG7+	Zorgkantoren gaan in gesprek met de zorgaanbieders bij een groepsgrootte die afwijkt van het algemene beeld om te bepalen of de context passend is voor deze doelgroep. Vraag 1: In hoeverre stelt het zorgkantoor een max aan de groepsgrootte? Als er al groepen zijn met 8 cliënten en 3 begeleiders, zullen hier dan ook gesprekken over worden gevoerd met de zorgaanbieder?	Wij stellen geen absoluut maximum aan de groepsgrootte. Een groepsgrootte groter dan 6 is mogelijk als aan de begeleidingsintensiteit wordt voldaan; bij 8 cliënten betekent dit 2,5 tot 3 begeleiders. Wel gaan wij met zorgaanbieders in gesprek als de groepsgrootte afwijkt van het algemene beeld, om te bepalen of de context passend is voor de VG7+ doelgroep. Ook bij bestaande groepen van 8 cliënten en 3 begeleiders kan dus een gesprek plaatsvinden over de passendheid van de context.
643	5.6 VG7+	zorgkantoren gaan in gesprek met de zorgaanbieders bij een groepsgrootte die afwijkt van het algemene beeld om te bepalen of de context passend is voor deze doelgroep. Wat is het algemene beeld voor groepsgrootte bij vg7+, waarover aanbieders met het zorgkantoor in gesprek kunnen?	Het algemene beeld sluit aan bij de in de beleidsregel opgenomen begeleidingsintensiteit van 2 op 6. Een groepsgrootte groter dan 6 kan, als aan die begeleidingsintensiteit wordt voldaan; bij een groepsgrootte van 8 betekent dit 2,5 tot 3 begeleiders en bij 9 cliënten 3 begeleiders. Wij gaan in gesprek als de groepsgrootte daarvan afwijkt, omdat beoordeeld moet worden of een grotere groep een passende context biedt voor de VG7+ doelgroep.
644	5.6 VG7+	zorgkantoren gaan in gesprek met de zorgaanbieders bij een groepsgrootte die afwijkt van het algemene beeld om te bepalen of de context passend is voor deze doelgroep. Welke kaders/uitgangspunten hanteren zorgkantoren bij de beoordeling of de context passend is voor de vg7+ doelgroep als de groepsgrootte afwijkt van het algemene beeld?	Wij beoordelen dit in gesprek met u aan de hand van de begeleidingsintensiteit en de passendheid van de zorgomgeving voor de VG7+ doelgroep. De beleidsregel gaat uit van 2 begeleiders op 6 cliënten; een grotere groepsgrootte kan alleen als aan die intensiteit wordt voldaan. Daarnaast kijken wij of de context overprikkeling voorkomt en voldoende overzichtelijkheid, herkenbaarheid, voorspelbaarheid en geborgenheid biedt, met continue directe nabijheid van begeleiders, één begeleidingsstijl en continuïteit in begeleiding.
645	6. Inkoopbeleid Salviq	De passage over Salviq is beduidend korter en minder beperkend dan in het Inkoopdocument 2026. Kunt u aangeven waarom u ervoor gekozen heeft om meer ruimte te bieden aan zorgaanbieders om in gesprek te gaan over de voorwaarden voor Salviq dan in 2026?	Er is grote urgentie om voldoende plekken voor een groep cliënten te organiseren. Op dit moment zijn zorgkantoren in gesprek met een beperkt aantal GZ en GGZ-zorgaanbieders die voornemens zijn deze zorg de komende jaren te leveren. Dit leidt echter nog niet tot voldoende aanbod. Daarom hebben wij ervoor gekozen om de periode om met zorgaanbieders in gesprek te gaan, te verlengen.
646	6. Inkoopbeleid Salviq	Hoe gaat het zorgkantoor om met situaties waarin regionaal onvoldoende aanbod beschikbaar is?	Salviq is een bovenregionaal product, we kijken daarmee of er landelijk voldoende aanbod is en zetten ons daarvoor in.

647	6. Inkoopbeleid Salviq	Hoe ondersteunt het zorgkantoor situaties waarin escalatie naar een andere setting noodzakelijk is?	Aan de hand van een onafhankelijke screening door het CCE wordt bepaald of een client in aanmerking komt voor (een bepaalde plek) bij Salviq.
648	6. Inkoopbeleid Salviq	Hoe verdeelt het zorgkantoor de beschikbare Salviq-plaatsen over regio's en aanbieders?	Op dit moment zijn we met een aantal aanbieders in gesprek om te onderzoeken of en hoe zij plaatsen voor Salviq kunnen realiseren, waarbij we streven naar een passende landelijke verdeling. In verband met de schaarse benodigde expertise voor deze doelgroep is het de vraag of een landelijke verdeling op korte termijn haalbaar is.
649	6. Inkoopbeleid Salviq	Ten aanzien van Salviq geeft u aan dat er sprake is van niet voldoende aanbod. Kunt u aangeven of context, expertise of financiering de grootste bottleneck vormt?	Op dit moment zijn er nog geen aanbieders die deze zorg leveren om diverse redenen zoals; expertise, beveiligde zorg, vastgoed en beschikbare locaties.
650	6. Inkoopbeleid Salviq	U werkt toe naar 60 plaatsen Salviq en nodigt aanbieders uit, ook bij twijfel over de criteria. Het hoofdstuk bevat geen bekostigingsparagraaf. Kunt u aangeven welke bekostiging een aanbieder mag verwachten (structureel dekkend voor beveiliging 2-3, specifiek vastgoed en de vereiste personele mix) en welke meerjarige financiële garanties u biedt aan aanbieders die deze voorziening realiseren?	De zorg vanuit Salviq wordt initieel bekostigd vanuit de prestaties die er zijn voor zorg op bijvoorbeeld beveiligingsniveau 2 en 3 (Z1007, Z1008 of Z280). Indien dat niet voldoende passend is, wordt een oplossing gezocht door gebruik te maken van (groeps)meerzorg.
651	6. Inkoopbeleid Salviq	Welke criteria hanteert het zorgkantoor om te bepalen of een aanbieder in aanmerking komt voor deelname?	Met een aanbieder die wil onderzoeken of hij plaatsen voor Salviq beschikbaar wil stellen worden voorwaarden en mogelijkheden besproken. De richtlijnen voor Salviq worden hierbij gebruikt. We verwijzen hierbij naar Hoofdstuk 6 van het landelijk beleidskader Wlz 2027
652	6. Inkoopbeleid Salviq	Welke eisen stelt het zorgkantoor aan de beschikbaarheid van crisiszorg binnen de setting?	Vanuit Salviq, als last resort, wordt verwacht dat het kunnen hanteren van crisis binnen de voorziening opgepakt kan worden.
653	6. Inkoopbeleid Salviq	Welke financieringsafspraken gelden voor de investering in beveiligde locaties en specialistische teams?	De zorg vanuit Salviq wordt initieel bekostigd vanuit de prestaties die er zijn voor zorg op beveiligingsniveau 2 en 3 (Z1007, Z1008 of Z280). Indien dat niet voldoende passend is, wordt een oplossing gezocht door gebruik te maken van (groeps)meerzorg.
654	6. Inkoopbeleid Salviq	Welke rol verwacht het zorgkantoor van aanbieders in kennisdeling en landelijke samenwerking binnen Salviq?	Wij verwachten dat aanbieders die Salviq-zorg willen leveren actief meewerken aan kennisontwikkeling en kennisuitwisseling tussen de verschillende settings en instellingen binnen Salviq, en ook kennis delen met instellingen in aanpalende sectoren.

655	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	"De Wlz-zorgaanbieder evalueert periodiek (in ieder geval tweemaal per jaar) het (integrale) zorgplan en het mondzorgplan dat daar onderdeel vanuit maakt, met de Wlz-verzekerde en/of zijn naasten/wettelijk vertegenwoordiger." Binnen onze organisatie is de afspraak dat het professioneel overleg minimaal één keer per jaar plaatsvindt en het driehoeksoverleg een half jaar na het professioneel overleg (dus	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
656	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	2.2: Naar onze mening is periodiek overleg niet structureel noodzakelijk. Wij vinden overleg nodig wanneer sprake is van uitzonderlijke of complexe casuïstiek. Het periodiek inplannen van overlegmomenten zonder concrete aanleiding leidt tot een inefficiënte inzet van (kostbare) tijd van zowel de hoofdbehandelaar als de mondzorgprofessional, zonder dat daar een duidelijke meerwaarde tegenover staat	We herkennen geen vraag. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
657	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	De Wlz-zorgaanbieder wordt verantwoordelijk voor levering en controle mondzorg, terwijl kosten bij verblijf met behandeling direct door het zorgkantoor aan de tandarts worden vergoed. Hoe ziet het zorgkantoor de uitvoerbaarheid van deze verantwoordelijkheid, gezien aanbieders geen inzicht hebben in facturen en dit zeker bij grote instellingen, met meerdere locaties, moeilijk controleerbaar is?	U ziet als Wlz-zorgaanbieder erop toe dat de mondzorgprofessional passende zorg levert en niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert dan daadwerkelijk geleverd; hiervoor moet uw AO/IC zijn ingericht. De praktische inrichting daarvan is aan u en de betrokken mondzorgprofessional; machtigingen en declaraties verlopen digitaal via VECOZO.
658	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	Kunt u verduidelijken hoe de verantwoordelijkheid van de Wlz-zorgaanbieder voor toezicht op mondzorgdeclaraties en "passende zorg" zich verhoudt tot de professionele autonomie van de mondzorgprofessional, diens zelfstandige behandelverantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheidsverdeling vanuit de Wet BIG en WGBO?	De verantwoordelijkheid van een mondzorgprofessional is niet anders dan die van de overige behandelaren die bij een Wlz-zorgaanbieder in dienst zijn of als onderaannemer voor hem werken. Dit geldt ook voor de verantwoordelijkheidsverdeling vanuit de Wet BIG en WGBO.
659	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	Thema 1.3 Externe mondzorgprofessional krijgen geen directe toegang tot ons EPD. Het vastleggen van alle rapportages van de mondzorgprofessional geleverde zorg binnen ons EPD leidt tot een toename van administratieve lasten. Uitsluitend in gevallen waarin sprake is van uitzonderlijke of complexe casuïstiek, achten wij het wenselijk om deze informatie op te nemen in ons EPD.	Het is voor ons niet duidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.

660	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	U verwacht dat de zorgaanbieder expliciet vastlegt of de client en diens naasten tevreden is over de geboden mondzorg. We nemen dit mee in de vraag of men tevreden is over alle geboden zorg, is dit voldoende? Zo nee waarom niet?	Nee, niet als mondzorg daarin niet expliciet herkenbaar wordt uitgevraagd en vastgelegd. Wij vragen dat periodiek wordt nagegaan of de verzekerde en zijn naasten tevreden zijn over de geboden mondverzorging door verplegenden en verzorgenden én over de tandheelkundige zorg/mondzorg door de mondzorgprofessional(s). Daarnaast wordt het mondzorgplan periodiek, in ieder geval tweemaal per jaar, met de verzekerde en/of diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger geëvalueerd.
661	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	Waarom geeft u expliciet aan dat de mondzorg binnen 24 uur na opname in kaart gebracht moet zijn?	Wij nemen dit expliciet op omdat het mondzorgplan onderdeel is van het actuele integrale zorgplan. Binnen 24 uur na opname brengt de zorgverlener de mondgezondheid, zelfstandigheid en zelfredzaamheid rondom mondverzorging en de wensen van de Wlz-verzekerde in kaart, inclusief de wijze van dagelijkse mondverzorging. De mondzorgprofessional stelt vervolgens binnen 6 weken na opname, of zoveel eerder als mogelijk, een mondzorgplan op.
662	Bijlage 1 - Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	Waarom stelt u dat er een mondzorgplan opgesteld en geëvalueerd moet worden als er geen specifieke aandachtspunten zijn voor mondzorg en als reguliere zorg beschouwd kan worden?	Wij vragen dit omdat het mondzorgplan onderdeel is van het actuele integrale zorgplan van de Wlz-verzekerde. Ook als er geen specifieke aandachtspunten zijn, moeten mondgezondheid, zelfstandigheid rond mondverzorging, wensen van de cliënt, de dagelijkse mondverzorging en acties en mondzorgdoelen worden vastgelegd en periodiek worden geëvalueerd met de cliënt en/of diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger.
663	Bijlage 2 - Indieningsformat regiobudget HLO 2027 bij Landelijk beleidskader Wlz 2027	Bestaat er ruimte voor opgavegerichte financieringsafspraken op wijk- of gebiedsniveau met SMART-doelen, een duidelijke penvoerder, heldere verantwoordingsindicatoren en minimale administratieve lasten?	Het HLO-regiobudget wordt ingezet voor ouderenzorg via aanvragen op basis van een transitieplan. Hierbij gelden eisen aan onder andere SMART-geformuleerde doelen, verantwoordelijkheden, planning en verantwoording. Voorstellen worden regionaal ontwikkeld en moeten bijdragen aan de gezamenlijke opgave in de regio. Het zorgkantoor beoordeelt aanvragen integraal op basis van de criteria uit het Landelijk beleidskader Wlz 2027.

664	Bijlage 2 - Indieningsformat regiobudget HLO 2027 bij Landelijk beleidskader Wlz 2027	De deadline voor de aanvraag voor het regiobudget staat voor 2027 op 1 juli. Betreft dit 1 juli 2026 of 1 juli 2027? Als dit 2026 betreft, hoe verwacht ZN dat zorgaanbieders plannen aan de regiotafels hebben afgestemd tussen publicatie van het inkoopbeleid en 1 juli?	De deadline voor de aanvraag van het regiobudget 2027 is 1 juli 2027. Aanvragen worden jaarlijks in juli ingediend en de aanvraag voor 2027 moet passen binnen de periode 2027-2029. Binnen de regio maken zorgaanbieders in overleg met het zorgkantoor afspraken over het proces om tot een aanvraag te komen; ga hierover daarom met uw inkoper in gesprek als afstemming aan de regiotafel vóór 1 juli knelt. Zie bijlage 2 Landelijk beleidskader Wlz 2027, paragraaf 3.3.
-----	---	---	---

Bijlage 3A - Overeenkomst Wlz 2027-2029 & Bijlage 3B – Overeenkomst Wlz 2027

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	"Deze overeenkomst heeft betrekking op de volgende sector(en)" Wij zijn een coöperatie die met haar leden zorg biedt in de sectoren GGZ, GZ en V&V. We zijn ingedeeld in de sector GZ. Is het de bedoeling dat we in de overeenkomst nu alleen GZ aanvinken, of ook de andere sectoren (omdat er mogelijkheid wordt gegeven voor meerdere sectoren?)	Na een succesvolle inschrijving krijgt u een overeenkomst aangeboden voor de sector waarin u bent ingedeeld.
2	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Algemeen: Alle vragen gesteld door de andere partijen mag u veronderstellen als een vraag gesteld door Omring	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
3	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Algemene vraag, betreffende de toepassing van de overeenkomst, voor de Nvl gekoppeld aan Deel1A. Hoe wordt geborgd dat verplichtingen die voortvloeien uit de zorgplicht niet leiden tot een disproportionele toerekening van financieel risico aan de zorgaanbieder?	De zorgplicht rust op het zorgkantoor: wij kopen voldoende verantwoorde zorg in binnen de financiële kaders van het regiobudget. Afspraken over prestaties en tarieven maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst. Als de tariefsystematiek voor een individuele aanbieder onvoorzien en onredelijk benadelend uitpakt en het tarief ondanks doelmatige zorglevering niet kostendekkend is, kan de aanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule; bij die beoordeling nemen wij onder meer de financiële positie, mogelijke operationele verbeteringen, de zorgplicht en het langetermijnperspectief mee.
4	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Algemene vraag, betreffende de toepassing van de overeenkomst, voor de Nvl gekoppeld aan Deel1A. Kan het Zorgkantoor bevestigen dat de uitvoering van deze overeenkomst plaatsvindt met inachtneming van de beginselen van redelijkheid en billijkheid en proportionaliteit?	Ja, dat kunnen we bevestigen, echter alleen voor de redelijkheid en de billijkheid. Proportionaliteit dus niet.
5	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Algemene vraag, betreffende de toepassing van de overeenkomst, voor de Nvl gekoppeld aan Deel1A. Kan het Zorgkantoor bevestigen dat vergelijkbare zorgaanbieders in gelijke omstandigheden gelijk worden behandeld bij toepassing van deze overeenkomst?	Ja, dat kunnen we bevestigen in het kader van het gelijkheidsbeginsel.

6	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Bijlage 3A en 3B zijn voor het grootste deel identiek. Om geen onnodige vragen te stellen hebben wij gekozen om over dezelfde artikelen niet een tweede keer dezelfde vraag te stellen die eerder bij Bijlage 3A is gesteld. Kunt u bevestigen dat de door u gegeven antwoorden bij de vragen gesteld over identieke passages of artikelen in Bijlage A, ook geldig zijn voor Bijlage B? Zo nee, waarom niet?	Ja, dat kunnen we bevestigen voor zover het gaat om identieke passages.
7	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Het voorschrift zorgtoewijzing wordt in december gepubliceerd, maar is wel onderdeel van de Wlz-overeenkomst. Onze ervaring is dat er heel veel taken en verantwoordelijkheden bij de zorgaanbieder worden gelegd. Wij worden dus verplicht te tekenen voor een overeenkomst waarvan de uitvoeringsregels nog niet duidelijk zijn. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	Het Voorschrift Zorgtoewijzing wordt jaarlijks in ZN-verband geactualiseerd en wordt uiterlijk op 1 december gepubliceerd. Het Voorschrift Zorgtoewijzing kan niet gelijktijdig met de contractstukken gepubliceerd worden omdat deze voor een groot deel gebaseerd is op wet- en regelgeving die bekend wordt na bekendmaking van het zorginkoopbeleid.
8	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Het Voorschrift Zorgtoewijzing wordt structureel pas na contractondertekening gepubliceerd, ondanks herhaald bezwaar vanuit aanbieders. Wij achten dit onacceptabel omdat het Voorschrift zorgtoewijzing onderdeel uitmaakt van de overeenkomst. Wordt het voorschrift vanaf 2028 gelijktijdig met de contractstukken gepubliceerd?	Nee, dat kunnen wij niet toezeggen. Het Voorschrift Zorgtoewijzing kan niet gelijktijdig met de contractstukken gepubliceerd worden omdat deze voor een groot deel gebaseerd is op wet- en regelgeving die pas na het zorginkoopbeleid bekend wordt.
9	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Hoe wordt overlap tussen toezicht door het zorgkantoor en externe toezichthouders (zoals IGJ) voorkomen?	Het zorgkantoor en externe toezichthouders, zoals de IGJ, hebben ieder een eigen rol en beschikken over specifieke instrumenten en maatregelen. Bevindingen uit onderzoeken en eventueel opgelegde maatregelen door toezichthouders kunnen door het zorgkantoor worden meegewogen bij de beoordeling van een zorgaanbieder. Wanneer een toezichthouder ingrijpt, kan dit voor het zorgkantoor een aanwijzing zijn dat de contractuele afspraken niet worden nageleefd. In dat geval kan het zorgkantoor overgaan tot het inzetten van de maatregelen die voortvloeien uit de overeenkomst.
10	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In bijlage 3A en 3B bij het landelijk inkoopbeleid zijn de overeenkomsten opgenomen. De 3A-overeenkomst wordt aangegaan voor bepaalde tijd, met de mogelijkheid voor eenzijdige verlenging door het zorgkantoor met maximaal twee keer één jaar. De 3B-overeenkomst wordt aangegaan voor bepaalde tijd. Welke omstandigheden bepalen of een GZ-aanbieder Bijlage 3A of Bijlage 3B aangeboden krijgt?	De voorwaarden voor contractering kunt u teruglezen in het inkoopbeleid van het zorgkantoor.

11	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In Bijlage 3A, Deel 1.A, artikel I.H staat dat het Zorgkantoor de overeenkomst eenzijdig tweemaal met één jaar kan verlengen. Kan de zorgaanbieder deze verlenging weigeren, bijvoorbeeld bij gewijzigde financiële, organisatorische of zorginhoudelijke omstandigheden? Zo nee, hoe verhoudt dit zich tot wederkerigheid en proportionaliteit?	De zorgaanbieder kan deze verlenging niet weigeren. Het betreft een eenzijdige optie tot verlenging voor het zorgkantoor.
12	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	In hoeverre zijn zorgaanbiedergebonden afspraken afdwingbaar indien deze niet expliciet zijn uitgewerkt bij contractsluiting?	Zorgaanbiedergebonden afspraken zijn afdwingbaar voor zover zij onderdeel zijn van de overeenkomst. Wanneer sprake is van een overeenkomst volgt uit het BW.
13	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat bij verlenging geen materiële wijzigingen in voorwaarden worden doorgevoerd zonder voorafgaand overleg en instemming van de zorgaanbieder?	Nee, bijvoorbeeld bij bijlages geldt de meest actuele versie.
14	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Kunt u bevestigen dat de bepalingen in de overeenkomst geen materiële afwijkingen of aanvullingen bevatten ten opzichte van het gepubliceerde inkoopbeleid en de Nota van Inlichtingen? Indien hiervan wel sprake is, verzoeken wij u deze afwijkingen expliciet en integraal te benoemen en te motiveren.	Er zouden zich als het goed is geen tegenstrijdigheden mogen voordoen. Bij eventuele tegenstrijdigheden geldt het volgende. De Nota van Inlichtingen maakt integraal onderdeel uit van de overeenkomst, omdat zij expliciet als bijlage bij de overeenkomst zijn is opgenomen. De rangorde bepaalt dat Deel I voorgaat op Deel II en dat Deel II voorgaat op Deel III inclusief bijlagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven. Zie onderdeel I.F. In de inkoopdocumenten is aangegeven dat de gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven de inkoopdocumenten en onderdeel uitmaakt van de inkoopprocedure.
15	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Kunt u toelichten in hoeverre wijzigingen in het inkoopbeleid, de bijlagen en de Nota('s) van Inlichtingen tijdens de looptijd doorwerken in de overeenkomst en op welk moment deze juridisch bindend worden?	In onderdeel I.F (vijfde bullet) is opgenomen dat de betreffende bijlagen van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Daarbij is aangegeven dat het telkens de meest actuele versie van de betreffende bijlagen betreft. Wijzigingen daarin werken daarmee door in de contractuele relatie zodra die actuele versie van toepassing is.

16	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Kunt u verduidelijken hoe wordt omgegaan met tegenstrijdigheden tussen Nota van Inlichtingen en de overeenkomst, gezien de rangorde niet expliciet naar Nvl verwijst?	De Nota van Inlichtingen maakt integraal onderdeel uit van de overeenkomst, omdat zij expliciet als bijlage bij de overeenkomst is opgenomen. De rangorde bepaalt dat Deel I voorgaat op Deel II en dat Deel II voorgaat op Deel III inclusief bijlagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven. Zie onderdeel I.F. In de inkoopdocumenten is aangegeven dat de gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven de inkoopdocumenten en onderdeel uitmaakt van de inkoopprocedure.
17	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Kunt u verduidelijken in hoeverre wijzigingen in het zorginkoopbeleid, bijlagen, Nota's van Inlichtingen en jaarlijkse addenda doorwerken in de contractuele rechten en verplichtingen van zorgaanbieders zonder afzonderlijke contractonderhandeling?	In onderdeel I.F (vijfde bullet) is opgenomen dat de betreffende bijlagen van toepassing zijn en integraal onderdeel uitmaken van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorgaanbieder sluit. Daarbij is aangegeven dat het telkens de meest actuele versie van de betreffende bijlagen betreft. Wijzigingen daarin werken daarmee door in de contractuele relatie zodra die actuele versie van toepassing is. Afzonderlijke contractonderhandelingen zijn daarvoor niet vereist.
18	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Op basis van welke criteria besluit het zorgkantoor tot eenzijdige verlenging van de overeenkomst?	Of de overeenkomst verlengd wordt, zal o.a. afhangen van de vraag of het regionale inkoopbeleid Wlz 2024-2026 verlengd wordt.
19	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Op welke wijze wordt bij inzet van toezichtinstrumenten de bestuurlijke autonomie van de zorgaanbieder geborgd?	Wij kunnen uw vraag niet plaatsen. Wij beantwoorden hem daarom niet.
20	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	U stelt dat geschillen kunnen ontstaan over uitvoering van de overeenkomst. Welke procedures gelden voor geschilbeslechting, en binnen welke termijn kunnen aanbieders hun bezwaar of geschil aanhangig maken?	Bij een geschil proberen wij dit eerst samen met u op te lossen. Als dat niet lukt, kan het geschil worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering (OGZ), ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut, of aan de bevoegde rechtbank zoals in de overeenkomst bepaald. Voor de termijn voor het aanhangig maken van het geschil wordt aangesloten bij de wet of het reglement van de OGZ.
21	DEEL I.A: ALGEMENE GEGEVENS	Wat wordt precies verstaan onder 'de meest actuele versie' van bijlagen en welke versiedatum is leidend bij interpretatie?	Met 'de telkens meest actuele versie' bedoelen wij de versie van de genoemde documenten en bijlagen zoals die op dat moment geldt.

22	DEEL I.B: ZORGAANBIEDERGEBOND EN AFSPRAKEN	In artikel 1 lid 3 staat dat de zorgaanbieder niet zonder meer mag vertrouwen op ECV-certificaten. De zorgaanbieder moet nagaan of zorgverleners beschikken over de vereiste kennis en kunde. Hoe moeten zorgaanbieders dat nagaan?	De bepaling verlangt dat de zorgaanbieder, in lijn met de vergewisplicht (Wkkgz), zelfstandig en actief de geschiktheid van zorgverleners vaststelt en daarbij niet uitsluitend afgaat op EVC-certificaten. De overeenkomst schrijft niet voor op welke wijze dit moet gebeuren; dit is aan de aanbieder, passend bij de geldende wet- en regelgeving. Overigens stond in de op 1 juni jl. gepubliceerde versie van de overeenkomst abusievelijk ECV; dit is gecorrigeerd in EVC.
23	Artikel 1: Hulpmiddelen	Hulpmiddelen die nodig zijn.... het budget van de instelling. Graag ontvangen wij een overzicht van de hulpmiddelen die betaald moeten worden door de zorgaanbieder vanuit de Wlz per financieringsvorm (verblijf met behandeling, zonder behandeling, vpt en mpt) vanaf 2027.	Wij hebben geen volledige lijst. Voor meer informatie verwijzen wij naar https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2020/12/04/handreiking-hulpmiddelen-voor-clienten-met-een-wlz-indicatie .
24	Artikel 1: Hulpmiddelen	Waarom zijn de leden 1 t/m 4 expliciet toegevoegd aan het contract aangezien hulpmiddelen conform wetgeving en beleidregels toch bekend zijn?	Deze zijn toegevoegd omdat ze betrekking hebben op de Wlz-zorglevering.
25	Artikel 1: Hulpmiddelen	Wat is de procedure indien geen passende gecontracteerde leverancier beschikbaar is?	Als het gaat om bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen, werken zorgaanbieders samen met de door zorgkantoren gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers. Als u geen passende gecontracteerd hulpmiddelenleverancier kan vinden, neem dan contact op met uw inkoper.
26	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Begrip 11: Valt een uitzendbureau onder onderaannemers? Er komt een zorgverlener, maar het contract wordt gesloten met het uitzendbureau en dat is geen "zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er".	Ja. Als u een contract sluit met een uitzendbureau en via dat contract (een deel van) de daadwerkelijke zorg namens u wordt verleend, kwalificeert dit als onderaanneming. De onderaannemer moet vooraf bij ons worden gemeld; wij hebben het recht onderaannemers te weigeren. De inschakeling blijft voor uw eigen rekening en risico en doet niet af aan uw verplichtingen uit de overeenkomst.
27	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Dossierhouderschap: welke verantwoordelijkheden / verplichtingen heeft de dossierhouder?	Dit kunt u lezen in het Voorschrift zorgtoewijzing.
28	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Hoe denkt het zorgkantoor dat een zorgaanbieder hierop kan toezien?	Deze vraag is niet zelfstandig te beantwoorden, omdat niet duidelijk is waar "hierop" naar verwijst. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.

29	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Hoe kijkt het zorgkantoor naar een zorgprofessional die zelf verantwoordelijk is voor de zorg die hij levert en geregistreerd staat in het BIG register?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
30	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Hoe verhoudt deze extra controle zich tot het verminderen van de administratieve last in de zorg?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
31	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Op pagina 11 onder 20. zorgplan staat: met als uitgangspunt van de WLZ-indicatie. Wens en zorgbehoefte komen niet altijd overeen. Ons inziens dient naast wens ook de door de zorgverlener vast te stellen zorgbehoefte genoemd te worden als uitgangspunt.	Wij passen deze omschrijving niet aan. In de overeenkomst staat dat het zorgplan de vastlegging is van de te verlenen zorg op maat zoals afgesproken tussen klant, naasten en professional, met als uitgangspunt de wens van de klant op basis van de WLZ-indicatie. Daarmee is de professional die de zorgbehoefte vaststelt al onderdeel van de totstandkoming van het zorgplan.
32	DEEL III: ALGEMEEN DEEL (intentie, afbakening, begrippen)	Op welke wijze borgt het zorgkantoor dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt bij de zorgaanbieder?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
33	Artikel 1: Zorglevering	"Personeel kan cliënten in tenminste de Nederlandse taal te woord staan." : In hoeverre wordt er ruimte geboden voor medewerkers waarbij de taalvaardigheid nog in ontwikkeling is, en hoe wordt dit beoordeeld in relatie tot kwaliteit van zorg en inzet van zij-instromers?	De zorgaanbieder moet voldoende gekwalificeerd personeel inzetten om klantgerichte, voldoende kwalitatief goede, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren; daarbij moet personeel (potentiële) klanten en het zorgkantoor ten minste in de Nederlandse taal te woord kunnen staan. Hoe u medewerkers met taalvaardigheid in ontwikkeling of zij-instromers inzet, moet dus passen binnen deze verplichting en de geldende professionele standaard.
34	Artikel 1: Zorglevering	betreft lid 6 dient er een overeenkomst of een convenant te worden opgesteld met huisartsen in de regio? Is er een format voor?	Ja. U moet afspraken hebben met een vaste huisartsenpraktijk of een gelijkwaardig arrangement; de samenwerking moet zijn vastgelegd volgens het Convenant Samenwerking MGZ. De samenwerkingsovereenkomst moet overeenkomen met, of vergelijkbaar zijn met, de Samenwerkingsovereenkomst huisarts(praktijk) en (geclusterde) woonvoorziening of de Modelonderaannemingsovereenkomst Huisarts(praktijk) en zorgorganisatie van de LHV.
35	Artikel 1: Zorglevering	Bij lid 8 wordt gesproken over het invullen en actueel houden van de gegevens op de Zorgatlas. Wat verwacht het Zorgkantoor van de aanbieder ten aanzien van Zorgkaart Nederland?	Wij vragen u om de Zorgatlas actueel te houden, er is geen aanvullende verplichting voor Zorgkaart Nederland vastgelegd. U vult in de Zorgatlas verdere gegevens van uw organisatie in en houdt deze actueel, waaronder het actuele zorgaanbod en de locatiekenmerken per locatie.

36	Artikel 1: Zorglevering	De voorgestelde toelichting ("De zorgaanbieder dient ... kennis en kunde") is herformulering van vergewisplicht en voegt geen inhoudelijke verrijking toe. In VVT komen EVC-trajecten nauwelijks voor, waardoor verwijzing niet goed aansluit bij praktijk. Kunt u toelichten waarom aanvulling is opgenomen en wat aanleiding is om dit expliciet te benadrukken?	De aanvulling is opgenomen om te benadrukken dat u bij het aannemen van nieuwe zorgverleners zelf de geschiktheid moet onderzoeken en niet zonder meer mag vertrouwen op EVC-certificaten, omdat de betrouwbaarheid daarvan niet kan worden gewaarborgd. De aanleiding is het tegengaan van instroom van ongekwalificeerde zorgverleners in de zorg. Deze bepaling geldt algemeen voor zorgaanbieders; dat EVC-trajecten in de VVT weinig voorkomen, maakt de verplichting om kennis en kunde te verifiëren niet anders.
37	Artikel 1: Zorglevering	Het is de zorgaanbieder in relatie tot de vergewisplicht niet toegestaan om zonder meer te vertrouwen op ECV-certificaten nu de betrouwbaarheid daarvan niet kan worden gewaarborgd. Mogen wij er vanuit gaan dat het hier gaat om EVC-certificaten?	Ja. Waar in dit lid "ECV-certificaten" staat, bedoelen wij "EVC-certificaten". Wij zullen dit aanpassen.
38	Artikel 1: Zorglevering	Het niet voldoen aan de vergewisplicht een reden kan zijn voor maatregelen. Aangezien deze plicht al wettelijk volgt uit de Wkkgz, kunt u toelichten hoe deze contractuele bepaling zich daartoe verhoudt, of sprake is van een aanvullende verplichting, welke maatregelen mogelijk zijn, en op basis van welke criteria en procedure (incl. hoor- en wederhoor en hersteltermijnen) dit wordt vastgesteld?	De bepaling sluit aan bij de wettelijke vergewisplicht uit de Wkkgz en maakt deze verplichting onderdeel van de contractuele zorgleveringsafspraken; zij legt daarnaast vast dat u niet zonder meer op EVC-certificaten mag vertrouwen en zelf moet nagaan of zorgverleners over de vereiste kennis en kunde beschikken. Als vaststaat dat contractuele afspraken niet worden nagekomen en verzuim is ingetreden, kunnen wij één of meer maatregelen nemen. Zie daarvoor artikel 18 Niet nakoming.
39	Artikel 1: Zorglevering	Hfst. 1, art. 1, lid 3: "De zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel." Hoe wordt "voldoende gekwalificeerd personeel" concreet beoordeeld (bijvoorbeeld via KPI's, normen of audits), en welke ruimte is er voor organisaties die werken met alternatieve functiemixen en zij-instromers?	Wij toetsen dit aan de verplichting dat u goede zorg levert volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard en handelt volgens geldende wet- en regelgeving, waaronder Wkkgz, Wzd en Wvggz. Er is geen afzonderlijke kwantitatieve norm of vaste toetsingsmethode voor "voldoende" vastgelegd.
40	Artikel 1: Zorglevering	Hoe toetst het zorgkantoor of sprake is van "voldoende gekwalificeerd personeel"?	Wij toetsen dit aan de verplichting dat u goede zorg levert volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard en handelt volgens geldende wet- en regelgeving, waaronder Wkkgz, Wzd en Wvggz. Er is geen afzonderlijke kwantitatieve norm of vaste toetsingsmethode voor "voldoende" vastgelegd.

41	Artikel 1: Zorglevering	Hoe vertaalt het zorgkantoor IGJ-beoordelingen naar contractuele consequenties?	Wij vertalen een IGJ-beoordeling niet automatisch naar een contractuele consequentie, maar het kan wel. Het zorgkantoor en IGJ hebben ieder hun eigen rol. Een bestuursrechtelijke maatregel van de IGJ wordt in ieder geval aangemerkt als risicovolle omstandigheid voor de continuïteit van zorg, waarbij u ons direct informeert en relevante stukken verstrekt. Bij gereede twijfel kunnen wij onderzoek (laten) instellen.
42	Artikel 1: Zorglevering	Hoe wordt binnen het Wlz-inkoopbeleid de aanvullende verificatie door het zorgkantoor geconcretiseerd en welke documentatie zorgaanbieders structureel dienen te bewaren om hieraan te voldoen?	Wij kunnen niet precies duiden wat u bij deze vraag verstaat onder 'aanvullende verificatie' en kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
43	Artikel 1: Zorglevering	Hoe wordt binnen het Wlz-inkoopbeleid de minimale deskundigheid van personeel bepaald en getoetst, inclusief vereiste kwalificaties per functie en aantoonbare scholing, en hoe wordt daarbij rekening gehouden met arbeidsmarktkrapte?	Dit valt niet onder het Wlz-inkoopbeleid, maar o.a. onder de Wkkgz en Wet BIG.
44	Artikel 1: Zorglevering	In artikel 1 lid 3 staat dat de zorgaanbieder niet zonder meer mag vertrouwen op EVC-certificaten. De zorgaanbieder moet nagaan of zorgverleners beschikken over de vereiste kennis en kunde. Hoe moeten zorgaanbieders dat nagaan?	Wij schrijven niet voor op welke specifieke wijze u dit moet nagaan. U moet bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid onderzoeken. U moet zelf nagaan of de zorgverlener beschikt over de vereiste kennis en kunde.
45	Artikel 1: Zorglevering	Indien het zorgkantoor niet bereid is het Voorschrift Zorgtoewijzing gelijktijdig met de contractstukken te publiceren. Welke juridische grondslag rechtvaardigt het om van aanbieder te vragen een bindende overeenkomst aan te gaan zonder volledige kennis van de toepasselijke voorwaarden? Kunt u dit toelichten?	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 hoofdreden om het Voorschrift zorgtoewijzing later te publiceren is tweeledig. Ten eerste worden de nieuwe beleidsregels van de NZa m.b.t. de Wlz pas op of na 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.

46	Artikel 1: Zorglevering	Inzake vergewisplicht ZA: Kunt u toelichten waarom deze aanvulling is opgenomen en wat de aanleiding is om dit expliciet te benadrukken? Is deze toevoeging gebaseerd op een specifieke risico-inschatting of beleidsmatige overweging, of kan dit weg worden gelaten om de tekst algemener en praktijkgericht te houden?	Wij laten deze aanvulling staan. De bepaling verduidelijkt dat u bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid moet onderzoeken conform de vergewisplicht uit de Wkkgz, om instroom van ongekwalificeerde zorgverleners tegen te gaan. Daarbij mag u niet zonder meer vertrouwen op EVC-certificaten, omdat de betrouwbaarheid daarvan niet kan worden gewaarborgd; u moet zelf nagaan of zorgverleners beschikken over de vereiste kennis en kunde. Achterliggende reden om deze bepaling inzake de vergewisplicht in de overeenkomst op te nemen, is de algemene constatering dat criminelen in de zorg infiltreren met valse diploma's.
47	Artikel 1: Zorglevering	Kan worden verduidelijkt op basis van welke norm het zorgkantoor beoordeelt of de zorgaanbieder "voldoende toezicht" heeft gehouden? Welke mate van detailcontrole is volgens het zorgkantoor proportioneel?	Het is onduidelijk op welk artikel of paragraaf deze vraag betrekking heeft. Wij beantwoorden hem daarom niet.
48	Artikel 1: Zorglevering	Kunt u toelichten waarom deze aanvulling is opgenomen en wat de aanleiding is om dit expliciet te benadrukken? Is deze toevoeging gebaseerd op een specifieke risico-inschatting of beleidsmatige overweging, of kan dit weg worden gelaten om de tekst algemener en praktijkgericht te houden?	Deze vraag is niet zelfstandig te beantwoorden, omdat niet duidelijk is op welke aanvulling of tekstpassage u doelt. Daarom beantwoorden wij uw vraag niet.
49	Artikel 1: Zorglevering	Met de schaarste aan verblijfsplekken en ambulante zorg vraagt de rol van de dossierhouder steeds meer tijd. Deze tijd wordt niet vergoed omdat veel cliënten (nog) niet in zorg zijn bij de aanbieder. Op welke wijze kunnen afspraken gemaakt worden over passende vergoeding van deze doorgecontracteerde taken van het zorgkantoor?	Deze vraag heeft geen betrekking op de overeenkomst. Wij beantwoorden hem daarom niet. Neem contact op met uw inkoper voor verdere vragen over knelpunten in het dossierhouderschap.
50	Artikel 1: Zorglevering	Op basis van welke criteria beoordeelt het zorgkantoor verzoeken tot afwijking van geïndiceerde zorg?	Wij beoordelen verzoeken tot afwijking van geïndiceerde zorg aan de hand van de instemming van de klant, schriftelijke goedkeuring door het zorgkantoor, het Voorschrift zorgtoewijzing en de kaders van de indicatie.
51	Artikel 1: Zorglevering	U voegt "per locatie" toe bij de verplichting tot actualisatie van gegevens. Op welke gronden acht u dit noodzakelijk, en hoe verhoudt deze verplichting zich tot aanbieders met meerdere of flexibel georganiseerde zorglocaties?	Wij vragen u de gevraagde gegevens per locatie in Zorgatlaswz.nl in te vullen en actueel te houden. De overeenkomst bevat geen afzonderlijke uitzondering voor aanbieders met meerdere of flexibel georganiseerde zorglocaties; ook dan geldt dat de gegevens per locatie actueel moeten zijn.

52	Artikel 1: Zorglevering	Wat wordt verstaan onder 'knelpunten' die moeten worden gemeld aan het zorgkantoor?	Hiermee bedoelen we belemmeringen die continuïteit van zorglevering op klantniveau in de weg (kunnen) zitten.
53	Artikel 1: Zorglevering	Welke concrete maatregelen kan het zorgkantoor opleggen bij een tekortkoming in de vergewisplicht?	Als vaststaat dat u de afspraken uit de overeenkomst niet nakomt, kunnen wij één of meer maatregelen nemen. Zie daarvoor artikel 18: Niet nakoming.
54	Artikel 1: Zorglevering	Welke consequenties volgen bij niet-tijdige of onvolledige invoer op Zorgatlas?	Wij vragen iedere zorgaanbieder die voor 2027 wordt gecontracteerd om uiterlijk 1 december 2026 de gegevens in de Zorgatlas te vullen, te controleren en/of te actualiseren, en daarna wijzigingen continu bij te houden. Bij niet nakoming geldt artikel 18 van de overeenkomst.
55	Artikel 1: Zorglevering	Welke minimale bewijsstukken worden verwacht om te voldoen aan de vergewisplicht?	Wij schrijven geen minimale set bewijsstukken voor. U moet bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid onderzoeken en nagaan of zij beschikken over de vereiste kennis en kunde; alleen vertrouwen op EVC-certificaten is daarbij niet toegestaan. In het artikellid is een link opgenomen naar een webpagina van de Rijksoverheid over de vergewisplicht. Wij adviseren u om van de informatie op die website kennis te nemen.
56	Artikel 2: Mondzorg	Controle door de zorgaanbieder kan alleen plaatsvinden als de benodigde informatie wordt aangeleverd door de mondzorgaanbieder. In ons geval weigert de mondzorgaanbieder dit uit hoofde van AVG. Mogen wij erop vertrouwen dat het zorgkantoor ook een plicht tot informatieverstrekking legt bij de mondzorgaanbieder en dat weigering van inzage niet alleende verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder?	Ja, deze plicht volgt uit de Algemene voorwaarden inzake rechtstreeks declareren mondzorg in het kader van de Wlz (Algemene Voorwaarden Mondzorg Wlz), waar de mondzorgprofessionals expliciet mee moeten hebben ingestemd, willen zij Wlz-mondzorg kunnen declareren bij het zorgkantoor.
57	Artikel 2: Mondzorg	De vragen die zijn gesteld op basis van de overeenkomst wlz 2027-2029 zijn ook van toepassing op de overeenkomst wlz 2027. In het kader van administratieve lastenverlichting leek ons dit een mooie oplossing om te voorkomen dat we alle vragen opnieuw moeten gaan stellen.	Ja, dat kan. Voor zover de vragen inhoudelijk zien op bepalingen die in beide overeenkomsten gelijk/identiek zijn, betrekken wij deze ook bij de overeenkomst Wlz 2027. Waar de overeenkomst Wlz 2027 afwijkt van de overeenkomst Wlz 2027-2029, blijft die afwijking bepalend; de overeenkomst Wlz 2027 is een eenjarige overeenkomst en bevat aanvullende voorwaardelijke bepalingen voor nieuwe zorgaanbieders.

58	Artikel 2: Mondzorg	Hfst. 1, art. 2, lid 10 "Het beleidskader stelt dat de zorgaanbieder de AO/IC moet aanpassen ten aanzien van mondzorgdeclaraties. Kan het zorgkantoor verduidelijken hoe proportionaliteit wordt gewaarborgd voor kleinere zorgaanbieders? "	Deze plicht geldt voor elke zorgaanbieder, ook een kleinere.
59	Artikel 2: Mondzorg	Hfst. 1, art. 2, lid 9: Het beleidskader vereist dat de door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt vastgelegd in zowel het cliëntdossier van de Wlzzorgaanbieder als dat van de mondzorgprofessional. Er is gezegd sprake van dubbele dossiervoering. Kan het zorgkantoor verduidelijken of koppelingen of samenvattingen hierin volstaan?	Wij vragen dat de zorgaanbieder en de mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional vooraf schriftelijke afspraken maken over de wijze van vastlegging en rapportage van de geleverde mondzorg in beide zorgdossiers. In de Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg, bijlage 1 van het Landelijk Beleidskader Wlz 2027 is onder punt 3 van het Thema 2: zorglevering bepaald dat in (dag)rapportages de geleverde mondzorg aan de Wlz-verzekerde is vastgelegd. De mondzorgprofessional bewaart de (dag)rapportages over de geleverde mondzorg aan de Wlz-verzekerde in de eigen zorgadministratie en de Wlz-zorgaanbieder legt de (dag)rapportages van de door de mondzorgprofessional geleverde zorg vast in het dossier van de Wlz-verzekerde dat bij hemzelf aanwezig is. Een samenvatting volstaat niet. Verder hebben wij niet een goed beeld bij wat u met 'koppelingen' bedoelt en hoe wij ons dat in de praktijk moeten voorstellen.
60	Artikel 2: Mondzorg	Hoe ziet het zorgkantoor de toezichthoudende rol van de zorgaanbieder op mondzorg, wanneer deze wel verantwoordelijk is voor passende zorg volgens richtlijnen, maar juist externe expertise inhuurt vanwege ontbrekende inhoudelijke deskundigheid om die zorg zelf te beoordelen?	Wij verwachten niet dat u de inhoudelijke deskundigheid van de mondzorgprofessional overneemt. U blijft wel verantwoordelijk voor de organisatie, vastlegging en controle: u maakt schriftelijke samenwerkingsafspraken, borgt controles in uw AO/IC op feitelijke en doelmatige/passende levering, organiseert periodiek overleg en legt rapportages en evaluaties vast in het zorgdossier. De mondzorgprofessional levert de inhoudelijke mondzorg; u ziet erop toe dat richtlijnen worden toegepast en dat passende zorg wordt geleverd.

61	Artikel 2: Mondzorg	In lid 10 staat: "de zorgaanbieder ziet....dan daadwerkelijk geleverd". Kunt u aangeven hoe de zorgaanbieder daarop kan toe zien als de door de tandarts geleverde zorg in de eigen praktijk van de tandarts geboden wordt?	Ook als de zorg in de eigen praktijk van de tandarts wordt geleverd, blijft voor verblijf met behandeling door dezelfde instelling gelden dat u erop toeziet dat niet meer tijd en geen andere of meer prestaties bij het zorgkantoor worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd. Wij verwachten dat u hierover afspraken maakt met de mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional en uw AO/IC daarop inricht, bijvoorbeeld dat u de mondzorg declaraties te zien krijgt en door de mondzorgprofessional in staat gesteld wordt de betreffende controles uit te voeren.
62	Artikel 2: Mondzorg	In lid 9 stelt u dat de mondzorgaanbieder een onderaannemer is van de zorgaanbieder. Hoe rijmt u dat met het feit dat de zorgaanbieder rechtstreeks declareert?	Dat is niet tegenstrijdig. De mondzorgaanbieder geldt voor de uitvoering van de Wlz-mondzorg als onderaannemer van de zorgaanbieder. Dat de mondzorgprofessional in de hoedanigheid van onderaannemer rechtstreeks Wlz mondzorg mag declareren bij het zorgkantoor is gebaseerd op de NZa Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2026 - NR/REG-2614a, meer specifiek: artikel 4 lid 5.
63	Artikel 2: Mondzorg	In lid 9 stelt u dat de mondzorgaanbieder een onderaannemer is van de zorgaanbieder. Verwacht u dat de zorgaanbieder de naam/namen van mondzorgaanbieders vermeld in bijlage 4?	Ja. Mondzorgprofessionals en mondzorgpraktijken die u inzet voor tandheelkundige zorg of professionele mondzorg voor klanten met Verblijf met Behandeling worden als onderaannemers beschouwd en moeten worden meegenomen bij de opgave van onderaannemers in bijlage 4A Bestuursverklaring en het bijbehorende Excel-format 'Opgave onderaannemers 2027'. Deze onderaanneming telt niet mee voor de bepaling van het percentage onderaanneming.
64	Artikel 2: Mondzorg	Kan het zorgkantoor bevestigen dat de feitelijke administratieve vastlegging en aanlevering van mondzorginformatie in het cliëntdossier door de mondzorgprofessional kan worden uitgevoerd, mits deze afspraken zijn vastgelegd en geborgd in het zorgadministratieproces van de Wlz-zorgaanbieder?	Dat kunnen we bevestigen, als bedoeld is dat de mondzorgprofessional registreert in de administratie/het cliëntdossier van de Wlz-zorgaanbieder en toegang tot onderdelen die niet relevant zijn voor de mondzorgprofessional zijn afgeschermd.

65	Artikel 2: Mondzorg	Kan het zorgkantoor verduidelijken welke concrete controles van zorgaanbieders worden verwacht op tijdsbesteding, prestaties en rechtmatigheid van declaraties door mondzorgprofessionals, hoe dit zich verhoudt tot hun eigen professionele verantwoordelijkheid, welke norm geldt voor 'voldoende toezicht' en welke eisen of richtlijnen gelden voor de inrichting van de AO/IC?	Wij verwachten dat u vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken maakt met de mondzorgprofessional, waaronder afspraken over inzicht in en uitleg over geleverde en gedeclareerde mondzorg en over de frequentie en wijze van interne controles. Uw AO/IC-plan moet beschrijven hoe u controleert op feitelijke en doelmatige/passende levering en hoe vastlegging in het zorgadministratieproces is geborgd. De mondzorgprofessional behoudt de eigen professionele verantwoordelijkheid; u ziet erop toe dat IGJ-richtlijnen en de stand van wetenschap en praktijk worden toegepast en dat niet meer tijd of andere/meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd.
66	Artikel 2: Mondzorg	Kan het zorgkantoor verduidelijken welke minimale gegevens in beide dossiers aanwezig moeten zijn of dat koppelingen of samenvattingen volstaan?	Wij schrijven niet voor welke minimale gegevens in beide cliëntdossiers aanwezig moeten zijn. Vastgelegd is dat de door de mondzorgprofessional geleverde zorg zowel in het cliëntdossier van de Wlz-zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional wordt vastgelegd. Daarnaast is de mondzorgprofessional verantwoordelijk voor de inhoud van het tandheelkundig zorgplan en ziet de Wlz-zorgaanbieder erop toe dat daarin de benodigde zorg is beschreven. Uit de Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg volgt dat de geleverde mondzorg is vastgelegd in (dag)rapportages. De mondzorgprofessional bewaart deze rapportages in de eigen zorgadministratie, terwijl de Wlz-zorgaanbieder dezelfde rapportages ook opneemt in het cliëntdossier van de Wlz-verzekerde. Naar onze inschatting volstaan samenvattingen hiervoor niet; daarnaast is onduidelijk wat wordt bedoeld met "koppelingen" en hoe deze in de praktijk zouden functioneren.

67	Artikel 2: Mondzorg	lid 10; De zorgaanbieder ziet erop toe dat richtlijnen van IGJ etc worden toegepast ...de zorg het meest passend is ..dat deprofessional (diens onderaannemer) niet meer tijd en geen andere .. prestaties declareert. Wij zijn het hier niet mee eens, want o.a. een onevenredig zware (administratieve) belasting en niet passend, mede omdat men rechtstreeks bij het zorgkantoor declareert. Kunt u dit aanpassen?	Nee, wij passen dit niet aan. Ook als de inzet van mondzorgprofessionals bovenbudgettair en rechtstreeks wordt vergoed aan de declarerende mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional, blijft gelden dat u met de mondzorgaanbieder of mondzorgprofessional vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken maakt en erop toeziet dat richtlijnen worden toegepast, passende zorg wordt geleverd en niet meer tijd of andere of meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd.
68	Artikel 2: Mondzorg	lid 8 betreffende ruimte voor de mondzorgprofessional: bent u niet van mening dat de kosten voor gebruik en inrichting van de ruimte in de instelling behoort tot de afspraken tussen de zorgaanbieder en mondzorgprofessional en dat deze op die manier in deze overeenkomst geborgd kan worden?	Nee. Als een mondzorgprofessional een klant in de Wlz-instelling behandelt en gebruikmaakt van een praktijkruimte van de instelling, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor (de kosten van) de inrichting van de tandartskamer, de gebruiks- en verbruiksmaterialen en de aanwezigheid van een tandartsassistent. Zie ook de informatiekaart Wlz-mondzorg van de NZa.
69	Artikel 2: Mondzorg	lid 9: Wij betwijfelen of een mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional zich als onderaannemer van de zorgaanbieder ziet en derhalve vanuit dat principe vooraf geen schriftelijke samenwerkingsafspraken in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst over de uit te voeren werkzaamheden zal aangaan. Hoe ziet het zorgkantoor de verantwoordelijkheid van aanbieders in dat geval?	In de Algemene voorwaarden inzake rechtstreeks declareren mondzorg in het kader van de Wlz (Algemene Voorwaarden Mondzorg Wlz), waar de mondzorgprofessionals expliciet mee moeten hebben ingestemd, willen zij Wlz-mondzorg kunnen declareren bij het zorgkantoor, is dit benoemd en ook dat de mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional en de Wlz-instelling samenwerkingsafspraken moeten maken. U kunt de mondzorgprofessional desgewenst hierop wijzen.
70	Artikel 2: Mondzorg	M.b.t. controleplicht op gebied van tijdsbesteding, prestaties en rechtmatigheid van declaraties van mondzorgprofessionals signaleren wij dat veel instellingen geen tandheelkundige expertise hebben, geen inzage in behandelinhoud en geen capaciteit voor detailcontrole. Kan worden verduidelijkt o.b.v. welke norm het zorgkantoor beoordeelt of zorgaanbieder "voldoende toezicht" heeft gehouden?	Voldoende toezicht betekent dat u vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken maakt met de mondzorgprofessional, daarin afspraken opneemt over inzicht in en uitleg over de geleverde en gedeclareerde mondzorg, de frequentie en wijze van interne controles vastlegt, en uw AO/IC-plan laat voorzien in controle op feitelijke én doelmatige/passende levering. Ook moet u erop toezien dat niet meer tijd en geen andere of meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd.

71	Artikel 2: Mondzorg	Mbt de controleplicht die bij zorgaanbieders wordt tav mondzorgprofessionals signaleren wij dat veel instellingen geen tandheelkundige expertise hebben, evenals meestal geen inzage in de behandelinhoud en geen capaciteit voor detailcontrole. Kan het zorgkantoor verduidelijken hoe dit zich verhoudt tot de eigen verantwoordelijkheid van de mondzorgprofessional?	U moet vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken maken met de mondzorgprofessional, borgen dat geleverde mondzorg in beide dossiers wordt vastgelegd, en in uw AO/IC opnemen hoe u controleert op feitelijke, rechtmatige en doelmatige/passende levering. De Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg vragen daarbij om afspraken over het geven van inzicht en uitleg door de mondzorgprofessional; het gaat dus om ingerichte samenwerking en interne controle, niet om het overnemen van de tandheelkundige beroepsverantwoordelijkheid.
72	Artikel 2: Mondzorg	Met betrekking tot de controleplicht die bij zorgaanbieders wordt neergelegd op het gebied van tijdsbesteding, prestaties en rechtmatigheid van declaraties van mondzorgprofessionals signaleren wij dat veel instellingen geen tandheelkundige expertise hebben, evenals meestal geen inzage in de behandelinhoud en geen capaciteit voor detailcontrole. Kan het zorgkantoor verduidelijken hoe dit zich verho	Het is voor ons niet duidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
73	Artikel 2: Mondzorg	U stelt dat de Wlz-aanbieder de praktijkinrichting, materialen en een assistent bekostigt als de mondzorgprofessional onze ruimte gebruikt. Bij een eigen praktijk geldt dit niet. Waarom bepaalt de behandellocatie wie de kosten draagt? Het is onlogisch dat de Wlz-instelling financieel opdraait voor het in-huis faciliteren van deze zorg, wat juist in het belang is van de cliënt.	De kosten voor praktijkinrichting zijn belegd in de prestatie van verblijf inclusief behandeling. De mondzorgprofessional ontvangt dan een lager tarief waar deze kosten niet in belegd zijn. Als de mondzorgprofessional mondzorg levert in de eigen praktijk, is een hoger tarief van toepassing voor de mondzorg. Zie ook de informatiekaart Wlz-mondzorg van de NZa.
74	Artikel 2: Mondzorg	U verwacht minimaal 1 x per jaar een interne audit naar de kwaliteit, waarbij de drie pijlers uit het relevante toetsingskader mondzorg van de IGJ aan de orde komen. U kunt toetsen of de audits zijn uitgevoerd. Daartoe zorgaanbieder op eerste verzoek de betreffende auditrapportages. Dit is onevenredig zwaar; hoe verhoudt de werkwijze zich tot het voorkomen van extra administratieve lastendruk?	Wij zien dit niet als een extra verantwoordingsverplichting, maar als een gerichte toets op een bestaande kwaliteitsverwachting bij Wlz-mondzorg. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat minimaal één keer per jaar een interne audit naar de kwaliteit van mondzorg wordt uitgevoerd; wij kunnen toetsen of die audit is uitgevoerd en kunnen daarvoor de auditrapportage opvragen.

75	Artikel 2: Mondzorg	Veel instellingen hebben geen tandheelkundige expertise in huis, geen inzage in behandelinhoud en geen capaciteit voor detailcontrole. Kan het zorgkantoor verduidelijken welke concrete controlewerkzaamheden van zorgaanbieders worden verwacht ten aanzien van door mondzorgprofessionals gedeclareerde prestaties en tijdsbesteding?	Wij verwachten niet dat u de tandheelkundige behandeling op inhoudelijk detail controleert alsof u zelf mondzorgprofessional bent. U moet wel in de samenwerkingsovereenkomst en in uw AO/IC borgen hoe u controleert dat gedeclareerde mondzorg feitelijk is geleverd en doelmatig/passend is, dat niet meer tijd of andere/meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd, dat vastlegging in beide dossiers plaatsvindt en dat de mondzorgprofessional inzicht en uitleg geeft over geleverde en gedeclareerde zorg en u in staat stelt de betreffende controles uit te voeren.
76	Artikel 2: Mondzorg	Verwacht het zorgkantoor van Wlz-zorgaanbieders uitsluitend procesmatige borging zodat tandheelkundige afwegingen navolgbaar worden gemaakt, of ook een inhoudelijke beoordeling van deze afwegingen?	Wij verwachten niet uitsluitend procesmatige borging. U moet vooraf samenwerkingsafspraken maken en de geleverde mondzorg vastleggen, maar u moet er ook op toezien dat de mondzorgprofessional de geldende richtlijnen en de stand van wetenschap en praktijk toepast en de meest passende zorg voor de klant verleent. Daarnaast moet uw AO/IC borgen dat niet meer tijd en geen andere of meer prestaties worden gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverd.
77	Artikel 2: Mondzorg	Vraag 23 deel 1 van 2 Met betrekking tot de controleplicht die bij zorgaanbieders wordt neergelegd op het gebied van tijdsbesteding, prestaties en rechtmatigheid van declaraties van mondzorgprofessionals signaleren wij dat veel instellingen geen tandheelkundige expertise hebben, evenals meestal geen inzage in de behandelinhoud en geen capaciteit voor detailcontrole.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.

78	Artikel 2: Mondzorg	Welke minimale eisen gelden voor 'adequate organisatie' van mondzorg?	Voor adequate organisatie van mondzorg verwachten wij dat u de dagelijkse mondverzorging adequaat organiseert en afspraken daarover aantoonbaar vastlegt in het zorgplan. Bij verblijf met behandeling door dezelfde instelling moet daarnaast tandheelkundige zorg/professionele mondzorg beschikbaar zijn. Hiervoor brengt u de klant tijdig in contact met een mondzorgprofessional en legt u vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken vast. De andere eisen zijn terug te vinden in de overige artikelliden van artikel 2 Mondzorg, in paragraaf 2.2. Mondzorg (V&V, GZ en GGZ) van bijlage 2 – Landelijk Beleidskader Wlz 2027 en in Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz mondzorg, van het Landelijk Beleidskader Wlz 2027.
79	Artikel 2: Mondzorg	Zorgaanbieders worden verplicht om minimaal jaarlijks interne audits uit te voeren op de kwaliteit van mondzorg. Kan het zorgkantoor verduidelijken welke concrete eisen aan deze audits worden gesteld?	Wij stellen geen aanvullende concrete vorm- of inhoudseisen aan deze interne audits vast. De audit moet minimaal één keer per jaar plaatsvinden en de drie pijlers uit het relevante IGJ-toetsingskader mondzorg behandelen: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverleners, en sturen op kwaliteit en veiligheid. Wij kunnen toetsen of de audits zijn uitgevoerd en u moet op eerste verzoek de auditrapportages verstrekken.
80	Artikel 3: Continuïteit van de zorglevering	In welke situaties verwacht het zorgkantoor dat personeelsproblemen actief gemeld worden?	Wij verwachten dat u personeelsproblemen actief meldt zodra die leiden tot knelpunten in de continuïteit van zorglevering op klantniveau of wanneer sprake is van risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening kunnen bedreigen.
81	Artikel 3: Continuïteit van de zorglevering	Op basis van welke criteria bepaalt het Zorgkantoor dat sprake is van omstandigheden die een meldplicht triggeren?	De meldplicht geldt bij risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze (kunnen) bedreigen, met name financieel of zorginhoudelijk. De continuïteit van zorg wordt in ieder geval als risicovol beschouwd bij een negatieve RAK, materieel negatieve exploitatieresultaten in de laatste drie jaar, liquiditeitsproblemen, bestuurlijke onrust, of een bestuursrechtelijke maatregel van de IGJ dan wel een tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel.

82	Artikel 3: Continuïteit van de zorglevering	Wanneer beschouwt het zorgkantoor personeelstekorten als een risico voor de continuïteit van zorg?	Als er geen passende, kwalitatief voldoende zorg geleverd kan worden.
83	Artikel 3: Continuïteit van de zorglevering	Wanneer wordt 'gerede twijfel' vastgesteld om extern onderzoek te starten?	Dit is een open norm die wordt ingevuld aan de hand van omstandigheden van het geval, en op elk moment kan ontstaan.
84	Artikel 3: Continuïteit van de zorglevering	Welke rol speelt personele bezetting in de beoordeling, welke minimale personeelsbezetting wordt verwacht en welke ruimte krijgen organisaties bij arbeidsmarktkrapte of personeelstekorten?	Zorgaanbieders worden geacht passende en kwalitatief voldoende zorg te leveren. We kunnen geen eenduidige minimale personeelsbezetting aangeven, deze verschilt afhankelijk van de omstandigheden.
85	Artikel 4: Wachttijden	Hoe kijkt het zorgkantoor naar de norm van wachttijd als leidend principe voor plaatsing, versus de praktijk waarin door acute instroom vaker urgent wordt geplaatst, waardoor stabielere cliënten langer wachten en normen worden overschreden?	De wachttijd is in beginsel bepalend voor de volgorde waarin klanten in zorg worden genomen, maar urgentie moet daarbij worden meegewogen. Acute instroom kan dus voorgaan wanneer de situatie dat vraagt; tegelijk blijft het uitgangspunt dat zorgverlening in beginsel binnen de streefnormen start. Ga met uw inkoper in gesprek over knelpunten in de plaatsing van cliënten.
86	Artikel 4: Wachttijden	Hoe wordt de Treeknorm concreet toegepast op de GGZ-prestaties?	Voor de GGZ Wlz geldt geen treeknorm.
87	Artikel 4: Wachttijden	Kunt u nader uitleggen waarom het artikel m.b.t. de treeknorm is opgenomen voor de VG sector?	De Treeknormen zijn vastgelegde normen voor alle Wlz-sectoren.
88	Artikel 5: Klantenstop	Bij een eventuele klantenstop geeft u aan dat er altijd toestemming moet zijn van het Zorgkantoor. We gaan ervan uit dat er nog steeds overleg mogelijk is mocht aanbieder een klantenstop noodzakelijk nodig achten en we met u in overleg kunnen treden. Kunt u dit bevestigen?	Ja, overleg is dan ook mogelijk.
89	Artikel 5: Klantenstop	Binnen welke termijn geeft het zorgkantoor akkoord op een klantenstop?	Er is geen termijn vastgelegd waarbinnen wij akkoord geven op een klantenstop. Dat zullen wij zo spoedig als mogelijk doen. Wij gaan er overigens vanuit dat er al eerder onderling contact is (geweest) waar de situatie is besproken en mogelijke maatregelen aan de orde zijn gesteld.
90	Artikel 5: Klantenstop	Hoe wordt beoordeeld of een passend alternatief aanbod daadwerkelijk beschikbaar is?	Dit zal afhangen van de betreffende situatie en omstandigheden.

91	Artikel 5: Klantenstop	Kunt u toelichten hoe de verplichting tot voorafgaande toestemming bij een klantenstop zich verhoudt tot de uitvoerbaarheid bij acute capaciteitsproblemen, en welke ruimte bestaat wanneer zorg moet worden doorgeleverd zonder vergoeding, gezien de plicht om palliatieve, crisis- en overige acute Wlz-zorg te blijven leveren?	Bij acute capaciteitsproblemen moet prioriteit gegeven worden aan palliatieve, crisis- en overige acute Wlz-zorg. De klantenstop kan dan ook nooit toegepast worden op deze vormen van zorg. Eventuele financiële gevolgen worden beoordeeld binnen contractuele kaders en zijn, afhankelijk van de situatie, onderwerp van overleg.
92	Artikel 5: Klantenstop	Moet het zorgkantoor ook instemmen met een cliëntenstop in de thuiszorg voor één regio of zorgvorm?	Ja, hier is geen uitzondering voor opgenomen.
93	Artikel 5: Klantenstop	Wat is de samenhang tussen het stoppen met WLZ verblijf 1 en 2 als organisatie en het artikel met betrekking tot de klantenstop?	Als de zorgaanbieder stopt met het aanbieden van bepaalde Wlz-zorg, raakt dat aan het artikel over klantenstop zodra dit neerkomt op het niet meer aannemen van klanten die die vorm van zorg willen afnemen. De zorgaanbieder dient dan te handelen conform de inhoud van artikel 5: Klantenstop.
94	Artikel 5: Klantenstop	Welke afspraken maakt het zorgkantoor met een zorgaanbieder over een eventuele klantenstop en beschikbaar alternatief aanbod?	Dit hangt af van de omstandigheden van het geval.
95	Artikel 5: Klantenstop	Wij maken bezwaar tegen dit artikel, omdat een verplichte plaatsing de veiligheid, kwaliteit en continuïteit van zorg kan raken. Wij vragen het zorgkantoor toe te lichten hoe zorgaanbieders deze zorg beschikbaar kunnen houden bij capaciteits- of personele beperkingen en welke oplossingen of ondersteunende maatregelen beschikbaar zijn om veiligheid, kwaliteit en continuïteit te kunnen borgen.	Als wij het goed begrijpen, maakt vragensteller bezwaar tegen het laatste gedeelte van artikel 5. Klantenstop waarin is aangegeven dat de zorgtaaanbieder overeenkomstig gemaakte afspraken altijd de beschikbaarheid van permanent voldoende palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute Wlz-zorg dient te regelen en te waarborgen. De zorgaanbieder mag deze zorgverlening niet weigeren. Het zorgkantoor hecht veel belang aan deze bepaling omdat anders het risico aanwezig is dat in dergelijke omstandigheden deze zorg niet geleverd wordt en dat is geen optie. Als veiligheid, kwaliteit en continuïteit van zorg in het geding zijn, omdat capaciteits- of personele beperkingen aan de orde zijn, kunt u daarover met het zorgkantoor in gesprek gaan.
96	Artikel 6: Zorgweigering en -beëindiging	In artikel 6 Zorgweigering en -beëindiging wordt verwezen naar bijlage 6. Deze ontbreekt in het regionale inkoopbeleid. Graag de juiste verwijzing opnemen of de bijlage toevoegen.	Het voorschrift zorgtoewijzing 2027 wordt rond 1 december 2026 gepubliceerd
97	Artikel 6: Zorgweigering en -beëindiging	Kan het zorgkantoor voorbeelden geven van situaties waarin zorgweigering gerechtvaardigd is?	Wij geven hiervoor geen voorbeelden in de overeenkomst. Voor zorgweigering en zorgbeëindiging moet de zorgaanbieder handelen conform het Voorschrift zorgtoewijzing Wlz.

98	Artikel 6: Zorgweigering en -beëindiging	Op basis van welke concrete en toetsbare criteria wordt bepaald dat dossierhouderschap kan worden beëindigd wanneer ondanks herhaalde pogingen geen passende plaatsing tot stand komt, en hoe wordt geborgd dat de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg niet bij de zorgaanbieder blijft als de uitkomst aantoonbaar buiten diens invloedssfeer ligt?	Meer informatie over zorgbeëindiging kunt u lezen in het Voorschrift zorgtoewijzing. Daarin vindt u geen concrete criteria voor zorgbeëindiging, wel de procedure. Het beëindigen is slechts mogelijk bij zwaarwegende redenen en alleen onder bijzondere omstandigheden. Er wordt dus gekeken naar de omstandigheden van het geval. Dat er herhaalde pogingen zijn gedaan is op zichzelf geen gewichtige reden en/of bijzondere omstandigheid. U blijft verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg.
99	Artikel 10: Onderaanneming	Als ZZP'ers worden ingezet is dat incidenteel en weet je dat als organisatie niet ruim van te voren, hoe moet je dit vermelden op de bijlage?	Als u verwacht in 2027 incidenteel ZZP'ers in te zetten, vult u bij de categorie Zelfstandigen zonder personeel het percentage van de verwachte productie in dat u voornemens bent door te contracteren. Voor ZZP'ers hoeft u geen namen en KvK-nummers op te geven.
100	Artikel 10: Onderaanneming	Door de krapte op de arbeidsmarkt en hoog ziekteverzuim is het soms nodig om op zeer korte termijn een ZZP'er in te zetten. Het vooraf moeten melden bij het Zorgkantoor en toestemming verkrijgen kan leiden tot het niet kunnen leveren van zorg, dat is onwenselijk en niet in het belang van de client. Is het Zorgkantoor bereid om in dergelijke gevallen de inzet achteraf wordt gemeld?	Nee, wij zijn daar niet toe bereid. Ook zorg in onderaanneming door ZZP'ers moet vooraf gemeld worden. Zie de Bijlage Opgave Onderaannemers 2027 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers. Het zorgkantoor hanteert de richtlijn dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Daarvoor moet het zorgkantoor ook op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom onderaanneming.
101	Artikel 10: Onderaanneming	Hoe kijkt het zorgkantoor naar de inzet en kwaliteit van extern personeel en zzp'ers?	Wij beschouwen zzp'ers die daadwerkelijke zorg namens de hoofdaannemer leveren als onderaannemers. De hoofdaannemer moet garanderen dat de zorgverlening door onderaannemers aan dezelfde eisen voldoet als de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf.

102	Artikel 10: Onderaanneming	Hoe wordt bij toepassing van deze bepalingen rekening gehouden met de continuïteit van zorg voor cliënten, met name bij afhankelijkheid van specifieke onderaannemers?	Onderaanneming is tot op zekere hoogte toegestaan. Bij onderaanneming blijft de hoofdaannemer verantwoordelijk voor de zorgverlening en voor de verplichtingen uit de overeenkomst. Wij kunnen onderaannemers vooraf beoordelen en weigeren, informatie opvragen en zo nodig nadere afspraken over onderaanneming vastleggen. Wij zullen daarbij uitzonderlijke omstandigheden bij een zorgaanbieder niet uit het oog verliezen.
103	Artikel 10: Onderaanneming	Is het voor extramurale VPT-aanbieders toegestaan om via onderaanneming een beperkt percentage intramurale productie te leveren? Indien ja, hoe beoordeelt het zorgkantoor dergelijke constructies in relatie tot de beoogde scheiding tussen gedeeltelijk intramuraal en volledig extramurale aanbieders?	Zorg in onderaanneming moet vooraf bij ons zijn gemeld, het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers te weigeren en kan nadere informatie vragen over de onderaannemer en de verwachte productie. Verder is uw vraag voor meerdere interpretaties vatbaar, wij verzoeken u contact op te nemen met uw zorgkantoor met de precieze vraag.
104	Artikel 10: Onderaanneming	Kunt u bevestigen dat inzet van zzp'ers altijd als onderaanneming wordt beschouwd en welke consequenties dit heeft voor verantwoordings- en meldplichten?	Ja. Wij merken inzet van zzp'ers die beschikken over een overeenkomst met de zorgaanbieder (hoofdaannemer) waaruit blijkt dat geen loonheffing hoeft te worden ingehouden en betaald aan als onderaanneming. Dat betekent dat deze inzet meetelt bij de uitgangspunten voor onderaanneming, waaronder ten minste 2/3 zelf leveren en maximaal 1/3 via onderaannemers, en dat zorg in onderaanneming vooraf bij ons moet worden gemeld. ZZP-ers hoeven niet met naam en kvk genoemd te worden, alleen het percentage aan inzet van ZZP-ers. De hoofdaannemer blijft verantwoordelijk voor de verplichtingen uit de overeenkomst, moet desgevraagd informatie geven over de onderaannemer en verwachte productie, en moet kunnen aantonen dat onderaannemers geen verdere onderaannemers inschakelen zonder toestemming.
105	Artikel 10: Onderaanneming	Onder welke voorwaarden staat het zorgkantoor toe dat een onderaannemer zelf weer onderaannemers inzet?	Het uitgangspunt is dat het niet is toegestaan dat een onderaannemer zelf weer onderaannemers inzet. Het zal dan ook bij hoge uitzondering zijn dat het zorgkantoor hier wel toestemming voor geeft. Dat zal dan geheel afhangen van de omstandigheden van het geval.

106	Artikel 10: Onderaanneming	Onderaannemers moeten vooraf gemeld worden aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan daarnaar onderaannemers weigeren. Welke doorlooptijd en beoordelingscriteria hanteert het zorgkantoor voor het al dan niet akkoord gaan met een onderaannemer – zijn beoordelingscriteria gelijk aan de voorwaarden in lid 3?	Er is geen vaste doorlooptijd of vast beoordelingscriterium. De onderaannemer zal in ieder geval moeten voldoen aan wet- en regelgeving. Dat is ruimer dan lid 3.
107	Artikel 10: Onderaanneming	Onderaanneming: hoewel niet direct in artikel 10, maar wel gerelateerd aan de controle op onderaannemers: de overeenkomst eist dat de aanbieder via de AO/IC de rechtmatigheid van de inzet van de onderaannemer controleert. Worden de extra administratieve kosten voor deze vergaande controle- en meldingsplicht op alle onderaannemers gecompenseerd, of wordt dit geacht in het tarief te zitten?	Deze kosten vallen onder bedrijfsvoering en zitten dus in de tarieven verdisconteerd.
108	Artikel 10: Onderaanneming	U noemt dat u het recht heeft om een onderaannemer te weigeren. Wij verzoeken u om de contractvrijheid van de zorgaanbieder niet te beperken en daarom deze bepaling zodanig te wijzigen dat u het recht heeft om de onderaannemer te weigeren indien hij niet voldoet aan hetgeen redelijkerwijs van een onderaannemer kan worden verlangd, zoals o.a. in lid 3 en lid 6 door u bepaalt.	Wij wijzigen deze bepaling niet. Te verlenen zorg in onderaanneming moet vooraf bij ons worden gemeld en wij behouden ons het recht voor om onderaannemers te weigeren, ook op gronden die niet in lid 3 en 6 genoemd zijn.
109	Artikel 10: Onderaanneming	Volgens de definitie van de begrippen (begrip 11) is een onderaannemer een "zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er". Betekent dit dat voor iedere individuele zzp'er die ingezet wordt in de intramurale setting vooraf toestemming gevraagd moet worden aan het zorgkantoor?	Alle ZZP'ers dienen als onderaannemers vooraf gemeld te worden bij het zorgkantoor. Zie echter de Bijlage Opgave onderaannemers 2027 bij Bijlage 2: Onderaannemerschap van de Bestuursverklaring. De namen en KvK-nummers van de ZZP'ers hoeven niet opgegeven te worden, alleen het percentage aan inzet ZZP'ers.
110	Artikel 10: Onderaanneming	Wanneer is er sprake van onderaanneming? Zie begripsomschrijving 11 p13, graag een nadere toelichting. Wat wordt verstaan onder een (deel) van de daadwerkelijke zorg. Valt de pedicure, tandarts en anw dienst, uitzendkrachten onder de noemer onderaanneming?	Een onderaannemer is een zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van de gecontracteerde zorgaanbieder Wlz zorg levert. Een onderaannemer 'neemt' dus een deel de gecontracteerde Wlz zorg over, in opdracht van de hoofdaannemer. Afhankelijk van de vraag of de ingeschakelde onderaannemer geïndiceerde Wlz zorg levert, zouden pedicure, anw-dienst, tandartsen en uitzendkrachten hier inderdaad onder vallen.

111	Artikel 10: Onderaanneming	Welke gegevens moeten vooraf worden aangeleverd over onderaannemers, moeten wijzigingen en individuele zzp'ers direct gemeld worden en op basis van welke criteria kan het zorgkantoor een onderaannemer weigeren?	Vooraf levert u aan of u in 2027 onderaanneming inzet en, als dat zo is, via het format het aandeel van de verwachte productie per categorie; behalve voor zzp'ers levert u ook namen en KvK-nummers van de onderaannemers aan. Zzp'ers gelden als onderaanneming, maar individuele namen en KvK-nummers van zzp'ers hoeven niet te worden opgegeven. Onderaanneming die pas tijdens de looptijd aan de orde is, meldt u voorafgaand aan de inzet; wijzigingen moeten dus vóór inzet bij ons bekend zijn.
112	Artikel 10: Onderaanneming	Wordt een zorgorganisatie die de huishouding voor een ander uitvoert en dit zelf declareert bij het Zorgkantoor gezien als onderaannemer?	Als de zorgorganisatie namens de hoofdaannemer (een deel van) de daadwerkelijke zorg levert, is sprake van onderaanneming. Ingevolge de NZa regelgeving mag alleen een mondzorgaanbieder als onderaannemer zelf rechtstreeks declareren bij het zorgkantoor. Huishoudelijke hulp dus niet.
113	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	" g De zorgaanbieder in... bij het Zorgkantoor (h)" Wij zijn een coöperatie die met haar leden zorg leveren in de sectoren GZ, GGZ en V&V. We zijn ingedeeld in sector GZ. Bedoelen jullie in de bijlage dat we dan alleen moeten voldoen aan het kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg? Of zijn ook de andere kwaliteitskaders bij de sectoroverstijgende zorg leidend?	De indeling in een sector voor de tariefsystematiek heeft in uw geval geen directe relatie met de inhoud van de zorg aan de verschillende cliënten. U levert immers geen GZ-zorg aan V&V cliënten, etc. De kwaliteitskompassen hebben betrekking op de daadwerkelijke zorg die u levert aan een cliënt en in dat geval is het kwaliteitskompas leidend. Mocht u niet weten aan welke kwaliteit de zorg die u levert moet voldoen, neem dan contact op met het zorgkantoor.
114	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Artikel 11 lid 2 sub b; Gezien IGJ-rapporten centraal en openbaar beschikbaar zijn via de IGJ website is een verwijzing naar de IGJ bron daarbij een acceptabel alternatief?	Ja, dat is een acceptabel alternatief, zolang het goed vindbaar is op uw website.
115	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	De overeenkomst bevat een informatieplicht over de financiële positie, het risicoafdekkapitaal en de bedrijfsvoering van in groepsverband verbonden ondernemingen en gecontracteerde onderaannemers. Hanteren de zorgkantoren een bepaald format voor het aanleveren van deze informatie?	We hanteren hier geen format voor.

116	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	De RAK-positie: heeft het zorgkantoor hiermee een instemmingsrecht op de bestemming van de interne reserves van de instelling?	Over de besteding van de RAK, anders dan ter compensatie van negatieve exploitatieresultaten, dient het zorgkantoor ten minste geïnformeerd te worden. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder kunnen in onderlinge afstemming de RAK voor een specifiek doel inzetten.
117	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Er wordt een jaarlijks kwaliteitsbeeld gevraagd in samenwerking met de cliëntenraad. Komt het zorgkantoor met een uniform format om de administratieve lasten te beperken, of is de vormvrij?	Het format is vormvrij. Dit kunt u nalezen op de website van het Zorginstituut.
118	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Hanteert het Zorgkantoor een materialiteitsdrempel voor meldingen?	Nee, voor meldingen van fraude en overtredingen van de Wmg hanteren wij geen materialiteitsdrempel.
119	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Hoe definieert en operationaliseert het zorgkantoor het begrip 'reputatierisico' en welke ondergrens wordt hierbij gehanteerd?	Dit is een open norm en afhankelijk van de omstandigheden van het geval.
120	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Hoe definieert het Zorgkantoor het begrip "publicitair gevoelige situatie"?	Dit is een open norm en afhankelijk van de omstandigheden van het geval.
121	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	In de jaarrekening moeten opgenomen worden "de opbrengsten die zijn verkregen uit zorgverlening verricht door onderaannemers." Op welke wijze kan dit gedaan worden indien onderaannemers (volgens de definitie begrip 11 een "zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er") ingezet worden in de intramurale setting?	Wij schrijven niet voor op welke boekhoudkundige wijze u dit in de jaarrekening moet verwerken. Voor de exacte verwerking in de jaarrekening adviseren wij u aan te sluiten bij de geldende verslaggevingsregels en uw accountant te raadplegen.
122	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Kan de door de zorgaanbieder verstrekte informatie direct aanleiding zijn voor maatregelen of interventies, en zo ja, op basis van welke criteria?	Het zorgkantoor zou op basis van verstrekte informatie, als daar aanleiding toe is, direct maatregelen of interventies kunnen toepassen. Dit zal in de praktijk echter normaal gesproken niet voorkomen zonder voorafgaand overleg of aankondiging. Voor niet-nakoming van verplichtingen verwijzen we naar artikel 18 van de overeenkomst.
123	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat door de zorgaanbieder verstrekte informatie uitsluitend wordt gedeeld voor zover noodzakelijk en met inachtneming van vertrouwelijkheid en toepasselijke wet- en regelgeving?	Ja, dat bevestigen we.
124	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Kunt u aangeven waarom een zorgaanbieder openbare rapporten van de IGJ ook nog op de eigen website dient te publiceren? Dit is immers een extra administratieve handeling.	Wij vragen dit omdat openbare IGJ-rapporten goed vindbaar moeten zijn voor de klant.

125	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Kunt u concreet aangeven welke gebeurtenissen of signalen (bijvoorbeeld financieel, kwaliteit, IGJ, continuïteit) leiden tot een verplichte actieve melding aan het zorgkantoor?	U moet het zorgkantoor meteen informeren over risicovolle omstandigheden die de continuïteit van de zorgverlening op enigerlei wijze kunnen bedreigen, in het bijzonder maar niet uitsluitend financieel en/of zorginhoudelijk. In ieder geval geldt dit bij een (ontstane) negatieve RAK, materieel negatieve exploitatieresultaten in de laatste drie jaar, (ontstane) liquiditeitsproblemen, bestuurlijke onrust en enige bestuursrechtelijke maatregel van de IGJ of tuchtrechtelijke of strafrechtelijke maatregel. Ook knelpunten in de continuïteit van zorglevering op klantniveau moeten worden gemeld.
126	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Kunt u specificeren welke informatie als 'noodzakelijk' wordt beschouwd?	Dit is een open norm en ligt aan de omstandigheden van het geval.
127	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Op welke wijze wordt geborgd dat de omvang en frequentie van de informatieverplichtingen niet leiden tot een onevenredige administratieve belasting?	Wij borgen dit door zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande informatie.
128	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	U stelt dat Publicatie(s) over gevoelige situaties die de reputatie van de zorgaanbieder, het zorgkantoor en/of de zorg kunnen schaden, zo kort mogelijk, en ruim vóór de geplande datum gemeld moeten worden. Is het juist dat deze verplichting enkel toeziet op de publicaties die de zorgaanbieder uitbrengt? (Op uitingen in de pers kan de zorgorganisatie immers geen regie voeren).	De verplichting het zorgkantoor te informeren ziet op publicaties waarover de zorgaanbieder vooraf kan informeren (bijvoorbeeld bij voorafgaande hoor- wederhoor door een journalist bij publicatie door een derde of eigen publicaties).
129	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	U verplicht melding van "publicaties over gevoelige situaties". Kunt u de reikwijdte van deze meldplicht verduidelijken: ziet deze uitsluitend op uitingen van de zorgaanbieder zelf, of ook op publicaties van derden waar de aanbieder geen regie over heeft? Op welke communicatie-uitingen is dit van toepassing?	De meldplicht ziet op publicatie(s) over gevoelige situaties die de reputatie van de zorgaanbieder, het zorgkantoor en/of de zorg in het algemeen kunnen schaden. Op uitingen van derden in de pers kan de zorgaanbieder geen regie voeren. wel blijft gelden dat partijen elkaar actief informeren over informatie die relevant is voor de uitvoering van de overeenkomst.
130	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	U verplicht tot (proactieve) informatieverstrekking, ook m.b.t. toezicht/rapportages. Kunt u toelichten op welke juridische grondslag dit berust en hoe dit zich verhoudt tot beroepsgeheim, waarom dit noodzakelijk en proportioneel is, en welke grenzen/waarborgen gelden (incl. IGJ-gesprekken, publicatie rapporten, vertrouwelijkheid en gegevensbescherming)?	De grondslag is dat wij informatie mogen opvragen die nodig is voor onze Wlz-taken en voor wettelijke voorschriften rond zorglevering. Partijen moeten actief relevante informatie delen voor de uitvoering van de overeenkomst. De bevindingen van de IGJ zijn relevant voor de vraag of de aanbieder aan contractuele (kwaliteits)eisen voldoet.

131	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Vraag 28 deel 1 van 2 U stelt: Publicatie(s) over gevoelige situaties die de reputatie van de zorgaanbieder, het zorgkantoor en/of de zorg in het algemeen kunnen schaden, op zo kort mogelijke termijn, en in ieder geval ruim vóór de geplande publicatiedatum.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
132	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Wanneer acht het zorgkantoor het proportioneel om deel te nemen aan bestuurlijke overleggen tussen de IGJ en de zorgaanbieder?	Wij nemen alleen deel aan bestuursgesprekken tussen de IGJ en de zorgaanbieder wanneer de situatie daar aanleiding toe geeft. Wij kunnen niet specificeren in welke specifieke situaties dit zal kunnen gebeuren. De zorgaanbieder dient het zorgkantoor ervan op de hoogte te stellen dat er een bestuursgesprek zal plaatsvinden. Het zorgkantoor bepaalt dan zelf of het zal deelnemen.
133	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	We dienen op eigen initiatief inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit) en de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK-)positie en bedrijfsvoering van de onderneming te geven. Op welke wijze dient dit te gebeuren?	In principe is dit geregeld in regelgeving met betrekking tot de jaarverslaglegging voor de zorg. In situaties waar er bijzonderheden zijn binnen uw organisatie informeert u het zorgkantoor/uw zorginkoper via de reguliere kanalen. Wij streven er naar dat dit op een manier gebeurt die administratieve lasten beperkt (zie artikel 11, lid 1).
134	Artikel 11: Informatievoorziening aan het zorgkantoor	Welke HR-gegevens verwacht het zorgkantoor om aan te tonen dat zorg door deskundig personeel is geleverd en wat dient hiervoor structureel te worden vastgelegd?	U legt in uw eigen administratieve systemen structureel vast dat de ingezette medewerkers bekwaam en deskundig zijn voor de uitvoering van zorg. Wij vragen geen afzonderlijke set HR-gegevens als standaardbewijs.
135	Artikel 12: iWLz	Garandeert het zorgkantoor dat de administratieve, technische, organisatorische en financiële impact voor zorgaanbieders bij de overstap van iWLZ berichtenverkeer naar het netwerkmodel zo beperkt mogelijk gehouden en proportioneel zijn?	De verandering van estafettemodel (berichtenverkeer) naar het netwerkmodel gebeurt zorgvuldig en in goede afstemming met de ketenpartijen in de Wlz. Iedereen probeert de impact proportioneel te houden, maar we kunnen als zorgkantoren geen garanties geven over individuele situaties.

136	Artikel 12: iWlz	Geldt voor de overgang naar het iWlz-netwerkmodel één landelijk uniform migratiepad, of kan de overgang verschillen per zorgkantoorregio, leverancier of zorgaanbieder? Hoe wordt daarbij rekening gehouden met zorgorganisaties die in meerdere regio's actief zijn?	Er is geen landelijk uniform migratiepad. In de loop van 2027 zijn alle zorgkantoren volledig ingericht op het netwerkmodel. Vanaf dat moment kunnen de zorgaanbieders aansluiten. Het moment voor de zorgaanbieder wordt bepaald door hun softwareleverancier.
137	Artikel 12: iWlz	Hebben de zorgkantoren de relevante softwareleveranciers geïnformeerd en betrokken en wanneer wordt duidelijk of zij tijdig werkende software kunnen leveren waarmee zorgaanbieders aan de verplichtingen in de overeenkomst kunnen voldoen?	Vanuit het Zorginstituut Nederland worden de softwareleveranciers van de zorgaanbieders betrokken bij de invoering van het netwerkmodel teneinde te borgen dat iedereen tijdig de overgang naar het netwerkmodel kan maken.
138	Artikel 12: iWlz	Hebben de zorgkantoren de relevante softwareleveranciers geïnformeerd en betrokken en wanneer wordt duidelijk of zij tijdig werkende software kunnen leveren waarmee zorgaanbieders aan de verplichtingen in de overeenkomst kunnen voldoen?	Vanuit het Zorginstituut worden de softwareleveranciers van de zorgaanbieders betrokken bij de invoering van het netwerkmodel teneinde te borgen dat iedereen tijdig de overgang naar het netwerkmodel kan maken.
139	Artikel 12: iWlz	Hoe ziet u de rolverdeling tussen zorgkantoren, leveranciers en aanbieders bij de implementatie, en hoe borgt u dat leveranciers tijdig geschikte software opleveren zodat aanbieders aan hun verplichtingen kunnen voldoen?	We verwachten, zoals landelijk afgesproken met alle ketenpartijen, incl. de softwareleveranciers, dat alle softwareleveranciers hun software tijdig hebben aangepast en kunnen uitrollen naar de zorgaanbieders. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, als opdrachtgever van de softwareleverancier, om tijdig geschikte software te hebben zodat men uiterlijk eind 2028 is aangesloten op het netwerkmodel.

140	Artikel 12: iWlz	Kunt u bevestigen dat zorgaanbieders die tijdelijk niet voldoen aan de technische vereisten van het iWlz-netwerkmodel als gevolg van vertraging bij softwareleveranciers, niet worden gekort op hun tarief of anderszins worden gesanctioneerd?	We verwachten, zoals landelijk afgesproken met alle ketenpartijen, incl. de softwareleveranciers, dat alle softwareleveranciers hun software tijdig hebben aangepast en kunnen uitrollen naar de zorgaanbieders. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, als opdrachtgever van de softwareleverancier, om tijdig geschikte software te hebben zodat men uiterlijk eind 2028 is aangesloten op het netwerkmodel.
141	Artikel 12: iWlz	Kunt u toelichten waarom deze aanvulling is opgenomen en wat de aanleiding is om dit expliciet te benadrukken? Is deze toevoeging gebaseerd op een specifieke risico-inschatting of beleidsmatige overweging, of kan dit weg worden gelaten om de tekst algemener en praktijkgericht te houden?	Deze aanvulling is opgenomen omdat we de komende jaren nog in een hybride omgeving werken waarbij zowel het iWlz berichtenverkeer als het netwerkmodel gebruikt worden.
142	Artikel 12: iWlz	Wat is de concrete planning voor de aansluiting van zorgaanbieders op het iWlz-netwerkmodel, inclusief de belangrijkste mijlpalen, afhankelijkheden en aansluitmomenten per zorgaanbieder, zorgkantoorregio en/of leverancier?	De eerste zorgaanbieders sluiten in de tweede helft van 2026 aan op het netwerkmodel. Dat is op het Bemiddelingsregister (BMR). Alle zorgkantoren zullen in de loop van 2027 het volledige netwerkmodel ondersteunen. Het aansluitmoment van de zorgaanbieder wordt bepaald door de softwareleverancier van de zorgaanbieder. De planning is dat eind 2028 alle zorgaanbieders zijn aangesloten op het netwerkmodel.
143	Artikel 12: iWlz	Welke administratieve, technische, organisatorische en financiële impact wordt voor zorgaanbieders verwacht tijdens de overgangsperiode van iWlz-berichtenverkeer naar het netwerkmodel, waaronder implementatie, opleiding, applicatiebeheer, controlewerkzaamheden en eventuele extra inzet van zorgadministratie?	De werkzaamheden voor zorgaanbieders wordt grotendeels bepaald door de werking van hun software. De softwareleveranciers faciliteren de overgang naar het netwerkmodel en zullen daarover met de zorgaanbieder afspraken maken.

144	Artikel 12: iWlz	Welke afspraken gelden als een zorgaanbieder door afhankelijkheid van de eigen softwareleverancier, Silvester of andere landelijke voorzieningen nog niet tijdig kan aansluiten op het netwerkmodel? Kan het zorgkantoor bevestigen dat registratie in registers pas geldt zodra aansluiting technisch, organisatorisch en via de eigen leverancier daadwerkelijk mogelijk is?	We verwachten, zoals landelijk afgesproken met alle ketenpartijen, incl. de softwareleveranciers, dat alle softwareleveranciers hun software tijdig hebben aangepast en kunnen uitrollen naar de zorgaanbieders. Er zijn vooralsnog geen afspraken als het niet lukt tijdig aan te sluiten op het netwerkmodel.
145	Artikel 12: iWlz	Welke afspraken zijn gemaakt over de bekostiging van softwareaanpassingen, implementatie, beheer en ondersteuning voor het iWlz-berichtenverkeer naar het netwerkmodel? Wordt voorzien dat deze kosten door leveranciers worden doorberekend aan zorgaanbieders, of zijn hierover landelijke afspraken of compensatiemogelijkheden voorzien?	Er is landelijk afgesproken dat we overgaan van het iWlz-berichtenverkeer naar een netwerkmodel. De softwareleveranciers van de zorgaanbieders moeten hiervoor hun software aanpassen. Het is aan de softwareleveranciers/zorgaanbieders om te bepalen hoe ze omgaan met gemaakte kosten in dit traject.
146	Artikel 12: iWlz	Welke overgangstermijn geldt voor de overgang van berichtenverkeer naar het netwerkmodel?	De geplande overgangstermijn is van eind 2027 tot eind 2028.
147	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Artikel 1 van deze overeenkomst verplicht ertoe dat zorg wordt geleverd op basis van wensen en behoeften van klanten met inachtneming en passend binnen de kaders van de indicatie. De administratieve verplichtingen moeten aansluiten bij deze definitie. Wilt u met het oog op consistentie en coherentie art 13 lid 2 zodanig aanpassen dat die aansluit bij de definitie van artikel 1?	Nee, wij passen artikel 13 lid 2 niet aan. Artikel 13 lid 2 sluit aan bij artikel 1 doordat uit de administratie moet blijken dat zorg is geleverd op basis van de indicatie, dat een zorgplan op basis van de indicatie is opgesteld, dat zorg conform zorgplan is uitgevoerd en dat gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. Artikel 1 bepaalt daarnaast dat de zorgaanbieder met de klant zorg op maat afsprekt op basis van individuele wensen en behoeften en passend binnen de kaders van de indicatie.

148	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Betalingen voor zorg waarbij de zorgaanbieder niet aan het tweede lid voldoet, moeten door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor terug worden betaald. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid ten onrechte gedane betalingen gedurende de duur van de overeenkomst of gedaan in enig voorafgaand jaar te verrekenen bij de herschikking of bij de nacalculatie. Wordt de zorgaanbieder in de gelegenheid ges	Uw vraag is voor ons niet duidelijk. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.
149	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Betalingen voor zorg waarbij de zorgaanbieder niet aan het tweede lid voldoet, moeten door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor terug worden betaald. Welke verjaringstermijn hanteert het zorgkantoor voor deze vorderingen?	Het gaat hier om vorderingen uit onverschuldigde betaling. De verjaringstermijn voor vorderingen uit onverschuldigde betaling is opgenomen in artikel 3:309 BW.
150	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Dit is een nieuwe bepaling tov de huidige overeenkomst. Uiteraard onderschrijven wij dat zorg geleverd moet worden conform is vastgelegd in lid 2. Kunt u nader toelichten waarom deze bepaling expliciet is opgenomen en wat de overweging is geweest om dit tov de huidige overeenkomst te wijzigen? Kan het zorgkantoor toelichten dat dit niet zorgt voor extra administratieve en/of verantwoordings eisen?	Het eerste lid van artikel 13 is niet nieuw. Dat staat al in de huidige overeenkomst. Er is alleen een hele kleine aanpassing op gedaan. Omdat lid 1 spreekt van ten onrechte gedane betalingen, is in de aanvulling op dit artikel aangegeven wanneer daar dan sprake van kan zijn. Deze aanvulling introduceert op zichzelf geen aanvullende administratieve of verantwoordingsvereisten. Een zorgaanbieder diende altijd al te kunnen aantonen wat nu expliciet in de aanvulling is aangegeven.

151	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Er staat dat ten onrechte gedane betalingen leiden tot terugvordering + wettelijke handelsrente en kosten, al dan niet door verrekening met openstaande/toekomstige declaraties. Waarom ziet deze bepaling alleen op situaties waarin betalingen ten gunste van de aanbieder achteraf onjuist blijken te zijn en niet ook op ten onrechte achterhouden van betalingen/onterechte afwijzingen door zorgkantoor?	Deze bepaling regelt de situatie waarin achteraf blijkt dat een betaling ten onrechte aan de zorgaanbieder is gedaan; dan volgt terugvordering met wettelijke handelsrente en kosten, eventueel via verrekening. Eventuele onjuiste of onterechte afwijzingen van betaling leiden op zichzelf niet tot een terugvordering (mogelijk wel tot een nabetaling), wat maakt dat artikel 13 daarvoor niet passend is. Een spiegelbepaling over onterecht achterhouden van betalingen of onterechte afwijzingen door het zorgkantoor is niet opgenomen, daarvoor geldt het BW (waaronder bepalingen over rente).
152	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Het zorgkantoor geeft aan dat voor onterechte betalingen gedurende de duur van de overeenkomst terugvordering inclusief wettelijke handelsrente en vergoeding voor gemaakte kosten zal plaatsvinden. Wij zijn van mening dat dit alleen kan indien deze kosten redelijk en billijk zijn en indien er verwijtbaar handelen van de zorgaanbieder sprake is. Kan dit genuanceerd worden?	Dit blijft staan zoals het er nu staat. Een betaling kan ook onterecht zijn als een zorgaanbieder niet verwijtbaar handelt. Dit geldt ook voor de handelsrente. Bij de toepassing van deze bepaling worden de eisen van redelijkheid en billijkheid in acht genomen. Uit de jurisprudentie volgt dat een beroep daarop terughoudend moet worden beoordeeld.
153	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	In de overeenkomst is opgenomen dat het zorgkantoor ten onrechte gedane betalingen kan verrekenen bij de herschikking of nacalculatie. Kan toegevoegd worden dat het zorgkantoor hier toestemming voor heeft nadat overeenstemming is bereikt (c.q. is gepoogd te bereiken) over de aard, omvang en grondslag van de vermeende vordering? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij voegen dit niet toe. Ook als er geen overeenstemming is bereikt met de zorgaanbieder, zullen we overgaan tot vordering.
154	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat bij controles rekening wordt gehouden met een redelijke verdeling van bewijslast en dat administratieve onvolkomenheden niet automatisch leiden tot terugvordering?	De bewijslast ligt bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet aantonen dat de zorg rechtmatig en doelmatig is. Ook administratieve onvolkomenheden kunnen leiden tot een terugvordering.
155	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat de zorgaanbieder in beginsel een redelijke hersteltermijn wordt geboden voordat tot terugvordering wordt overgegaan?	Wij kunnen uw vraag in juridische zin niet plaatsen. Het BW spreekt niet over een redelijke hersteltermijn in het kader van terugbetaling.
156	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Kan het Zorgkantoor verduidelijken welke concrete mate van controle en diepgang van toetsing van zorgaanbieders wordt verwacht, zodat dit eenduidig en uitvoerbaar kan worden ingericht?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. Wij beantwoorden hem daarom niet.

157	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Op grond van een uitgevoerde (materiële) controle is het zorgkantoor gerechtigd om correcties aan de zorgaanbieder op te leggen teneinde onterecht aan de zorgaanbieder uitgekeerde zorggelden terug te vorderen. Deze correcties worden in beginsel verwerkt in de nacalculatie van het betreffende jaar waarop de controle is uitgevoerd. Wordt ZA in de gelegenheid gesteld bezwaar aan te tekenen?	Als een zorgaanbieder het niet eens is met een correctie en als gevolg daarvan de nacalculatie eenzijdig wordt ingediend, is vervolgens alleen bezwaar mogelijk voor zover in het kader van de verdere procedure bij de NZa daarvoor gelegenheid wordt gegeven.
158	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Op welke wijze wordt de zorgaanbieder geïnformeerd over uitkomsten van materiële controles en daaruit voortvloeiende correcties in de nacalculatie, en welke informatie wordt verstrekt om de juistheid en onderbouwing hiervan te kunnen beoordelen?	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. De overeenkomst bepaalt wel welke administratie moet aantonen dat zorg deugdelijk is geleverd, maar legt niet vast op welke wijze u afzonderlijk over controle-uitkomsten wordt geïnformeerd of welke onderbouwende informatie daarbij wordt verstrekt.
159	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Tot hoe ver kan een materiële controle plaatsvinden?	Uw vraag is onvoldoende specifiek. We beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
160	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	U stelt dat onterecht betaalde zorg moet worden terugbetaald en dat verrekening kan plaatsvinden bij herschikking of nacalculatie, ook over eerdere jaren. Op welke wijze en op welk moment wordt de zorgaanbieder hierover geïnformeerd?	Wij informeren u hierover via de uitkomsten van de uitgevoerde controle en de daarop gebaseerde correctie.
161	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	U stelt: Betalingen voor zorg waarbij de zorgaanbieder niet aan het tweede lid voldoet, moeten door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor terug worden betaald. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid ten onrechte gedane betalingen gedurende de duur van de overeenkomst of gedaan in enig voorafgaand jaar te verrekenen bij de herschikking of bij de nacalculatie. Hoe wordt de zorgaanbieder geïnformeerd?	U wordt tijdig en via de reguliere communicatie- en overlegmomenten door uw zorgkantoor geïnformeerd over bevindingen en eventuele financiële correcties.
162	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Vraag 29 deel 1 van 2 U stelt: Betalingen voor zorg waarbij de zorgaanbieder niet aan het tweede lid voldoet, moeten door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor terug worden betaald. Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid ten onrechte gedane betalingen gedurende de duur van de overeenkomst of gedaan in enig voorafgaand jaar te verrekenen bij de herschikking of bij de nacalculatie.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.

163	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Vraag 32 deel 1 van 2 Op grond van een uitgevoerde (materiële) controle is het zorgkantoor gerechtigd om correcties aan de zorgaanbieder op te leggen teneinde onterecht aan de zorgaanbieder uitgekeerde zorggelden terug te vorderen.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
164	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Waarom is lid 2 expliciet toegevoegd aan het contract?	Omdat lid 1 – dat niet nieuw is – spreekt van ten onrechte gedane betalingen, is in de aanvulling op dit artikel (vanaf lid 2) aangegeven wanneer daar dan sprake van kan zijn. Dit is gebaseerd op reeds bestaande regionale bepalingen.
165	Artikel 13: Controle en verstrekking van gegevens	Welke minimale administratieve eisen gelden om aan te tonen dat zorg daadwerkelijk is geleverd?	U moet uit uw administratie kunnen aantonen dat de zorg deugdelijk is geleverd. Daaruit moet in ieder geval blijken dat de zorg is geleverd op basis van de gestelde indicatie, dat een zorgplan op basis van die indicatie is opgesteld, dat de zorg conform zorgplan is uitgevoerd door bekwaam en deskundig personeel en dat de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd.
166	Artikel 15: Uitgangspunten voor betaling	Indien het zorgkantoor gebruik maakt van haar wijzigingsbevoegdheid met financiële impact (bijv. tariefwijziging of volumeaanpassing), hoe wordt dan omgegaan met reeds gemaakte kosten en verplichtingen door zorgaanbieders?	Deze vraag heeft geen betrekking op artikel 15. Wij kunnen deze vraag helaas niet beantwoorden.
167	Artikel 15: Uitgangspunten voor betaling	U schrijft: "Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend." Welke status hebben de kwartaalpublicaties over contracteerruimte?	De kwartaalpublicaties over de uitnutting van de contracteerruimte hebben een informatief karakter. Zij geven inzicht in de uitnutting, maar vormen geen afspraak over vergoeding of financiering waar u rechten aan kunt ontleen.
168	Artikel 16: UBO (Ultimate Beneficial Owner)	Artikel 16, lid 3 vereist dat wijziging van UBO vooraf aan het zorgkantoor worden gemeld. In de praktijk kan dat betekenen dat voorafgaand aan de indiensttreding van een nieuwe bestuurder dit gemeld moet worden bij het zorgkantoor. Hoe ziet het zorgkantoor deze eis in relatie tot de governance processen van zorgaanbieders rond de indiensttreding van een nieuwe bestuurder?	Er is hier geen relatie tot de governance. Het is noodzakelijk de UBO te kunnen onderzoeken alvorens geld uit te keren.
169	Artikel 16: UBO (Ultimate Beneficial Owner)	Welke termijn krijgt de zorgaanbieder om aanvullende UBO-informatie te verstrekken voordat betalingen worden opgeschort?	Er is geen vaste termijn in dagen opgenomen. Als wij de UBO's niet kunnen achterhalen, moet de zorgaanbieder op eerste verzoek de UBO-informatie verstrekken; gebeurt dat niet binnen de gegeven redelijke termijn, dan kunnen wij betalingen opschorten totdat wij meer duidelijkheid over de UBO's hebben verkregen.

170	Artikel 17: Fraude	Op welke wijze maakt het Zorgkantoor onderscheid tussen fraude en niet-opzettelijke of administratieve fouten bij toepassing van maatregelen?	Wij maken onderscheid op basis van opzet. Fraude is opzettelijk handelen of proberen te handelen met als doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop geen recht bestaat; bij fraude geldt de gezamenlijke Maatregelenrichtlijn en verliest de zorgaanbieder het recht op vergoeding. Als sprake is van niet-nakoming zonder fraude, krijgt de zorgaanbieder in beginsel schriftelijk een redelijke termijn om alsnog na te komen en kunnen passende maatregelen worden genomen.
171	Artikel 18: Niet nakoming	Aangezien u in artikel 18 lid 2 de optie tot herstel van een wanprestatie door de zorgaanbieder in de vorm van een ingebrekestelling noemt, vragen wij u te bevestigen dat de maatregelen die genoemd staan in lid 4, waaronder het toepassen van een contractuele boete ter hoogte van 5% van de afgesproken tarieven, pas na daadwerkelijk verzuim plaatsvindt. Graag uw bevestiging dat dit klopt.	Wij kunnen bevestigen dat de maatregelen die genoemd staan in lid 4 pas na daadwerkelijk verzuim plaatsvinden. Wij wijzen erop dat als nakoming van de betreffende verplichtingen reeds blijvend onmogelijk is, de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim is. Dan wordt er geen ingebrekestelling verstuurd en kunnen de maatregelen direct worden ingezet. Ook in het geval van de situatie zoals omschreven in lid 6 van artikel 18 is geen ingebrekestelling vereist.
172	Artikel 18: Niet nakoming	Als vast is komen te staan dat de zorgaanbieder de afspraken in de overeenkomst niet nakomt, kan het zorgkantoor onder meer een verbeterplan opstellen, een klantenstop invoeren, een korting van maximaal 5% op de afgesproken tarieven opleggen, of de overeenkomst opzeggen. Welke procedure geldt voorafgaand aan het opleggen van een maatregel?	Voorafgaand geldt dat wij de zorgaanbieder schriftelijk in gebreke stellen, tenzij nakoming blijvend onmogelijk is; dan is de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim. In de ingebrekestelling krijgt de zorgaanbieder een redelijke termijn om alsnog aan de verplichtingen te voldoen, en die termijn is fataal. Als daarna vaststaat dat de afspraken niet worden nagekomen, kunnen wij één of meer maatregelen nemen.
173	Artikel 18: Niet nakoming	Artikel 18, lid 4: de maatregelen die het zorgkantoor hierin beschrijft zijn niet voorzien van een termijn. Daarnaast: Hoe duidt het zorgkantoor deze maatregelen, waaronder de maatregel om een korting van maximaal 5% op te leggen juridisch in het licht van de wettelijke mogelijkheden in geval van verzuim, proportionaliteit, én in relatie tot het 5e lid?	Wij nemen maatregelen uit artikel 18 lid 4 pas als vaststaat dat de zorgaanbieder de afspraken uit de overeenkomst niet nakomt en in verzuim is. De overeenkomst noemt geen vaste termijn per maatregel. Welke maatregel(en) passend is (zijn) en de duur daarvan, beoordelen wij aan de hand van de concrete tekortkoming en met inachtneming van proportionaliteit. Lid 5 ziet daarnaast op aansprakelijkheid voor schade bij een toerekenbare tekortkoming en staat naast de maatregelen uit lid 3 en lid 4.

174	Artikel 18: Niet nakoming	Artikel 18. Lid 6 lijkt ook abusievelijke onjuistheden/administratieve fouten te omvatten. Kan dit worden toegelicht?	Wat voor u een abusievelijke onjuistheid dan wel een administratieve fout is, hoeft het zorgkantoor niet zo te zien. Mits dit gerechtvaardigd is kunnen onjuistheden/administratieve fouten reden zijn voor het zorgkantoor om zonder ingebrekestelling tot (gedeeltelijke) ontbinding van de overeenkomst over te gaan.
175	Artikel 18: Niet nakoming	Hanteert het Zorgkantoor een vooraf gedefinieerde en kenbare escalatieladder bij toepassing van maatregelen?	Nee, wij hanteren geen vooraf gedefinieerde escalatieladder voor deze maatregelen.
176	Artikel 18: Niet nakoming	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat maatregelen proportioneel zijn en dat in beginsel een herstel- of verbetertermijn wordt geboden vóór toepassing van zwaardere maatregelen?	Wij kunnen bevestigen dat bij een tekortkoming in beginsel eerst een schriftelijke ingebrekestelling volgt met een redelijke termijn om alsnog na te komen. Als nakoming blijvend onmogelijk is, is de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim; bij een onjuistheid of tekortkoming in wat de zorgaanbieder voor de zorginkoop heeft verklaard, kunnen wij zonder ingebrekestelling tot gedeeltelijke of volledige ontbinding overgaan. Wij kijken daarbij naar proportionaliteit.
177	Artikel 18: Niet nakoming	Op basis van welke criteria wordt een maatregel zoals tariefkorting bepaald?	Hier zijn geen vaste criteria voor bepaald en wordt per situatie door het zorgkantoor beoordeeld.
178	Artikel 19 Duurzaamheid	"De zorgaanbieder rapporteert ... voor zover beschikbaar)" Welke eisen worden hieraan gesteld?	Wij verwachten dat u in uw jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteert over duurzaamheidsprestaties, voor zover deze informatie bij u beschikbaar is. Hier zijn geen format vereisten aan gesteld. De aanbieder kan aan dit punt voldoen op de voor hem best passende manier.
179	Artikel 19 Duurzaamheid	De zorgaanbieder boekt aantoonbaar voortgang op de uitvoering van het mobiliteitsplan gericht op het terugdringen van de CO ₂ -emissie. Hoe kan de zorgaanbieder dit aantoonbaar maken? Zeker gezien de beperkte invloed die er is op de vervoersmiddelen die medewerkers zelf wensen in te zetten.	U maakt dit aantoonbaar via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit. Deze verplichting geldt alleen voor zorgaanbieders met meer dan 100 werknemers. Dit is een verplichting vanuit de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO). Via de website van RVO kunt u uw rapportage indienen en vindt u aanvullende handreikingen. De omgevingsdienst in uw regio is verantwoordelijk voor de controle op de rapportageverplichting.
180	Artikel 19 Duurzaamheid	Er worden eisen gesteld aan Duurzaamheid bij Zorgaanbieders met meer dan 250 FTE. Kunt u aangeven of deze eisen voor aanbieders in de Wlz anders zijn dan voor aanbieders die Zvw zorg bieden? Met andere woorden, zijn dit eisen die vanuit ZN worden gesteld aan zorgaanbieders met meer dan 250 Fte?	Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben voor verduurzaming van zorg hetzelfde zorginkoopbeleid 2027 opgesteld en stellen dus dezelfde eisen rondom duurzaamheid.

181	Artikel 19 Duurzaamheid	lid 2 inzake duurzaamheid kleinere zorgaanbieders u geeft aan dat kleinere zorgaanbieders aandacht dienen te hebben voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen. Waaruit dient die aandacht te blijken? wij bieden gespecialiseerde begeleiding in MPT	Wij verwachten dat u duurzaamheid meeneemt in uw plannen en ontwikkelingen. Wij laten u vrij hoe u dit invult. Wij stellen hiervoor geen format vereisten, maar verwachten dat u kunt toelichten hoe u aandacht heeft voor duurzaamheid.
182	Artikel 19 Duurzaamheid	U schrijft dat per 1 januari 2028 duurzaamheid aantoonbaar moet zijn geborgd in de hele organisatie. U geeft echter elders aan dat dit bij voorkeur m.b.v. de MTZ wordt gedaan, welke per locatie wordt afgegeven. Bent u daarom bereid dit lid aan te passen naar: ... aantoonbaar geborgd conform de "Handleiding aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop". Zo nee, waarom niet?	Nee, wij passen dit lid niet aan. Certificering via de Milieu Thermometer Zorg is specifiek opgesteld en ingericht voor de zorg. Een deel van de criteria heeft betrekking op duurzaamheidsbeleid en andere organisatie-brede onderwerpen. Het behalen van een certificaat betekent ook dat voldaan wordt aan andere wettelijke verplichtingen zoals de EED. Bij certificering van locaties wordt naast de duurzaamheid op locatie ook gekeken naar de overkoepelende organisatie.
183	Artikel 19 Duurzaamheid	U stelt dat de geleverde zorg aantoonbaar aan ALLE milieuwet- en regelgeving moet voldoen. Hoe ziet u deze aantoonbaarstelling voor u?	Wij verwachten dat intramurale Wlz-zorgaanbieders met meer dan 250 fte duurzaamheid aantoonbaar maken, bij voorkeur via de Milieuthermometer Zorg, omdat deze aansluit op relevante milieuwetgeving en de doelen van de GDDZ. U kunt ook een alternatieve manier gebruiken, mits die voldoende aansluit bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ. De alternatieven zijn beschreven in de Handleiding Aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop.
184	Artikel 20 Duur en einde van deze overeenkomst	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat bij beëindiging als gevolg van beleidswijzigingen of andere externe omstandigheden een redelijke overgangsregeling wordt gehanteerd?	Er zal per geval bekeken worden of een overgangsregeling noodzakelijk is en zo ja voor welke duur.
185	Artikel 20 Duur en einde van deze overeenkomst	Kan het Zorgkantoor bevestigen dat een afwijking van hetgeen in de bestuursverklaring is verklaard niet zonder nadere beoordeling leidt tot beëindiging van de overeenkomst, en dat de zorgaanbieder in de gelegenheid wordt gesteld om eventuele tekortkomingen binnen een redelijke termijn te herstellen?	Wij zullen bij beëindiging bekijken hoe redelijk dit is, ook gelet op te tekortkoming. Beëindiging kan in bepaalde gevallen ook zonder hersteltermijn.
186	Artikel 20 Duur en einde van deze overeenkomst	Kan het Zorgkantoor toelichten welke overwegingen ten grondslag liggen aan de gekozen aansprakelijkheidsverdeling en hoe dit wordt gerechtvaardigd?	De meeste beëindigingsgronden vallen binnen de risicosfeer van de zorgaanbieder, waarop de zorgaanbieder kan anticiperen. Dit is de reden dat de aansprakelijk is verdeeld zoals vormgegeven in lid 4.

187	Artikel 21: Overdracht van rechten en fusie	Op basis van welke criteria beoordeelt het zorgkantoor een verzoek tot overdracht van rechten en verplichtingen?	U moet ons tijdig informeren over de voorgenomen overdracht of wijziging van zeggenschap en daarbij ingaan op de eventuele meerwaarde voor klanten en het mogelijke effect op de regionale of lokale markt van de zorg die u levert. Daarbij toetsen we o.a. of de continuïteit en kwaliteit van zorglevering gewaarborgd blijft na overdracht. Ook kan een integriteitstoets onderdeel uitmaken van de beoordeling.
188	Artikel 22: Financiële verantwoordelijkheid	Hoe wordt voorkomen dat samenwerking leidt tot onduidelijkheid in verantwoordelijkheid en bekostiging?	Deze vraag heeft geen betrekking op de overeenkomst. We beantwoorden hem daarom niet.
189	Artikel 23: Algemene slotbepalingen	Kan het zorgkantoor verduidelijken wanneer een geschil via NAI wordt behandeld en wanneer via de rechtbank Den Haag?	Bij een geschil proberen wij dit eerst samen met u op te lossen. Als dat niet lukt, kan het geschil worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering, ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut, of aan de bevoegde rechtbank zoals in de overeenkomst bepaald. De overeenkomst legt geen nadere verdeling vast wanneer welke route geldt.
190	Artikel 23: Algemene slotbepalingen	Kunt u toelichten hoe artikel 23 lid 3 zich verhoudt tot meerjarige investerings- en vastgoedverplichtingen van zorgaanbieders, en welke waarborgen gelden om te voorkomen dat aanbieders bij beëindiging met niet-afbouwbaar verplichtingen worden geconfronteerd?	Artikel 23 lid 3 regelt dat partijen bij noodzakelijke aanpassing van de overeenkomst zo snel mogelijk overleggen; als zij geen overeenstemming bereiken, kan ieder van de partijen met een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. De overeenkomst bevat daarbij geen specifieke waarborg voor meerjarige investerings- of vastgoedverplichtingen en bepaalt juist dat het zorgkantoor bij beëindiging geen schadevergoeding aan de zorgaanbieder verschuldigd is.
191	Artikel 23: Algemene slotbepalingen	Onder welke omstandigheden kan de overeenkomst worden opgezegd indien geen overeenstemming wordt bereikt over aanpassing van bepalingen?	Als aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk is, bijvoorbeeld door wijziging van relevante wet- of regelgeving of overheidsbeleid, treden partijen zo snel mogelijk in overleg over de te wijzigen bepalingen. Als daarover geen overeenstemming wordt bereikt, kan iedere partij de overeenkomst opzeggen met een opzegtermijn van drie maanden; tussenkomst van de rechter is niet nodig.
192	Artikel 23: Algemene slotbepalingen	Zoals dit artikel nu geformuleerd is kan wanneer Opdrachtnemer een aanpassing noodzakelijk acht, ook een beroep doen op dit artikel. Kunt u toelichten wanneer een aanpassing door één der partijen als 'noodzakelijk' in de zin van artikel 23 lid 3 wordt beschouwd, en welke toetsingscriteria gelden bij verschil van inzicht tussen partijen?	Dit betreft een wijziging die tweezijdig moet plaatsvinden als beide partijen dat nodig vinden bijvoorbeeld om reden van een wijziging in relevante wet- of regelgeving of overheidsbeleid.

193	Artikel 24: Vrijwaring	Artikel 24 lid 1: Is het zorgkantoor bereid een passage toe te voegen op basis waarvan het zorgkantoor de zorgaanbieder tijdig informeert, in gelegenheid stelt om naar eigen inzicht verweer te voeren en zelf geen afspraken, toezeggingen of erkenningen van aansprakelijkheid of anderszins te doen die de mogelijkheid belemmeren voor zorgaanbieder om verweer te voeren?	Het zorgkantoor is niet bereid een dergelijke passage toe te voegen. De zorgaanbieder mag ervan uit gaan dat het zorgkantoor in een dergelijk geval geen uitspraken zal doen die de zorgaanbieder in een ongunstiger positie zullen brengen.
194	Artikel 24: Vrijwaring	Kunt u toelichten hoe de vrijwaringsverplichting en beperking van aansprakelijkheid zich verhouden tot een evenwichtige risicoverdeling?	De vrijwaringsverplichting ziet op vorderingen van derden tegen het zorgkantoor die verband houden met tekortschieten van de zorgaanbieder in verplichtingen uit de overeenkomst. De beperking van aansprakelijkheid van het zorgkantoor geldt specifiek voor gevolgschade bij een schadeveroorzakende gebeurtenis die is gerelateerd aan de verplichting van het zorgkantoor tot vergoeding van geleverde zorg. Wij zien dit als een evenwichtige risicoverdeling, omdat ieder risico wordt gelegd bij de partij op wiens verplichtingen het risico betrekking heeft; daarnaast moet het zorgkantoor bij aansprakelijkheid van de zorgaanbieder redelijkerwijs schade beperken (artikel 18 lid 5).
195	Artikel 25: Wijzigen van omstandigheden	In de overeenkomsten uit bijlage 3A en 3B zijn bepalingen opgenomen over tariefaanpassing gedurende de looptijd van de overeenkomst. Valt een eventuele toepassing van de macrokorting door VWS binnen de reikwijdte van de tariefaanpassingsbevoegdheid? Welke opzegmogelijkheden hebben aanbieders als het zorgkantoor een dergelijke korting aankondigt?	Een macrokorting door VWS kan gevolgen hebben voor deerschikking en/of nacalculatie op regionaal/landelijk niveau indien het macrobudget niet toereikend blijkt voor de productieafspraken/geleverde zorg. Het is geen onderdeel van onze tariefsystematiek, zoals beschreven in Bijlage 7, om een macrokorting van VWS door te voeren in tarieven.
196	Artikel 25: Wijzigen van omstandigheden	Welke onderdelen van de meerjarige overeenkomst kan het zorgkantoor eenzijdig wijzigen bij wijzigende wet- en regelgeving, aangepaste contracteerruimte of regio budgetten en welke procedurele waarborgen en overlegmomenten gelden daarbij?	Op grond van artikel 23 lid 3 Deel III van de Overeenkomst geldt dat, indien aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk is (bijvoorbeeld om reden van wijziging in wet- of regelgeving of overheidsbeleid), partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg treden over de bepalingen die gewijzigd moeten worden. Bereiken partijen geen overeenstemming, dan kan ieder van beide partijen de overeenkomst opzeggen met een opzegtermijn van drie maanden.

197	Artikel 25: Wijzigen van omstandigheden	Welke wijzigingen worden als 'wezenlijk' beschouwd voor meldplicht?	De zorgaanbieder informeert het zorgkantoor altijd indien er sprake is van verandering van de juridische structuur, veranderingen ten aanzien van hetgeen in de bestuursverklaring verklaard is, het beëindigen van garantiestellingen of het tot stand komen dan wel beëindigen van deelnemingen. Als meldplichtige wijzigingen noemen wij in de overeenkomst een wijziging van de UBO('s), een voorgenomen vervreemding of overdracht van de onderneming, en een voorgenomen aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming. Deze opsomming is niet limitatief.
-----	---	---	---

Bijlage 4A – Bestuursverklaring Wlz 2027

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Algemene gegevens	"De zorgaanbieder schrijft in... Is het de bedoeling om hier alleen in te schrijven in de toegewezen sector? Of kruis je ook de andere sectoren aan waarin je zorg verleent?	U schrijft uitsluitend in voor de sector waarin u bent ingedeeld. Alleen deze sector dient u in de bestuursverklaring aan te vinken; andere sectoren waarin u eventueel zorg verleent, hoeft u niet aan te vinken.
2	Algemene gegevens	1. Wilt u voor de bestuursverklaring een invulbaar format van aanleveren?	De inschrijving aan de hand van de Bestuursverklaring verloopt via VECOZO. Er is geen apart Word- of PDF-bestand nodig.
3	Algemene gegevens	Algemeen: Alle vragen gesteld door de andere partijen mag u veronderstellen als een vraag gesteld door Omring	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
4	Algemene gegevens	Als we als zorgaanbieder alleen af en toe een zzp'er inzetten in de zorg, moeten we dan dit formulier invullen?	U dient alle onderaannemers in het exceldocument op te nemen. Voor ZZP'ers hoeft u alleen het totale % inzet op te nemen.
5	Algemene gegevens	Hoe wordt de verhouding 2/3 zelf leveren en 1/3 onderaanneming vastgesteld?	Door de feitelijke situatie (welk deel van de productie) en naar beoordeling van het zorgkantoor op basis van het inkoopbeleid en contract. U doet de opgave van onderaannemers en het daarbij behorende percentage via de bijlage Opgave onderaannemers bij deze Bestuursverklaring.
6	Eisen 1. Algemeen	Kunt u aanleveren welke bestuurdersverklaring wij dienen aan te leveren? Ontvangen wij een format? Zo niet, kunt u aangeven wat de eis is?	Bijlage 4A op het Inkoopbeleid Langdurige Zorg 2027-2029 is het format voor de bestuursverklaring. Deze is op de website van de zorgkantoren terug te vinden.
7	Eisen 2. Geschiktheidseisen	Betreft de aansprakelijkheidsverzekering ad € 2.500.000 voor schade die door cliënten wordt veroorzaakt of voor schade die door de zorgaanbieder (of: medewerkers) wordt veroorzaakt?	De verzekering betreft aansprakelijkheid van de zorgaanbieder jegens (nabestaanden van) cliënten voor onder de overeenkomst geleverde zorg. Het gaat dus om schade waarvoor de zorgaanbieder aansprakelijk is richting cliënten of nabestaanden, niet om een verzekering voor schade die cliënten veroorzaken.
8	Eisen 2. Geschiktheidseisen	Context: de zorgaanbieder beschikt over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen Vraag: welke leeftijd mag de verklaring max. hebben?	Voor de verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP) geldt dat die niet ouder mag zijn dan 1 jaar op het moment van inschrijving.
9	Eisen 2. Geschiktheidseisen	Hoeven bestaande aanbieders de bovenste eis op p. 4 (De nieuwe zorg aanbieder ... hij dat aantonen.) niet aan te vinken?	De bovenste eis op pagina 4 van bijlage 4A ziet op nieuwe zorgaanbieders. Bestaande zorgaanbieders hoeven deze verklaring niet aan te vinken.

10	Eisen 2. Geschiktheidseisen	Verwacht het zorgkantoor dat elke zorgaanbieder bij indiening van de bestuursverklaring een VOG RP heeft? Zo ja, van welke datum mag de VOG RP maximaal zijn?	Ja. Bij de bestuursverklaring verklaart u dat u beschikt over een verklaring omtrent gedrag voor rechtspersonen (VOG RP) van maximaal 1 jaar oud.
11	Eisen 4. Eisen van onderaanneming	Hoe definieert het zorgkantoor 'onderaannemer, welke ketenverantwoordelijkheid rust op de hoofdaannemer en onder welke voorwaarden is (sub)- onderaanneming toegestaan?	Zie Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst: punt 11. 'Onderaanneming:' onder 'Begrippen' en artikel 10: Onderaanneming. Onderaanneming moet vooraf bij het zorgkantoor worden gemeld; wij kunnen onderaannemers weigeren, vragen om nadere informatie en zo nodig nadere afspraken vastleggen. De onderaannemer moet onder meer aantoonbaar ingeschreven zijn in het handelsregister, voldoen aan de Wtza, en er mag geen IGJ-maatregel of fraudeonderzoek lopen. De hoofdaannemer blijft verantwoordelijk. In de overeenkomst (artikel 10 lid 7) en onder punt 6 van de Bestuursverklaring is aangegeven dat de hoofdaannemer moet kunnen aantonen dat hij met alle onderaannemers afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg. Alleen met toestemming van het zorgkantoor aan de hoofdaannemer is de inschakeling van onderaannemer(s) door een onderaannemer toegestaan.
12	Eisen 4. Eisen van onderaanneming	Vraag gaat over bijlage 4, welke er niet tussen staat: Het zorgkantoor hanteert als uitgangspunt dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren en maximaal 1/3 van de verwachte gecontracteerde zorg door onderaannemers laten leveren. Op welk moment en op welke wijze wordt de 1/3-drempel getoetst? Welke maatregel kan het zorgkantoor treffen?	De 1/3-drempel wordt getoetst bij de inschrijving aan de hand van de opgegeven onderaannemers en hun verwachte productie; als u met onderaannemers werkt, moet u deze melden in de bestuursverklaring en nieuwe onderaannemers tussentijds melden. Daarnaast kan het zorgkantoor nadere informatie opvragen over de onderaannemer en de verwachte productie, en kunnen hierover nadere afspraken in een addendum worden vastgelegd. Bij niet-nakoming kan het zorgkantoor onder meer een verbeterplan verlangen, een klantenstop invoeren, afspraken over volumes, prestaties en tarieven aanpassen, terugvorderen of verrekenen, een tariefkorting van maximaal 5% opleggen of de overeenkomst opzeggen.
13	Eisen 4. Eisen van onderaanneming	Wij zetten een ziekenhuisapotheek in voor het leveren van medicatie. Wordt dit gezien als onderaanneming?	In het kader van verblijf met behandeling door dezelfde Wlz-instelling komen medicijnen en andere farmaceutische zorg ten laste van de Wlz (zie artikel 3.1.1 Wlz lid 1 onderdeel d sub 3°) en is de instelling verantwoordelijk voor de levering daarvan. U geeft aan dat u daarvoor een ziekenhuisapotheek inzet. Deze

			beschouwen wij inderdaad als onderaannemer die bij het zorgkantoor gemeld dient te worden.
14	Eisen 5. Verklaring overeenkomst zorgkantoor zonder tussentijdse beëindiging	Graag toevoegen na bijlage 3 'van deze bestuursverklaring' aan: Ja (geeft u op bijlage 3 aan met welke...)	Dit is geen vraag, maar een tekstuele suggestie ter verdere verduidelijking van de tekst. Wij nemen deze tekstuele suggestie niet over. De verwijzing naar bijlage 3 is naar onze mening voldoende duidelijk in de huidige formulering, waarin u op bijlage 3 aangeeft met welk(e) zorgkanto(o)r(en) en voor welke zorgkantoorregio('s) u een overeenkomst heeft gesloten die tussentijds niet is beëindigd.
15	Eisen 6. Verklaring waarheid en volledigheid	2. is het mogelijk dat u bij punt 6 alle verwijzingen invult, zodat het duidelijk is, als wij deze tekenen, waar naar verwezen wordt?	Bij punt 6 is een verwijzingsmogelijkheid opgenomen naar de regionale zorginkoopdocumenten. De naamgeving van deze documenten zal daarom per zorgkantoor verschillend zijn. Aangezien de inschrijving via het VECOZO inkoopportaal plaatsvindt treft u als het goed is daar per zorgkantoor de juiste verwijzing aan.
16	Bijlage 2: Onderaannemerschap	"Het zorgkantoor hanteert als uitgangspunt dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren en maximaal 1/3 van de verwachte gecontracteerde zorg door onderaannemers laten leveren. Op welk moment en op welke wijze wordt de 1/3-drempel getoetst? Welke maatregel kan het zorgkantoor treffen als gedurende het jaar blijkt dat de 1/3-drempel wordt overschreden?"	Het 1/3-uitgangspunt wordt bij inschrijving beoordeeld op basis van de Bestuursverklaring en de 'Opgave onderaannemers 2027'. Tijdens de contractperiode wordt de feitelijke inzet integraal beoordeeld, waarbij de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk is voor de juiste verhouding en het zorgkantoor hierover bij wijzigingen tijdig informeert. Maatregelen die het zorgkantoor kan treffen, zijn die van niet nakoming. Nieuwe onderaannemers moeten voorafgaand gemeld worden. Het zorgkantoor kan onderaannemers weigeren.
17	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Hoe beoordeelt het zorgkantoor externe behandelaren, zoals orthopedagoog, psychiater, AVG-arts, PMT, SI of logopedie, binnen de onderaannemingsnorm? Worden deze behandelrelaties meegeteld in de 1/3-grens of worden zij anders beoordeeld?	Als externe behandelaren een deel van de daadwerkelijke zorg namens u leveren op basis van doorcontractering, worden deze als onderaannemer aangemerkt en tellen zij mee voor de 1/3-grens. Alleen onderaanneming door mondzorgprofessionals/-praktijken, 'volle dochters' en leden van een zorgcoöperatie die in naam van die coöperatie zorg verlenen, telt niet mee voor de bepaling van het percentage onderaanneming.
18	Bijlage 2: Onderaannemerschap	In Bijlage 2: Onderaannemerschap m.b.t. inzet professionele mondzorg staat: "Klanten met een-bijlage meegenomen te worden". Wordt een tandarts die de mondzorg zelf uitvoert en declareert bij het zorgkantoor voor verblijf inclusief behandeling cliënten in alle situaties gezien als onderaannemer.	Ja, voor cliënten met Wlz-verblijf inclusief behandeling bij dezelfde instelling geldt dat de mondzorgprofessional die de mondzorg levert onderaannemer van de Wlz-zorgaanbieder is, ook als deze zelf bij het zorgkantoor declareert. De Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional maken vooraf

			schriftelijke samenwerkingsafspraken waarin wordt opgenomen dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz van toepassing zijn als de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor declareert.
19	Bijlage 2: Onderaannemerschap	Worden zzp'ers in alle gevallen als onderaannemer aangemerkt, ook wanneer zij structureel onderdeel zijn van het rooster, onder aansturing van de zorgaanbieder werken en binnen het kwaliteitssysteem van de aanbieder vallen?	Ja. Er is sprake van onderaanneming als u (een deel van) de daadwerkelijke zorg doorcontracteert aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er die namens u de zorg verleent. Dat een zzp'er structureel in het rooster staat, onder uw aansturing werkt en binnen uw kwaliteitssysteem valt, verandert deze kwalificatie niet.
20	Bijlage opgave onderaannemers bij bestuursverklaring	In het Sjabloon staat: "Geef hieronder alle namen en KvK-nummers van de in te zetten onderaannemers op bij de juiste categorie." Er is geen ruimte om per categorie naam en KVK nummer toe te voegen. Kunnen jullie het sjabloon aanpassen?	U kunt de naam samen met het bijbehorende KvK nummer in één vakje van de tabel plaatsen. Voor ZZP'ers hoeft u geen namen en KvK-nummers op te geven. Wij passen het sjabloon nu niet aan.
21	Bijlage opgave onderaannemers bij bestuursverklaring	Wij maken als zorgaanbieder gebruik van uitzendkrachten en/of zzp'ers in de zorg. Moeten we hen op dit formulier invullen? Zo ja, vindt u het goed dat dit dan geanonimiseerd en op totaal niveau doen op basis van de actuele inzet?	Zzp'ers in de zorg gelden als onderaannemers en moeten in het formulier worden meegenomen. U vult voor zzp'ers het percentage van de verwachte productie in; namen en KvK-nummers van zzp'ers hoeft u niet op te geven. Uitzendkrachten worden niet aangemerkt als onderaannemers en hoeven daarom niet te worden opgenomen.

Bijlage 5 - Declaratieprotocol Wlz 2027

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Reikwijdte van het document	Algemeen: Alle vragen gesteld door de andere partijen mag u veronderstellen als een vraag gesteld door Omring	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
2	Reikwijdte van het document	Hoe voorkomen wij samenloop van de facturatie van WLZ- en ZVW-zorg?	Bij VECOZO kunt u via de Wlz-raadpleegfunctie inzien of een cliënt een Wlz indicatie heeft. Voor samenloop hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren een controle ingebouwd die dubbele declaratie voorkomt.
3	Reikwijdte van het document	Wat zijn de wijzigingen in het Declaratieprotocol Wlz 2027 t.o.v. het jaar 2026?	Wij voorzien niet in een apart overzicht van wijzigingen van het Declaratieprotocol Wlz 2027 ten opzichte van 2026. Het Declaratieprotocol Wlz 2027 is de geldende versie voor zorgjaar 2027 en bevat de regels voor het declaratieproces via VECOZO/AW319.
4	Artikel 3: Declareren	5. Een declaratie mag alleen declaratieregels bevatten die betrekking hebben op hetzelfde kalenderjaar. In het verleden mochten we elk jaar tot eind februari van het nieuwe jaar nog declaratieregels leveren van het vorige boekjaar. Is dat een wijziging daarin? We moeten toch wel wat ruimte hebben om het jaar goed af te kunnen sluiten?	Er staat hier dat één declaratie alleen declaratieregels mag bevatten die binnen hetzelfde kalenderjaar vallen. Als u declaratieregels wil indienen die over twee kalenderjaren heen gaan, zult u deze moeten scheiden in twee declaraties. Het is dus gewoon mogelijk om declaraties (voor de nacalculatie) in te dienen over de openstaande boekjaren.
5	Artikel 3: Declareren	De zorgaanbieder declareert bij het zorgkantoor alleen de productie die feitelijk is geleverd aan etc. Waarom is het woord feitelijk toegevoegd? Wat impliceert deze toevoeging?	Met "feitelijk" verduidelijken wij dat alleen productie mag worden gedeclareerd die daadwerkelijk aan de klant is geleverd. Het is een verduidelijking met het oog op rechtmatigheid en is in lijn met NZa regelgeving op dit punt. Een uitzondering hierop zijn afwezigheidsdagen, zolang hier aan de NZa-beleidsregel voldaan wordt.
6	Artikel 3: Declareren	Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen administratieve lastenverlichting en komen daar concrete handvatten voor?	Wij steunen initiatieven die zijn gericht op het verminderen van administratieve last. Zo zijn de Zorgkantoren betrokken bij projecten/experimenten die zich hier specifiek op richten (ERA1, Ontregel de Zorg) en stimuleren wij innovaties die hier aan bijdragen.

7	Artikel 3: Declareren	In het declaratieprotocol stelt u dat we alleen productie van klanten, die woonachtig zijn in de regio, mogen declareren. Wij zijn expertisecentrum en declareren soms geleverde zorg van klanten die woonachtig zijn in een andere regio. Hoe kunnen we voor deze klanten de CCA producten declareren?	Deze uitzondering valt onder de toevoeging 'tenzij anders overeengekomen is met het zorgkantoor' in artikel 3.3.
8	Artikel 4: Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels	Kunt u aangeven op welke gronden de tarieven met terugwerkende kracht eenzijdig door u kunnen worden gewijzigd?	We kunnen gedurende het lopende jaar tarieven met terugwerkende kracht toepassen als sprake is van een tussentijdse aanpassing van de tarieven gedurende het lopende jaar door de NZa of door het zorgkantoor. Dit is meestal gebaseerd op correcties van eerder vastgestelde tarieven. Dit wordt altijd doorgevoerd met inachtneming van een redelijke termijn voor de administratieve verwerking door de zorgaanbieder. De toepassing met terugwerkende kracht gaat maximaal terug tot de eerste dag van dat lopende jaar. Wij kunnen ook besluiten de nieuwe tarieven niet met terugwerkende kracht toe te passen, maar vanaf een toekomstig moment in het lopende jaar.
9	Artikel 5: Retourinformatie	De termijn voor het verstrekken van retourinformatie door het Zorgkantoor is verruimd van uiterlijk 10 dagen naar uiterlijk 14 dagen. Wat is de reden dat deze termijn is verruimd?	De termijn is veranderd van uiterlijk 10 werkdagen naar uiterlijk 14 kalenderdagen. Feitelijk is hier dus geen sprake van een verruiming. De zorgkantoren hebben alle termijnen omgezet naar kalenderdagen.
10	Artikel 7: Controles door het zorgkantoor	Ten aanzien van controles zijn de reactietermijnen voor zorgaanbieders geformuleerd, maar ontbreken de reactietermijnen vanuit het zorgkantoor. Wij stellen vast dat reacties vanuit het zorgkantoor wel op zich kunnen laten wachten. Kunt u hier ook reactietermijnen voor opnemen?	Het is in artikel 7 niet nodig om een reactietermijn van het zorgkantoor op te nemen. Er worden immers alleen acties van de zorgaanbieder genoemd die niet afhankelijk zijn van een reactie van het zorgkantoor.

Bijlage 7 - Onderbouwing vertrektarieven Wlz 2027

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Gehele document & bijlagen	"Kunt u toelichten waarom gegevens uit jaar t 2 beslissend worden geacht zowel voor de clusterindeling van zorgaanbieders als voor de daarop gebaseerde tariefvorming?"	Wij gebruiken jaar t-2 omdat de jaarrekeningen meest recente beschikbare en controleerbare bron is voor het landelijke tariefmodel. De declaraties uit het jaar t-2 omvatten het meest recente volledige jaar waarvan declaraties beschikbaar zijn voor de clustering.
2	Gehele document & bijlagen	"Kunt u toelichten waarom het zorgkantoor de dubbele beslissende rol van één historisch jaar passend acht bij een zorginkoopbeleid met een looptijd van drie jaren?"	Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente, beschikbare, objectieve en uniforme bron is voor jaarrekeningdata en declaratiedata. Hiermee kunnen wij zorgaanbieders op vergelijkbare wijze clusteren en per cluster een onderbouwd vertrektarief bepalen. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het model jaarlijks herijkt op basis van de dan meest recente beschikbare data. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele kostenontwikkelingen binnen de sector.
3	Gehele document & bijlagen	"Aanbieders in een groep leveren dezelfde zorg en hebben een vergelijkbare bedrijfsvoering op basis van objectieve kenmerken." Kunt u toelichten wat deze 'objectieve kenmerken' zijn?	Met 'objectieve kenmerken' wordt bedoeld op kenmerken die eenduidig en op basis van beschikbare data kunnen worden vastgesteld. Het gaat onder meer om het type zorg dat wordt geleverd (sectorindeling) en de leveringsvorm, zoals extramurale zorg, VPT of (gedeeltelijk) intramurale zorg, gebaseerd op de omzetverdeling van de aanbieder.
4	Gehele document & bijlagen	10. U beschrijft dat de vertrektariefpercentages 2027 pas uiterlijk op 4 september 2026 worden gepubliceerd, omdat de jaarverslagen 2025 pas vanaf 1 juni beschikbaar zijn. Kunt u toelichten hoe zorgaanbieders voorafgaand aan publicatie van het vertrektariefpercentage een realistische financiële beoordeling kunnen maken? Wordt vooraf een indicatie, bandbreedte of scenario beschikbaar gesteld?	Zorgaanbieders beschikken voorafgaand aan de publicatie nog niet over het specifieke vertrektariefpercentage per cluster; deze worden op 4 september 2026 gepubliceerd. Wel wordt transparantie geboden over de systematiek en de onderliggende data. Zo is het tariefmodel en de berekeningswijze vooraf inzichtelijk, inclusief de wijze waarop kostenpercentages en clustering tot stand komen. Daarnaast ontvingen zorgaanbieders op 1 juni 2026 informatie over hun clusterindeling, zodat zij hun positie binnen het model kennen en hierop analyses kunnen baseren. Een vooraf door het zorgkantoor vastgestelde indicatie of bandbreedte wordt echter niet verstrekt.

5	Gehele document & bijlagen	2. De onderbouwing van de vertrektarieven per cluster. Blz. 10; Stap 1; kunnen jullie dit concreter maken. Welke zorgaanbieders worden gebruikt om het 75ste percentiel te bepalen?	Voor de bepaling van het 75ste percentiel worden alle zorgaanbieders gebruikt die in het betreffende cluster zijn ingedeeld en waarvan de jaarrekeningen beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, onafhankelijk van Wlz omzet. Outliers worden uitgesloten.
6	Gehele document & bijlagen	75% van aanbieders krijgt kostendekkende vergoeding. Hoe wordt het financiële risico voor de overige 25% aanbieders expliciet gemonitord en geadresseerd (bijv. via herijking tarieven of aanvullende middelen)?	Wij monitoren of adresseren de overige 25% van aanbieders niet expliciet. De 75%-norm is onderdeel van het landelijke tariefmodel en voor de overige aanbieders geldt een doelmatigheidsprikkel. Als de tariefsystematiek voor een individuele aanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, kan die aanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule. De herijking van de tarieven is de verantwoordelijkheid van de NZa. De tariefpercentages worden toegepast op de NZa tarieven en volgt de ontwikkeling daarin. Als de NZa aan de hand van het kostprijsonderzoek de tarieven aanpast wordt het tariefpercentage toegepast op deze NZa tarieven.
7	Gehele document & bijlagen	Aan de opbrengstenkant halen de zorgkantoren de NHC en de NIC component uit de declaratiedata, aan de kostenkant halen ze eenzelfde bedrag uit de som der bedrijfslasten. Een mogelijk positief vastgoedresultaat blijft in het model zitten en komt daarmee terecht in de zorgcomponent en drukt daarmee het RTP. Dit lijkt ons niet de bedoeling. Hoe corrigeren de zorgkantoren hiervoor?	Binnen de gehanteerde methodiek vindt geen afzonderlijke correctie plaats voor mogelijke positieve of negatieve vastgoedresultaten. De NHC/NIC-opbrengsten worden in mindering gebracht op de kosten om de vastgoedcomponent als zodanig uit het model te verwijderen en overlap te voorkomen. Eventuele verschillen tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke kapitaallasten maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van zorgaanbieders. Ter borging van de robuustheid van de uitkomsten wordt een outlieranalyse toegepast, waarbij extreme afwijkingen in de data worden geïdentificeerd en beoordeeld.

8	Gehele document & bijlagen	Aan de opbrengstenkant halen zorgkantoren de NHC en NIC component uit de declaratiedata, aan de kostenkant halen ze eenzelfde bedrag uit de som der bedrijfslasten. Een mogelijk positief vastgoedresultaat blijft in het model zitten en drukt daarmee het RTP. Hoe corrigeren de zorgkantoren hiervoor?	Binnen de gehanteerde methodiek vindt geen afzonderlijke correctie plaats voor eventuele positieve of negatieve resultaten op vastgoed. De NHC/NIC-opbrengsten worden gecorrigeerd door deze in mindering te brengen op de kosten, zodat de vastgoedcomponent als zodanig uit het model wordt gehaald. Eventuele verschillen tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke kapitaallasten worden niet apart gecorrigeerd, maar maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van zorgaanbieders. Deze methodiek is gericht op een uniforme en vergelijkbare bepaling van zorgkosten op basis van gerealiseerde data.
9	Gehele document & bijlagen	Algemeen: Alle vragen gesteld door de andere partijen mag u veronderstellen als een vraag gesteld door Omring	Uw vraag is onduidelijk. We kunnen de vraag daarom niet goed beantwoorden.
10	Gehele document & bijlagen	als aanbieder moet je in de jaren voor de investering extra positief resultaat maken om te sparen en vervolgens die ruimte gebruiken om de extra financieringslast na de investering te dragen. Het opschonen voor de NHC/NIC-vergoeding maakt dit nog niet tot een nacalculatiesysteem, waarbij kosten en opbrengsten op jaarbasis gelijk zijn.	Het corrigeren voor de NHC/NIC-component in het tariefmodel is bedoeld om overlap te verwijderen, omdat een deel van de financiële baten en lasten al wordt vergoed via het 100%-tarief voor NHC/NIC. Daarom wordt deze component buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van het richttariefpercentage. Hiermee wordt geen nacalculatiesysteem geïntroduceerd. Wij spreken tariefpercentages af op basis van het landelijke vertrektariefpercentage per cluster, terwijl de NHC/NIC volledig wordt vergoed tegen het NZa-tarief. Wij verwachten dat zorgaanbieders de NHC-inkomsten inzetten voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van hun vastgoed. Het richttariefpercentage is gericht op een zuivere bepaling van de zorgkosten, los van individuele verschillen in investeringsmomenten en financieringsstructuur.
11	Gehele document & bijlagen	Als blijft dat gestelde vragen over de andere document gekoppeld zijn aan bijlage 7 stellen wij dat deze vragen (of als er later bezwaar uit zou vloeien) ook zijn verbonden met bijlage 7.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
12	Gehele document & bijlagen	Als bron gebruikt u de declaratiegegevens. Klopt het dat u alleen de goedgekeurde facturatie meeneemt in uw berekening en niet de afgekeurde facturaties?	Dat klopt.

13	Gehele document & bijlagen	Als bron wordt gebruikt "de jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar waren". Volgens mij is deze formulering onjuist. Gezien de rest van het document zou het moeten gaan om de jaarverslagen t-2 die eind juli t-1 beschikbaar waren. Bent u bereid om de formulering aan te passen?	Ja. De formulering wordt aangepast in bijlage 7, zodat duidelijk is dat het gaat om de jaarverslagen over jaar t-2 die eind juli van jaar t-1 beschikbaar waren in het Intrakoop-bestand.
14	Gehele document & bijlagen	Als een aanbieder aantoonbaar nadeel ondervindt van de schoning voor de NHC/NIC en hoe hij zich verhoudt tot het 75% welke oplossing ziet het zorgkantoor hier dan voor?	Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
15	Gehele document & bijlagen	Als er met het schonen van de NHC-NIC kosten bij de berekening met de werkelijke NHC en NIC kosten worden gerekend, hoe wordt deze informatie uit de jaarrekeningen gehaald en omgerekend naar een landelijk gemiddelde?	In de gehanteerde methodiek wordt niet gerekend met de werkelijke NHC/NIC-kosten uit de jaarrekening. De opschoning van de NHC/NIC is gebaseerd op de NHC/NIC-opbrengsten, berekend op basis van NZa-tarieven en gedeclareerde aantallen (t-2). Het is daarom niet nodig om vastgoedkosten uit jaarrekeningen te halen of om te rekenen naar een landelijk gemiddelde. De correctie vindt plaats op basis van een normatieve en uniform bepaalde component, waardoor zorgaanbieders onderling vergelijkbaar blijven.
16	Gehele document & bijlagen	Bent u bereid het richttarief zo vast te stellen dat aanbieders een positief resultaat behalen, in plaats van slechts kostendekkend, en zo nee, op basis van welke overwegingen acht u een neutraal resultaat voldoende voor gezonde bedrijfsvoering?	Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model in vulling 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.
17	Gehele document & bijlagen	Bent u bereid om de rekenmethode voor het richttarief aan te passen als zorgaanbieders het gevraagde inzicht in zorg- en vastgoedexploitatie kunnen leveren?	Wij passen de rekenmethode niet aan op basis van een inzicht in zorg- en vastgoedexploitatie; voor het bepalen van de vertrektarieven gebruiken zorgkantoren drie bestaande databronnen: jaarverslagen, declaratiegegevens en NZa-maximumtarieven. Er is geen aanvullende uitvraag gedaan om de administratieve lasten te beperken.
18	Gehele document & bijlagen	Bent u bereid om in deze systematiek ieder jaar de afweging te maken om de clusterindeling en tariefuitkomsten afhankelijk te maken aan t-2? Zo nee dan maken wij bezwaar.	Ja, de clustering en de berekening van het vertrektariefpercentage zullen elk jaar herhaald worden gebaseerd op de meest recente data uit jaar t-2.

19	Gehele document & bijlagen	Bent u het eens met de veronderstelling dat de NHC- en NIC-kosten van aanbieders gelijk zijn aan de NHC- en NIC-opbrengsten die in het schema op pagina 6 worden afgetrokken van de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten?	In de methodiek wordt niet aangenomen dat NHC/NIC-kosten gelijk zijn aan de opbrengsten. De NHC/NIC-opbrengsten worden gebruikt als normatieve correctie om overlap te verwijderen en de vastgoedcomponent uit het model te halen. Deze correctie is noodzakelijk omdat de NHC/NIC-component volledig (100%) wordt vergoed via het NZa-tarief.
20	Gehele document & bijlagen	Bezwaar. De correctie van financieringslasten op basis van een veronderstelde overlap met NHC/NIC, zonder verifieerbare analyse, laat feitelijke kosten buiten beschouwing en is strijdig met het zorgvuldigheidsbeginsel.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
21	Gehele document & bijlagen	Bezwaar. Het gebruik van gegevens uit jaar t-2 als basis voor zowel clusterindeling als tariefvorming is niet gemotiveerd en niet inzichtelijk gemaakt als representatief voor de meerjarige beleidsperiode.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
22	Gehele document & bijlagen	Bezwaar: Er is opgenomen dat financieringslasten worden gecorrigeerd vanwege een veronderstelde overlap met de NHC/NIC, terwijl het kostenpercentage wordt bepaald ten opzichte van een NZa-maximumtarief exclusief NHC/NIC. De NHC/NIC vormt echter een normatieve vergoeding voor kapitaallasten en is niet noodzakelijk gelijk aan de feitelijke financieringslasten van individuele zorgaanbieders.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
23	Gehele document & bijlagen	Bij correctie voor de NHC/NIC-component lijkt sprake van gedeeltelijke overlap, terwijl de correctie volledig wordt toegepast. Waarom is hiervoor gekozen en leidt dit niet tot een te grote correctie? Kunt u dit met een eenvoudig voorbeeld toelichten?	De correctie wordt niet gebaseerd op een exacte overlap per zorgaanbieder, maar wordt volledig toegepast om de vastgoedcomponent structureel uit het model te verwijderen. Dit gebeurt omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl vastgoedlasten — zoals financieringslasten, huur en afschrijvingen — onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen. Zonder correctie zouden deze lasten leiden tot overlap in het kostenpercentage. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door een outlieranalyse en de 75%-systematiek.

24	Gehele document & bijlagen	Bij de bepaling van het kostenpercentage voor de zorgaanbieder, worden de totale kosten uit de jaarrekening gecorrigeerd met de NHC in plaats van de werkelijke kapitaalslasten in de jaarrekening. Levert dat niet een vertekening op van het kostenpercentage?	Wij herkennen dit niet als een vertekening. Dat wordt gecorrigeerd met NHC/NIC-opbrengsten in plaats van werkelijke kapitaallasten is een bewuste modelkeuze, omdat de NHC/NIC als normatieve component volledig wordt vergoed en niet eenduidig kan worden gekoppeld aan feitelijke kosten per zorgaanbieder. Uit een uitvraag in 2024 blijkt bovendien dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten naar financieringsdomein (zoals Wlz, Wmo en Zvw) op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. Hierdoor is het niet mogelijk om werkelijke kapitaallasten op consistente en vergelijkbare wijze toe te rekenen. De NHC/NIC-opbrengsten worden daarom gebruikt om de vastgoedcomponent generiek uit de kosten te verwijderen. Dit voorkomt dat vastgoedlasten, zoals financiële lasten die al via de NHC/NIC worden vergoed, indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage.
25	Gehele document & bijlagen	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikt. Dit leidt o.i. niet tot een reëel tarief, want voor een gezonde bedrijfsvoering is een marge nodig (tenminste 1,5%) om risico's op te vangen en te kunnen investeren. Kan de systematiek hierop worden aangepast? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij passen het vertrektariefpercentage niet aan naar het uitgangspunt dat alle zorgaanbieders een marge van 1.5% behalen. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.

26	Gehele document & bijlagen	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Wij menen dat een neutraal resultaat onvoldoende is voor een gezonde bedrijfsvoering. Bent u bereid het richttariefpercentage zodanig aan te passen dat een positief resultaat het uitgangspunt is? Zo nee, hoe kunnen aanbieders dan risico's opvangen?	Nee, wij passen het vertrektariefpercentage niet aan naar het uitgangspunt dat alle zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. Eventueel kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.
27	Gehele document & bijlagen	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief omdat investeringen door inflatie gem. 20% hoger zijn dan de afschrijvingen. Bent u bereid om het richttariefpercentage hier op aan te passen? Zo nee, waarom niet?	Nee, wij passen het vertrektariefpercentage niet aan naar het uitgangspunt dat alle zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.

28	Gehele document & bijlagen	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages wordt er uitgegaan dat 75% van de aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. Maar een neutraal resultaat is al negatief daar dan niet eens de inflatie wordt gedekt en er dus geen weerstandsvermogen kan worden opgebouwd. Kunt u alleen kijken naar een positief resultaat die tenminste de inflatie dekt ? Zo nee waarom niet?	Nee, wij passen het vertrektariefpercentage niet aan naar het uitgangspunt dat alle zorgaanbieders een positief resultaat behalen. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.
29	Gehele document & bijlagen	Bij de onderbouwing van de richttariefpercentages wordt ervan uitgegaan dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan realiseren. Kan het zorgkantoor toelichten in hoeverre bij deze onderbouwing is uitgegaan van genormaliseerde (exclusief incidentele baten en lasten) exploitatieresultaten als basis voor de beoordeling van kostendekkendheid en financiële houdbaarheid?	Wij gebruiken geen afzonderlijk genormaliseerd exploitatieresultaat als basis. Voor het kostenpercentage gebruiken wij de beschikbare jaarverslagdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven van jaar t-2; de totale kosten worden berekend uit de som der bedrijfslasten en het saldo van financieringsbaten en -lasten. Wel controleren wij de data met een outlieranalyse en voeren wij correcties door als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven. Outliers die na twee correctierondes buiten de grens blijven, worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief.
30	Gehele document & bijlagen	Bij het bepalen van de WLZ ZiN kosten wordt gebruik gemaakt van de 'Wlz ZiN ratio'. De opbrengsten WLZ per uur zijn echter aanzienlijk lager dan de ZVW opbrengsten per uur terwijl de kosten per uur hetzelfde zijn. Worden er hierdoor niet te weinig kosten toegerekend aan de WLZ ZiN waardoor het richttariefpercentage te laag wordt vastgesteld?	Voor de toerekening van kosten aan Wlz ZiN gebruiken wij de Wlz ZiN ratio omdat uit jaarrekeningen geen onderscheid kan worden gemaakt tussen Wlz-kosten en kosten uit andere domeinen en we dus niet de Wlz specifieke kosten weten. Hieraan ligt de aanname ten grondslag dat de verhouding tussen Wlz ZiN omzet en totale omzet een adequate, objectieve en uniforme afspiegeling is van de verhouding tussen Wlz ZiN kosten en totale kosten; de NZa hanteert deze aanname ook als ze niet op een andere manier kosten kunnen toerekenen.

31	Gehele document & bijlagen	Bij het vaststellen van het tarief wordt uitgegaan dat minimaal 75% van de zorginstellingen kostendekkend moet kunnen werken. Betekent het dat het zorgkantoor op termijn 25% van de zorginstellingen failliet ziet gaan in de markt (door jarenlange intering op reserves)?	Binnen de vastgestelde vertrektariepercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het vertrektariepercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.
32	Gehele document & bijlagen	Bij onderbouwing van richttariefpercentages gaat u ervan uit dat 75% van aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. Wij menen dat met bereiken van neutraal resultaat geen sprake is van reëel tarief, immers voor gezonde bedrijfsvoering is een resultaat onontbeerlijk. Bent u bereid om richttariefpercentage aan te passen waarbij als uitgangspunt wordt dat ZA positief resultaat behalen?	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. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
33	Gehele document & bijlagen	Bij stap 1 (bepalen Wlz ZiN-kosten) wordt aangenomen dat de verhouding tussen Wlz ZiN-omzet en totale omzet een adequate afspiegeling vormt van de verhouding tussen Wlz ZiN-kosten en totale kosten. Kan het zorgkantoor toelichten waarom deze aanname ook passend wordt geacht voor zorgaanbieders die naast Wlz-zorg tevens Wmo- en Zvw-zorg leveren met een afwijkende kostenstructuur?	Uit de jaarrekeningen kan geen onderscheid worden gemaakt tussen Wlz-kosten en kosten uit andere domeinen. Daarom worden de Wlz ZiN-kosten toegerekend met behulp van de Wlz ZiN-ratio: de Wlz ZiN-omzet afgezet tegen de totale omzet. Daaraan ligt de aanname ten grondslag dat deze verhouding een adequate, objectieve en uniforme afspiegeling vormt van de verhouding tussen Wlz ZiN-kosten en totale kosten.
34	Gehele document & bijlagen	Bij Stap 1 bepaalt u het aandeel Wlz....'de totale omzet'. Wij maken bezwaar tegen deze methodiek. Het kostenaandeel Wlz is naar verhouding beduidend hoger dan bij de onderdelen Wmo en Zvw, bijv. door de kosten voor behandelen, hulpmiddelen, onderhoud, energie, belastingen etc. Bent u bereid de wijze van verdeling van de kosten over de sectoren aan te passen?	Nee. Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.

35	Gehele document & bijlagen	Bijlage 7.b: Python code. Blz. 18; Kunnen jullie uitleg geven over de Python methode?	Python is de programmeertaal die beschrijft hoe de data is verwerkt in een business intelligence tool. Hiermee geven wij transparantie hoe de berekeningen zijn gedaan. De inhoudelijke uitleg van de methode staat in hoofdstuk 2.
36	Gehele document & bijlagen	Bijlage 7C: wanneer dient deze informatie aangeleverd te worden en aan wie?	Bijlage 7C is een format om declaratiegegevens per zorgkantoor te verkrijgen; deze gegevens worden verwerkt in het tariefmodel. Er is geen aanvullende uitvraag bij zorgaanbieders gedaan, om administratieve lasten te beperken. U hoeft deze informatie dus niet zelf aan te leveren.
37	Gehele document & bijlagen	Blz. 2 – Ten aanzien van het landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis ontvangen wij graag nadere toelichting op de gebruikte bronnen. Kunt u aangeven welke typen zorgaanbieders zijn meegenomen bij de totstandkoming van dit model?	Voor het tot stand komen van de clustermethode zijn alle zorgaanbieders die Wlz ZiN zorg hebben gedeclareerd in 2024 meegenomen. Deze analyses zijn gevalideerd met data van de aanbieders die zorg hebben gedeclareerd over de jaren 2022 en 2023. Voor het berekenen van de vertrektarieven zijn alle bovengenoemde aanbieders meegenomen van wie daarnaast ook een jaarrekening beschikbaar was in de Intrakoop bestanden.
38	Gehele document & bijlagen	Blz. 27 – Wat is het vertrektariefpercentage voor cluster GGZ B (GGZ WNB)? Gezien deze percentages gebaseerd zijn op de jaarverslagen 2025 en pas op 4 september beschikbaar komen, ontvangen wij graag nadere toelichting op de referentiegroep van organisaties die is gebruikt bij de totstandkoming van dit tarief.	Het vertrektariefpercentage van GGZ cluster B wordt uiterlijk 4 september 2026 gepubliceerd. Alle aanbieders waarvan eind juli 2026 de jaarrekeningen beschikbaar waren in het intrakoop bestand en die daarnaast in 2025 Wlz ZiN zorg hebben gedeclareerd bij het zorgkantoor worden meegenomen bij de berekening van de vertrektariefpercentages. De indeling van de aanbieders per cluster bevat bedrijfsgevoelige informatie die wij niet mogen delen, daarom wordt deze lijst niet gepubliceerd.
39	Gehele document & bijlagen	De beleidsregels van de NZA impliceren gebruik van eigen vermogen voor vastgoedinvesteringen door in de berekeningen een verhouding van eigen vermogen en vreemd vermogen mee te nemen. Dit betekent dat zorginstellingen eigen vermogen kunnen sparen om vastgoed te bekostigen. Hoe verhoudt zich deze normering tot het hoog positief resultaat en de correcties op de NHC?	De correctie in het tariefmodel staat hier niet haaks op, maar sluit aan bij deze systematiek. De NHC/NIC is immers een normatieve vergoeding voor vastgoed- en kapitaallasten; het model corrigeert ervoor dat deze component niet nogmaals via de kostenbasis doorwerkt en zo overlap veroorzaakt in het kostenpercentage.

40	Gehele document & bijlagen	De berekening is gebaseerd op de aanname dat 75% van de zorgaanbieders kostendekkend moet kunnen werken. Banken weigeren een financiering als uit meerjarenprognoses blijkt dat de resultaten structureel kostendekkend zijn, d.w.z. een resultaat van € 0. Op welke wijze voorkomt u dat de tarieven ieder jaar omlaag gaan, omdat zorgaanbieders moeten sturen op een positief resultaat i.p.v. kostendekkend?	Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.
41	Gehele document & bijlagen	De correctie van de NHC/NIC-component heeft naar verwachting een neerwaarts effect op de NHC/NIC-vergoeding. Hoe verhoudt dit effect zich tot de extra eisen en gewenste versnelling in duurzaamheid en vastgoed? Hoe borgt het zorgkantoor samenhang met arbeidsmarktkrapte en financiële druk, en acht men dit moment passend voor deze tariefaanpassing?	De correctie voor NHC/NIC is onderdeel van het verfijnde landelijke tariefmodel per 2027 en haalt een overlap uit het model, omdat een deel van de financiële lasten al via 100% NHC/NIC wordt vergoed. Wij blijven NHC/NIC voor 100% van het NZa-tarief vergoeden en verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van vastgoed. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
42	Gehele document & bijlagen	De kostenpercentages gaan nu enkel uit van kosten, hierin is niet inbegrepen een maatschappelijk verantwoord rendement waarmee verliezen in de exploitatie kunnen worden opgevangen, risico's kunnen worden afgedekt en die ruimte biedt om investeringen te doen. Op welke wijze gaat het zorgkantoor in het tarief voor risico en rendement en innovatie een opslag meenemen?	Het tariefmodel voorziet niet in een separate opslag voor risico, rendement of innovatie. Het vertrektarief wordt gebaseerd op de gerealiseerde kosten en de verdeling daarvan binnen een cluster. Eventuele ruimte voor rendement en investeringen werkt impliciet door in de kostenverdeling. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.

43	Gehele document & bijlagen	De rekenmethodiek hanteert een starttarief zonder ruimte voor rendement, terwijl rendement nodig is om prijsstijgingen, risico's en investeringen op te vangen. Deelt het zorgkantoor de opvatting dat zorgaanbieders geen rendement mogen maken, en zo ja, hoe verhoudt dit zich tot de benodigde investeringscapaciteit?	Het tariefmodel sluit een positief resultaat niet uit. Het model is erop gericht dat minimaal 75% van de aanbieders en het marktaandeel kostendekkend kan opereren, waarbij ruimte voor rendement impliciet onderdeel is van de kostenverdeling binnen de sector. Het model is daarmee niet gericht op een uniform resultaatniveau, maar op een bandbreedte waarin verschillen in efficiency en bedrijfsvoering tot uitdrukking komen. Positieve resultaten maken onderdeel uit van de gerealiseerde kostenstructuur en werken door in de uitkomsten.
44	Gehele document & bijlagen	De systematiek vertrektarieven vraagt ivm zorgvuldigheid en mogelijke impact meer tijd dan om voor 15 juni doorgerekend te hebben op impact. Wij gaan er vanuit dat na publicatie van de tarieven op 4-9 a.s. de impact van deze tarieven geagendeerd kunnen worden in de reguliere gesprekken met het Zorgkantoor medio september/oktober. klopt dat?	Zorgaanbieders en zorginkopers zijn gedurende het jaar met elkaar in gesprek. Indien daartoe aanleiding is, kunnen ook de vertrektarieven besproken worden.
45	Gehele document & bijlagen	De tariefsystematiek wordt gebaseerd op gegevens uit jaar t-2. Deze zijn beslissend gemaakt voor zowel de tariefvorming als het intramurale productievolume gedurende de gehele beleidsperiode. Maakt aub inzichtelijk waarom één historisch referentiejaar voor beide stappen bepalend wordt geacht, en waarom deze keuze representatief is voor de kostenstructuur en het volume gedurende de gehele periode.	Naar aanleiding van de eerder door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de vertrektarieven aan te passen naar t-2. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het model jaarlijks herijkt op basis van de dan meest recente beschikbare data. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele kostenontwikkelingen binnen de sector.

46	Gehele document & bijlagen	De totale kosten van de aanbieder wordt op basis van de verhouding Wlz omzet/totale omzet toegerekend aan Zin gerelateerde Wlz kosten. Daarmee is de systematiek in basis tegenstrijdig en daartegen maken wij bezwaar. Hoe zorgt u er in deze systematiek voor dat de kosten juist worden verdeeld naar enerzijds de Wlz (gesplitst GHZ/VVT) en andere domeinen en anderszijds naar zorgprestaties en NHC/NIC?	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is. Het model richt zich op een gestandaardiseerde bepaling van Wlz-gerelateerde kosten op basis van beschikbare data, en niet op een volledige kostentoerekening per domein of prestatie. Omdat uit jaarrekeningen geen onderscheid kan worden gemaakt tussen Wlz-kosten en kosten uit andere domeinen, wordt de Wlz ZiN-ratio toegepast (Wlz ZiN-omzet ten opzichte van totale omzet). Vervolgens worden de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten geschoond voor NHC/NIC, zodat overlap met deze afzonderlijk vergoede componenten wordt voorkomen.
47	Gehele document & bijlagen	De totale omzet o.b.v. alle financieringsvormen beslaat de meerderheid GZ terwijl WLZ-ZIN GGZ als meerderheid heeft. Tevens vallend onder de CAO gehandicaptenzorg. De sector waarin toegedeeld zijn, is GGZ (o.b.v. de landelijke declaratie). Waarom wordt er niet gekeken naar de totale omzet? En komt hiermee de CAO in het geding?	Om tot het kostenpercentage passend bij de Wlz te komen, wordt gekeken naar de Wlz-omzet en niet naar de omzet van andere domeinen; omdat alleen de Wlz-omzet volledig beschikbaar is vanuit de declaratiedata; declaratiegegevens uit andere domeinen zijn niet beschikbaar. Het kostenpercentage wordt afgezet tegen de NZa-maximumtarieven. Doordat de NZa deze maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en andere relevante factoren, volgt het richttarief daarmee automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
48	Gehele document & bijlagen	De vertrektarieven per cluster worden pas op vrijdag 4 september gepubliceerd, hoe kunnen dan businesscases financieel doorgerekend worden voor de plannen die voor die tijd ingediend moeten zijn bij Inkoopdoel 3	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. De definitieve vertrektarieven worden uiterlijk 4 september gepubliceerd.

49	Gehele document & bijlagen	De vertrektarieven voor 2027 worden gebaseerd op gegevens uit jaar 2025. Hoe wordt geborgd dat de extreme kostenstijgingen (personeel, energie, voeding) en de hoge inflatie van 2025 en 2026 voldoende zijn verwerkt in de tarieven voor 2027, aangezien een indexatie alleen vaak niet dekkend is.	Voor het vertrektarief 2027 is niet met een aparte indexering van 2025 naar 2027 gerekend. Het landelijke tariefmodel gebruikt jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2; voor 2027 is dat 2025. Het kostenpercentage wordt berekend door de Wlz ZiN-kosten exclusief NHC/NIC af te zetten tegen een hypothetisch 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC op basis van dezelfde jaar t-2-data. Indexering wordt verwerkt door de NZa in de maximumtarieven. Voor de hoogte en samenstelling van de NZa-maximumtarieven, waaronder indexatie, is de NZa verantwoordelijk.
50	Gehele document & bijlagen	De vertrektarieven worden pas op 4 september gepubliceerd. Kan het zorgkantoor al aangeven wat de financiële impact zal zijn van de toekomstige tarieven. Zijn deze in lijn met afgelopen jaren?	Wij kunnen de financiële impact van de toekomstige vertrektarieven nog niet aangeven voordat deze zijn berekend en gepubliceerd.
51	Gehele document & bijlagen	De zorgmarkt in zeer in beweging. Financiële resultaten fluctueren. Waarom tarieven baseren om t-2, terwijl jaarrekeningen t-1 al zijn gedeponneerd?	Voor de berekening van de vertrektarieven 2027 worden de jaarrekeningen van 2025 gebruikt. De jaarrekeningen 2025 worden 1 juni 2026 gedeponneerd. Met t-2 bedoelen wij 2025. De jaarrekeningen t-1 zouden de jaarrekeningen over 2026 zijn. Die worden pas 1 juni 2027 gedeponneerd en kunnen daarom niet gebruikt worden voor de vertrektarieven 2027.

52	Gehele document & bijlagen	Deze rekenmethodiek veronderstelt dat de NHC-NIC opbrengsten gelijk zijn aan de NHC-NIC kosten. Dat is niet het geval. Deelt u met ons de mening dat de gemiddelde zorgaanbieder in cluster C het grootste deel van haar vastgoed nog moet vervangen en dus in de spaarfase zit waardoor de vergoeding hoger is dan de kosten (afschrijvingen en rente).	Wij delen niet de veronderstelling dat in de gehanteerde methodiek de NHC/NIC-opbrengsten gelijk worden gesteld aan de feitelijke NHC/NIC-kosten. De NHC/NIC-opbrengsten worden gebruikt als normatieve correctie om de vastgoedcomponent uit het model te verwijderen en overlap in het kostenpercentage te voorkomen. Eventuele verschillen tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke vastgoedlasten, waaronder situaties waarin de vergoeding hoger of lager is dan de kosten, worden niet apart vastgesteld maar maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van aanbieders en werken daarmee impliciet door in de uitkomst. Ook wordt geen onderscheid gemaakt naar een veronderstelde fase van aanbieders, zoals een spaar- of investeringsfase binnen een cluster. De systematiek is gericht op een uniforme en onderling vergelijkbare bepaling van zorgkosten op basis van gerealiseerde data. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
53	Gehele document & bijlagen	Deze vraag moet worden gelezen als tijdig en uitdrukkelijk bezwaar. Kunt u toelichten hoe het landelijk tariefmodel zodanig wordt ingericht dat voor individuele zorgaanbieders een reëel en proportioneel kostendekkend tarief wordt geborgd, gegeven dat slechts 75% van de aanbieders een kostendekkend tarief ontvangt en dit niet leidt tot onevenredige financiële druk?	U kunt geen bezwaar indienen tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het vertrektariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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.

54	Gehele document & bijlagen	Door de NHC/NIC-opbrengsten in mindering te brengen op de kosten, wordt de aanname gedaan dat de NHC/NIC-opbrengsten volledig besteed worden. Dit strijdt met de opmerking in Bijlage 2 – Landelijk Beleidskader WLZ 2027, paragraaf 2.8 (blz. 14) waar gesuggereerd wordt dat aanbieders NHC/NIC inzetten voor de zorgexploitatie. Bent u bereid om de rekenmethode daarop aan te passen?	De NHC/NIC-componenten worden in het tariefmodel geschoond omdat zorgkantoren deze componenten voor 100% vergoeden via het NZa-tarief. Daarom worden de NHC/NIC-opbrengsten in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten en wordt het kostenpercentage berekend ten opzichte van het NZa-maximumtarief exclusief NHC/NIC. Dat zorgaanbieders de NHC/NIC binnen hun bedrijfsvoering na een integrale afweging ook kunnen inzetten voor zorgactiviteiten, doet niet af aan deze modelmatige keuze, die is gericht op een zuivere bepaling van het richttariefpercentage zonder dubbeltelling van de vastgoedcomponent.
55	Gehele document & bijlagen	door efficiënte VPT-aanbieders in een homogeen cluster te plaatsen, zakt het 75e-percentiel-vertrektarief naar het niveau van die groep, terwijl de NHC/NIC-correctie de zorgcomponent drukt. Hoe voorkomen zorgkantoren dat geclusterd VPT (nauwelijks NHC) hierdoor dubbel wordt geraakt?	Wij herkennen niet dat cluster hoofdzakelijk VPT hierdoor dubbel wordt geraakt. Zoals u al aangeeft worden er in het hoofdzakelijk VPT cluster weinig tot geen prestaties gedeclareerd met een NHC/NIC vergoeding. De NHC/NIC correctie wordt per aanbieder toegepast waarbij per relevante prestatie de NHC/NIC component wordt geschoond, waardoor deze correctie in de volledig extramurale clusters geen effect heeft en voornamelijk effect heeft in het gedeeltelijk intramurale cluster. In het hoofdzakelijk VPT cluster zal door het geringe aantal prestaties met NHC/NIC de schoning een zeer klein effect hebben op de kostenratio waardoor aanbieders niet dubbel worden geraakt.
56	Gehele document & bijlagen	door efficiënte VPT-aanbieders in een homogeen cluster te plaatsen, zakt het 75e-percentiel-vertrektarief naar het niveau van die groep. Hoe wordt voorkomen dat de clustering de doelmatigheidsprikkel omzet in een margekorting voor reeds doelmatige VPT-geclusterde aanbieders?	Deze keuze hangt samen met de wettelijke opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. Met het vertrektariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. In het kader van gelijkheid wordt elk cluster op dezelfde manier genormeerd.
57	Gehele document & bijlagen	door efficiënte VPT-aanbieders in een homogeen cluster te plaatsen, zakt het 75e-percentiel-vertrektarief naar het niveau van die groep. Op welke objectieve kostenkenmerken berust de aparte VPT-knip, en hoe wordt voorkomen dat de clustering de doelmatigheidsprikkel omzet in een margekorting voor doelmatige VPT-geclusterde aanbieders?	De aanbieders in het hoofdzakelijk VPT cluster hebben een hoger gemiddeld bedrijfsresultaat vergeleken met de overige extramurale V&V aanbieders. Deze keuze hangt samen met de wettelijke opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. Met het vertrektariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg.

58	Gehele document & bijlagen	Een van de bijlage bevat een uitvraagdocument declaratiegegevens. Wat is de opzet van deze uitvraag of is deze uitvraag gebruikt bij het vaststellen van de tarieven 2026/2027?	De uitvraag is opgezet als format om declaratiegegevens per zorgkantoor te verkrijgen. Het format bevat onder meer een werkblad met lumpsumgegevens per aanbieder en een werkblad met prestaties per aanbieder; gevraagd worden onder andere identificatiegegevens, totaal vergoed bedrag, correcties, prestatiecode, aantal verrichtingen en vergoed bedrag. De gegevens worden door de zorgkantoren aangeleverd en vervolgens verwerkt in het tariefmodel; voor de clustering en indeling over clusters wordt gebruikgemaakt van declaratiedata jaar t-2.
59	Gehele document & bijlagen	Er wordt nergens geschreven dat het Zorgkantoor voornemens is om de tarieven jaarlijks te indexeren en op welke wijze. Kunt u aangeven of en hoe de tarieven over 2028 en 2029 worden geïndexeerd (zo ook bij verlenging van de ovk met twee keer een jaar als daar sprake van is)?	De tarieven zelf volgen de NZa-maximumtarieven per jaar: omdat wij een percentage van het NZa-maximumtarief afspreken, werken wijzigingen in de NZa-maximumtarieven door in de vergoeding. Voor de hoogte en samenstelling van de NZa-maximumtarieven, waaronder indexatie, is de NZa verantwoordelijk. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het model jaarlijks herijkt op basis van de dan meest recente beschikbare data. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele kostenontwikkelingen binnen de sector. Bij een eventuele verlenging gelden de dan geldende afspraken en regelgeving.
60	Gehele document & bijlagen	Gaat de clusterindeling plaatsvinden op concern niveau of entiteit niveau?	De clusterindeling is op KvK-niveau en is in principe landelijk. De declaratiedata van individuele zorgkantoren wordt landelijk geaggregeerd en elk uniek KvK-nummer wordt ingedeeld in een cluster.
61	Gehele document & bijlagen	Gaat de nieuwe rekensystematiek mbt het tarief nadelige gevolgen hebben voor de zorgaanbieders?	De vertrektarieven zijn nog niet berekend en worden op 4 september gepubliceerd. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
62	Gehele document & bijlagen	Gebruikt u bij de berekening van WLZ ratio de totale WLZ omzet van een instelling of per zorgkantoor?	Wij gebruiken voor de Wlz ZiN ratio de Wlz ZiN omzet van de zorgaanbieder op basis van declaratiegegevens, afgezet tegen de totale omzet van die zorgaanbieder zoals opgenomen in de jaarrekening.

63	Gehele document & bijlagen	Geldt de vergelijkbaarheid van de 'kostenkant' ook voor het VPT-cluster, waarin zowel geclusterde woonvormen als ongeclusterde levering thuis vallen? Zo ja, hoe is dit onderzocht en aangetoond, en kunt u de resultaten delen?	Het V&V-cluster 'hoofdzakelijk VPT' wordt bepaald op basis van declaratiedata: extramurale V&V-aanbieders worden daarin ingedeeld als zij 85% of meer van hun totale omzet in jaar t-2 met VPT-prestaties hebben gerealiseerd. Binnen het model wordt geen onderscheid gemaakt naar verschillende vormen van VPT-levering (zoals geclusterde woonvormen versus ongeclusterde zorg thuis). Een afzonderlijke analyse naar de vergelijkbaarheid van de kostenstructuur tussen deze vormen is niet uitgevoerd. Het vertrektarief wordt vastgesteld op basis van integrale kostenpercentages per aanbieder binnen het cluster, waarbij het niveau wordt gekozen waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren.
64	Gehele document & bijlagen	Heeft de verandering van de clusterindeling gevolgen voor het beleid m.b.t. "sectorvreemde klanten"?	U kunt met uw zorginkoper afstemmen of u sectorvreemde zorg kunt leveren en declareren.
65	Gehele document & bijlagen	Heeft deze clusterindeling gevolgen voor toekomstige aanvragen rondom VPT, MPT, geclusterd wonen, intramurale capaciteit of andere ontwikkelingen die specifiek onder het V&V-beleid vallen?	De clusterindeling heeft op zichzelf geen directe gevolgen voor aanvragen of besluiten rondom VPT, MPT, geclusterd wonen of intramurale capaciteit. Deze worden beoordeeld binnen de geldende kaders van het inkoopbeleid en de regionale afspraken.
66	Gehele document & bijlagen	Het Hof heeft eerder geoordeeld dat het saldo fin. baten en lasten moet worden toegevoegd aan het rekenmodel en nu gaat dit er eenzijdig weer uit. Is dit juridisch houdbaar?	Wij delen de aannahme niet dat het saldo financieringsbaten en -lasten uit het rekenmodel is gehaald. In het tariefmodel worden de som der bedrijfslasten en de financieringsbaten en -lasten betrokken bij het bepalen van de totale kosten; in de definities is het saldo van financieringsbaten en -lasten als jaarrekeningpost opgenomen.
67	Gehele document & bijlagen	Het kostenpercentage is gebaseerd op de jaarrekening 2025 en dus inclusief andere financieringsstromen, hoe gaat het ZK om met andere zorg- en financieringsvormen die andere marges en kostenstructuren met zich meebrengen en nu wel in dezelfde jaarrekening zijn verantwoord?	Wij rekenen andere zorg- en financieringsvormen niet afzonderlijk door op basis van hun eigen marges of kostenstructuur. Omdat uit jaarrekeningen geen onderscheid kan worden gemaakt tussen Wlz-kosten en kosten uit andere domeinen, gebruiken wij de Wlz ZiN ratio: de Wlz ZiN omzet op basis van declaratiegegevens gedeeld door de totale omzet uit de jaarrekening. Die ratio wordt toegepast op de totale kosten; daaraan ligt de aannahme ten grondslag dat deze verhouding een adequate, objectieve en uniforme afspiegeling is van de verhouding tussen Wlz ZiN kosten en totale kosten.

68	Gehele document & bijlagen	Het kostenpercentage is gebaseerd op de jaarrekening 2025, hoe wil het ZK zuiveren voor eenmalige mee-of tegenvallers?	De data worden gecontroleerd met een standaard outlieranalyse: afwijkende waarden van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde worden handmatig gecontroleerd; als daar bijzondere uitgaven of inkomsten aan ten grondslag liggen, worden correcties doorgevoerd. Outliers die na twee correctierondes buiten de grens blijven, worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief.
69	Gehele document & bijlagen	Het nieuwe landelijke tariefmodel wijzigt vanaf 2027 de berekening van het vertrektarief. Hanteert het zorgkantoor in 2027 een parallelle vergelijking op basis van de eerdere berekeningssystematiek om de impact van deze wijziging te monitoren? Indien niet, welke vormen van monitoring worden ingezet om eventuele ongewenste effecten tijdig te signaleren?	Nee, wij hanteren geen parallelle vergelijking op basis van de eerdere berekeningssystematiek. Er is een hardheidsclausule beschikbaar als de tariefsystematiek voor een individuele aanbieder een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft.
70	Gehele document & bijlagen	Het tariefmodel bepaald het vertrektariefpercentage op basis van resultaten uit het verleden, terwijl het inkoopbeleid over de toekomstige inspanningen van zorgaanbieders gaat. Kunt u toelichten waarom u het reëel vindt om deze historische gegevens te gebruiken en dit te projecteren op de eisen uit het nieuwe inkoopbeleid?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de vertrektariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2025 en declaratiedata 2025. Voor de onderbouwing van het vertrektariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Doordat het vertrektariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Wij zijn van mening hiermee deugdelijk onderbouwde vertrektariefpercentages te hebben vastgesteld.
71	Gehele document & bijlagen	Het vertrektarief 2027 is gebaseerd op jaarrekening- en declaratiedata 2025. Tegelijkertijd vraagt u aanbieders te extramuraliseren en transformeren. Daarbij ontstaan frictie/transitiekosten die niet in de t-2 data zijn verwerkt. Kunt u aangeven hoe u voorkomt dat de tariefsystematiek de gewenste beweging financieel ontmoedigt en bevestigen dat transitiekosten via maatwerk kunnen worden gedekt?	Het vertrektariefpercentage is het uitgangspunt; daarnaast kunnen zorgkantoren afhankelijk van het regionale beleid met zorgaanbieders in gesprek gaan over maatwerkafspraken met het oog op doelmatigheid. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
72	Gehele document & bijlagen	Het vertrektarief richt zich op gerealiseerde boekjaren waarbij positieve resultaten resulteren in een lager vertrektarief. Hoe wordt hier de noodzaak tot sparen voor toekomstige investeringen en bewegingen in meegenomen?	Investeringsmomenten en spaar-/afbouwfasen zijn individuele situaties en worden niet apart gemodelleerd in het tariefmodel.

73	Gehele document & bijlagen	Het vertrektariefpercentage van aanbieder wordt berekend op basis van de meest recente jaarrekeningen van zorgorganisaties. Hoe wordt gecontroleerd of de aangeleverde data tussen aanbieders voldoende uniform en vergelijkbaar is?	Bij het bepalen van het vertrektariefpercentage wordt gebruik gemaakt van de meest recente, publiek beschikbare en door de accountant gecontroleerde jaarrekeningen van zorgaanbieders. Deze jaarrekeningen zijn opgesteld conform de geldende verslaggevingsregels voor de zorgsector, waaronder de Regeling openbare jaarverantwoording WMG en de toepasselijke Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ), zoals RJ 655 voor zorginstellingen.
74	Gehele document & bijlagen	Het vertrektariefpercentage wordt berekend over het jaar 2025, een jaar waarin we veel VPT hadden. Deze tarieven gaan gelden voor het jaar 2027, een jaar waarin het aantal VPT een stuk lager zal zijn met gem. hogere kosten per VPT, vanwege de aangescherpte spelregels. Wordt hiermee rekening gehouden als het richttarief lager uit komt?	Bij het berekenen van het richttariefpercentage wordt hiermee geen rekening gehouden. De tariefpercentages worden toegepast op de NZa maximumtarieven en volgt de ontwikkelingen daarin. Als de NZa de tarieven aanpast wordt het tariefpercentage toegepast op deze NZa tarieven.
75	Gehele document & bijlagen	Het zorgkantoor geeft aan het rekenmodel te corrigeren voor een vermeende overlap tussen de vergoeding van financiële baten en lasten en de NHC/NIC-component. Kan het zorgkantoor toelichten welke financiële lasten volgens haar reeds volledig worden gedekt via de NHC/NIC en op welke wijze de omvang van deze overlap is vastgesteld?	De correctie in het model ziet niet op specifieke financiële lasten per aanbieder, maar op het voorkomen dat de vastgoedcomponent indirect doorwerkt in het kostenpercentage. De NZa stelt de tariefopbouw en tariefonderdelen vast, waarbij de NHC/NIC als normatieve component bedoeld is voor de vergoeding van kapitaallasten en overige vastgoedgerelateerde lasten.
76	Gehele document & bijlagen	Het Zorgkantoor hanteert als uitgangspunt dat de tariefsystematiek reëel is wanneer 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat behaalt. Kunt u nader onderbouwen hoe een "neutraal resultaat" (0%) zich verhoudt tot de eis van een gezonde bedrijfsvoering, waarbij ruimte moet zijn voor investeringen, innovatie en het opvangen van bedrijfsrisico's?	Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.

77	Gehele document & bijlagen	Hoe bereken je het 75ste percentiel en waarom kies je niet voor het 80ste of het 90ste in deze berekening?	Het 75ste percentiel wordt berekend door binnen het betreffende cluster de kostenpercentages van zorgaanbieders, na uitsluiting van outliers, van laag naar hoog te sorteren en het percentage te bepalen waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders kostendekkend is. Daarnaast wordt afzonderlijk bepaald welk percentage nodig is om minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend te bedienen; het hoogste van deze twee percentages wordt het vertrektarief. Wij kiezen niet voor het 80ste of 90ste percentiel, omdat zorgkantoren in lijn met eerdere jaren vasthouden aan het 75ste percentiel, dit volgt uit eerdere rechtspraak.
78	Gehele document & bijlagen	Hoe borgt u dat het meenemen van beursgenoteerde concernreserves niet leidt tot een ongerechtvaardigde beoordeling van de zorgleverende entiteit en haar investerings- en continuïteitspositie?	Het model houdt hier geen rekening mee. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
79	Gehele document & bijlagen	Hoe gaan we om met incidentele kosten of opbrengsten die in het referentie jaar zijn geweest? Waarom wordt er beoordeeld op een termijn van een jaar en niet over de loop van meerdere jaren om incidentele voor- en nadelen te elimineren?	Wij corrigeren incidentele opbrengsten en uitgaven niet standaard in de berekening. Afwijkende waarden worden via een outlieranalyse gecontroleerd; als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven, worden correcties doorgevoerd en outliers kunnen na twee correctierondes worden uitgesloten. Naar aanleiding van de eerder door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de vertrektarieven aan te passen naar t-2. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2.

80	Gehele document & bijlagen	Hoe hebben de zorgkantoren onderzocht/vastgesteld dat de in het beleidskader opgenomen verwachtingen/ontwikkelopgaven gedurende de periode 2027-2029 voor aanbieders uitvoerbaar en financieel haalbaar zijn binnen de voorgestelde tariefsystematiek? Kan zorgkantoor inzicht geven in deze analyses, aannames en financiële onderbouwing mede gelet op de onzekerheid omvang macro-kader?	De haalbaarheid wordt in het model geborgd doordat het vertrektarief wordt vastgesteld op het niveau waarop minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van de aanbieders kostendekkend kan opereren. Daarmee wordt aangesloten bij de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
81	Gehele document & bijlagen	Hoe houden zorgkantoren in de hele inkoopssystematiek rekening met de noodzaak van grootschalige investeringen in vastgoed en verduurzaming van deze gebouwen?	Wij houden hiermee rekening door voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief te vergoeden. Wij verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van uw vastgoed.
82	Gehele document & bijlagen	Hoe houden zorgkantoren in de hele inkoopssystematiek rekening met de noodzaak van grootschalige investeringen in vastgoed en verduurzaming van deze gebouwen? Voor de financiering van dergelijke investeringen moeten zorgorganisaties vanwege bancaire eisen immers de eerste tien jaar de kosten ook vanuit hun zorgexploitatie dekken.	Wij houden hiermee rekening door voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief te vergoeden. De NHC-inkomsten zijn bedoeld voor de exploitatie, het onderhoud en de verduurzaming van vastgoed.
83	Gehele document & bijlagen	Hoe houden zorgkantoren in de hele inkoopssystematiek rekening met de noodzaak van grootschalige investeringen in vastgoed en verduurzamingen? Daarvoor spaart een zorgaanbieder in de jaren daarvoor en heeft dan een extra positief resultaat. Worden ze op deze wijze daarvoor gestraft?	Zorgkantoren houden hiermee rekening door voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief te vergoeden. Wij verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van vastgoed. In het landelijke tariefmodel worden afwijkende waarden via een outlieranalyse gecontroleerd; als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven, worden correcties doorgevoerd en kunnen resterende outliers worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief. Een positief resultaat leidt dus niet tot een "straf", maar wordt binnen deze systematiek beoordeeld.
84	Gehele document & bijlagen	Hoe houden zorgkantoren in de tariefsystematiek rekening met de Zvw en Wmo die ook het resultaat beïnvloeden en die qua domein een ander risicoprofiel kennen in de visie van banken?	Wij rekenen alleen de Wlz ZiN-kosten toe aan het tariefmodel. Omdat jaarrekeningen geen onderscheid maken tussen kosten voor Wlz en kosten uit andere domeinen, zoals Zvw, Wmo en Jeugdwet, gebruiken wij de Wlz ZiN-ratio: de Wlz ZiN-omzet op basis van declaratiegegevens gedeeld door de totale omzet. Daarmee worden de totale kosten naar rato toegerekend aan het Wlz-zorgdomein; het afzonderlijke resultaat van Zvw of Wmo wordt niet apart in het vertrektarief verwerkt.

85	Gehele document & bijlagen	Hoe houden zorgkantoren in de tariefsystematiek rekening met de Zvw en Wmo die ook het resultaat beïnvloeden?	Wij rekenen kosten uit andere domeinen niet afzonderlijk toe aan de Wlz. Omdat jaarrekeningen geen onderscheid maken tussen kosten voor de Wlz en kosten uit andere domeinen zoals Zvw, Wmo en Jeugdwet, gebruiken zorgkantoren de Wlz ZiN-ratio: de Wlz ZiN-omzet op basis van declaratiegegevens gedeeld door de totale omzet van de zorgaanbieder. Die verhouding wordt gebruikt om uit de totale kosten de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten af te leiden.
86	Gehele document & bijlagen	Hoe houden Zorgkantoren rekening met het feit dat zorgorganisaties jaren sparen op hun NHC/NIC om in de eerste jaren na een investering dit te gebruiken om een negatieve exploitatie te dekken?	In de gehanteerde methodiek wordt geen rekening gehouden met individuele verschillen in de opbouw en inzet van reserves over de tijd. De NHC/NIC-component wordt buiten beschouwing gelaten, omdat deze volledig (100%) wordt vergoed, terwijl vastgoedlasten — zoals financieringslasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent leiden tot overlap in het kostenpercentage. De systematiek is daarmee gericht op een uniforme en onderling vergelijkbare bepaling van zorgkosten, onafhankelijk van verschillen in timing of financieringsstrategieën van individuele aanbieders. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
87	Gehele document & bijlagen	Hoe houdt het tariefmodel rekening met langjarige investeringen, zoals vastgoed en verduurzaming, en de bijbehorende financieringslasten die niet zichtbaar zijn in jaarlijkse resultaten? Hoe wordt dit betrokken bij tariefbepaling en beoordeling van de financiële draagkracht?	Het tariefmodel gebruikt jaarrekeningdata, declaratiedata uit jaar t-2 en NZa-maximumtarieven. In de berekening worden de som der bedrijfslasten en het saldo van financieringsbaten en -lasten betrokken; daarnaast wordt de NHC/NIC-component uit het model geschoond, omdat wij deze componenten voor 100% vergoeden. Langjarige investeringen of toekomstige financieringslasten worden niet afzonderlijk in het landelijke tariefmodel uitgevraagd.
88	Gehele document & bijlagen	Hoe houdt u rekening met positieve resultaten die mede zijn ontstaan door personeelstekorten en de afbouw van ZZP-inzet? Door het huidige vertrektarief wordt de bestaande personeelsinzet feitelijk bevroren, terwijl organisaties juist investeren in het invullen van vacatures om kwaliteit van zorg en werkdruk te verbeteren.	Positieve resultaten zijn individuele situaties en worden niet apart gemodelleerd in het tariefmodel. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.

89	Gehele document & bijlagen	Hoe is de correctie voor de NHC/NIC-component exact berekend, en welke brongegevens (jaar, bron, NZa-beleidsregel) zijn gebruikt als basis?	De NHC/NIC-correctie is berekend door per aanbieder de NHC- en NIC-vergoeding per prestatie te vermenigvuldigen met het aantal gedeclareerde prestaties in jaar t-2. De resulterende NHC/NIC-opbrengsten per aanbieder zijn in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten. Daarnaast is het 100% NZa-maximumtariefscenario bepaald exclusief NHC/NIC. Voor 2027 betreft t-2 het jaar 2025. De gebruikte bronnen zijn jaarrekeningdata, declaratiedata van alle zorgkantoren en de NZa-tarieven conform de geldende beleidsregels voor jaar t-2.
90	Gehele document & bijlagen	Hoe is de index bepaald om historische kosten over t-2 te actualiseren naar prijspeil 2027, inclusief indexatiereeksen per kostencomponent (personeel, materieel, vastgoed, overig)? Is rekening gehouden met feitelijke loonontwikkeling en inflatie in de zorg van t-2 tot 2027, en zijn daarbij OVA-, CPI-reeksen of andere maatstaven gebruikt?	Voor het vertrektarief 2027 is niet met een aparte indexering van 2025 naar 2027 gerekend. Het landelijke tariefmodel gebruikt jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2; voor 2027 is dat 2025. Het kostenpercentage wordt berekend door de Wlz ZiN-kosten exclusief NHC/NIC af te zetten tegen een hypothetisch 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC op basis van dezelfde jaar t-2-data. Indexering wordt verwerkt door de NZa in de maximumtarieven. Voor de hoogte en samenstelling van de NZa-maximumtarieven, waaronder indexatie, is de NZa verantwoordelijk.
91	Gehele document & bijlagen	Hoe is in het verfijnde tariefmodel rekening gehouden met verschillen tussen (deels) intramurale aanbieders, met name m.b.t. aandeel VG7/VG7+? Waarom zijn deze niet expliciet in de clustering meegenomen en hoe wordt geborgd dat het nieuwe tariefmodel aansluit bij verschillen in zorgwaarte en kostenstructuur van zorgaanbieder binnen het (deels) intramurale cluster?	Hier wordt bij zowel de huidige als bij de nieuwe tariefsystematiek vanaf 2027 geen expliciete rekening mee gehouden. Enkel de som der bedrijfslasten, som der bedrijfsopbrengsten en het saldo van de financieringsbaten en lasten wordt meegenomen. Er is wel onderzocht of andere objectieve criteria zoals bijvoorbeeld zorgwaarte (statistisch) onderbouwd konden worden. Maar dit was niet het geval.
92	Gehele document & bijlagen	Hoe is onze organisatie geclusterd en wat zijn de implicaties voor ons vertrektarief?	U heeft van uw zorgkantoor bericht gekregen in welk cluster u bent ingedeeld gebaseerd op uw declaratiedata. De bijbehorende vertrektarieven worden op 4 september 2026 gepubliceerd.

93	Gehele document & bijlagen	Hoe kan een GGZ-aanbieder, uitsluitend op basis van het gepubliceerde zorginkoopbeleid en Bijlage 7, toetsen of de toegepaste clusterindeling aansluit bij de feitelijke kostenstructuur van zijn organisatie?	U kunt dit doen door de stappen in bijlage 7 te volgen om zo uw kostenpercentage te berekenen en dit te vergelijken met uw feitelijke kostenstructuur. Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de vertrektariepercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2025 en declaratiedata 2025, en geen extra uitvraag te doen bij zorgaanbieders. Voor de onderbouwing van het vertrektariepercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data.
94	Gehele document & bijlagen	Hoe komt het vertrekpercentage binnen een cluster tot stand?	De berekening van het vertrektariepercentage per cluster wordt toegelicht in deel 2 van bijlage 7.
95	Gehele document & bijlagen	Hoe kun je nu bepalen wat 75% kostendekkend is? Welke type en welke GGZ-instellingen zijn hiervoor gebruikt als benchmark?	Wij bepalen dit met het landelijke tariefmodel. Per zorgaanbieder wordt een kostenpercentage berekend op basis van jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-tarieven uit jaar t-2; daarna wordt per cluster het vertrektarief vastgesteld op het hoogste percentage van twee uitkomsten: het niveau waarop 75% van de zorgaanbieders binnen het cluster kostendekkend is en het niveau waarop minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend is, beide exclusief outliers. Aanbieders worden eerst ingedeeld naar hoofdsector op basis van de hoogste Wlz-omzet en bij de GGZ sector vervolgens ingedeeld in twee clusters: volledig extramuraal of gedeeltelijk intramuraal; alle Wlz-zorgaanbieders waarvan gegevens beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand van 1 juli 2026 zijn meegenomen, ongeacht Wlz-omzet.

96	Gehele document & bijlagen	Hoe onderbouwt u binnen het Wlz-inkoopbeleid de veronderstelde financiële ruimte tussen 100% NZa-tarief en huidige afspraken, en hoe wordt verantwoord dat eventuele tekorten bij zorgaanbieders worden belegd ondanks verschillen in kostprijs en de beleidsmatig gestuurde transitie?	Wij onderbouwen de financiële ruimte niet als het verschil tussen 100% NZa-tarief en bestaande afspraken, maar via een landelijk tariefmodel. Daarin worden jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven gebruikt om per aanbieder een kostenpercentage te bepalen en per cluster een vertrektarief vast te stellen op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders én 75% van het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers. Eventuele verschillen met het NZa-maximumtarief volgen daarmee uit de feitelijke kostenverdeling en efficiencyverschillen binnen de sector en vormen geen afzonderlijk beleidsmatig vastgestelde marge. Verschillen in kostprijs werken door via clustering en de spreiding in kostenpercentages. Voor individuele situaties waarbij het tarief aantoonbaar niet kostendekkend is, kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule.
97	Gehele document & bijlagen	Hoe verhouden de vetrektarieven zich tot het richttariefpercentage per clusters? Is er een bandbreedte aan te geven met een min max per cluster? Kunnen de tarieven eerder worden gepubliceerd dan aangegeven?	Zorgkantoren hebben vanaf 2027 gekozen voor de term vertrektariefpercentage. Doordat is gekozen de jaarrekeningen uit het jaar t-2 te gebruiken is het niet mogelijk de vertrektarieven eerder te publiceren.
98	Gehele document & bijlagen	Hoe verhoudt dit zich tot elkaar?	Het is voor ons onduidelijk op welke tekst uw vraag betrekking heeft. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
99	Gehele document & bijlagen	Hoe voorkomt ZN dat goede bedrijfsvoering binnen het VPT-cluster wordt afgestraft doordat lagere gemiddelde kosten leiden tot een lager vertrektarief voor alle aanbieders in dit cluster?	De systematiek is gericht op het vaststellen van een vertrektarief dat representatief is voor het merendeel van de zorgaanbieders binnen een cluster, niet op individuele prestaties. Lagere gemiddelde kosten binnen het VPT-cluster kunnen leiden tot een lager vertrektarief, maar dit weerspiegelt de kostenverdeling in dat cluster. Het tarief wordt bepaald op het niveau waarop minimaal 75% van de zorgaanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Goede bedrijfsvoering blijft zichtbaar doordat aanbieders met lagere kosten onder het clusterpercentage opereren en daarmee ruimte hebben binnen het tarief. De doelmatigheidsprikkels is een bewust onderdeel van de systematiek en geldt uniform voor alle zorgaanbieders.

100	Gehele document & bijlagen	Hoe waarborgt u dat de tarieven voor VPT en MPT (inclusief de noodzakelijke afstemmingscomponenten en logeeropvang) bedrijfseconomisch dekkend zijn, gezien de extra reistijd en lagere schaalvoordelen in de wijk ten opzichte van traditionele verpleeghuiszorg?	Wij waarborgen dit via het landelijke tariefmodel. V&V-aanbieders worden geclusterd op basis van declaratiedata, waarna het vertrektarief per cluster wordt vastgesteld op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers. Kosten van extramurale zorg, zoals reistijd, afstemming en lagere schaalvoordelen, maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van aanbieders en werken via de kostenpercentages door in het vertrektarief; er is geen afzonderlijke opslag voor deze elementen.
101	Gehele document & bijlagen	Hoe weegt het zorgkantoor het gegeven mee dat bij veel instellingen het resultaat op zorg negatief is ook in relatie tot de toenemende inspanningen die van zorgorganisaties worden verwacht?	Wij wegen dit mee via de tariefsystematiek en, waar nodig, via individuele beoordeling. Het vertrektariefpercentage is zo bepaald dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
102	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt binnen cluster C voldoende recht gedaan aan de diversiteit qua vastgoedprofiel tussen verschillende aanbieders?	Binnen cluster C wordt geen afzonderlijke differentiatie toegepast naar het vastgoedprofiel van zorgaanbieders. De NHC/NIC-component wordt buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van het kostenpercentage. De correctie wordt toegepast omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl vastgoedlasten — zoals financiering — onderdeel zijn van de kosten. Zonder deze correctie zouden deze lasten leiden tot overlap in het kostenpercentage. Verschillen in vastgoedprofiel maken daarmee geen onderdeel uit van de clustering of het vertrektarief. De systematiek is gericht op een uniforme bepaling van zorgkosten, geborgd via een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
103	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt binnen de tariefdifferentiatie en clusterindeling geborgd dat aanbieders met: kleinere schaal / specifieke doelgroepen niet structureel financieel benadeeld worden?	Hier wordt in zowel de huidige als de verfijnde tariefsystematiek vanaf 2027 niet expliciet rekening mee gehouden. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule zoals opgenomen in het zorginkoopbeleid.

104	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt binnen de tariefsystematiek rekening gehouden met de specifieke kostenstructuur van kleinschalige, geclusterde zorgvormen in de gehandicaptenzorg die integraal (VPT-achtig) werken?	Hier wordt binnen de huidige en verfijnde tariefsystematiek niet expliciet rekening mee gehouden. Er is wel onderzocht of andere objectieve criteria (statistisch) onderbouwd konden worden, maar dit was voor de GZ-sector niet het geval.
105	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt binnen deze systematiek onderscheid gemaakt tussen structurele intramurale GGZ-zorg en incidentele of crisis-gedreven intramurale zorg?	Binnen deze systematiek wordt geen onderscheid gemaakt naar de aard van de intramurale zorg, zoals structurele verblijfszorg versus incidentele of crisis-gedreven intramurale zorg. Beide vallen onder intramurale prestatiecodes en tellen mee in het totale intramurale aandeel.
106	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt binnen het tariefmodel rekening gehouden met geïntegreerde GGZ-aanbieders die naast wonen ook behandeling, crisiskennis, regionale functies en specialistische expertise voor complexe doelgroepen leveren?	Het model houdt hier niet apart rekening mee. Aan het model is clustering van zorgaanbieders toegevoegd. Daarmee wordt beoogd aan te sluiten bij de kostenstructuur van het merendeel van de aanbieders binnen het betreffende cluster.
107	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt geborgd dat aanbieders waarvan Wlz-zorg niet kostendekkend is, maar het totaalresultaat positief, niet onterecht als doelmatig of winstgevend worden beoordeeld?	Het vertrektarief is een uitgangspunt. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
108	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt geborgd dat zorgaanbieders een weloverwogen inschrijving kunnen doen, terwijl de vertrektariefpercentages op het moment van inschrijving nog niet bekend zijn?	Wij borgen dit doordat de tariefsystematiek en clustering al zijn beschreven, de definitieve vertrektarieven worden uiterlijk 4 september gepubliceerd.
109	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt gecorrigeerd voor tariefwijzigingen en andere significante zaken die impact hebben op de exploitatie van zorgaanbieders t.o.v. het jaar 2025 zoals de HLO korting en het stoppen van sectorplan plus subsidies? Door hier niet voor te corrigeren zien wij hierin een risico dat vertrektarieven onvoldoende hoog zijn om de werkelijke kosten van zorgaanbieders te dekken.	Er wordt in het model niet gecorrigeerd voor gedeclareerde opslagen die direct zorggerelateerd zijn. 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.

110	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt in de berekening van het richttarief rekening gehouden met het feit dat veel aanbieders de NHC/NIC component gebruiken om de zorgkosten te dekken?	In de gehanteerde methodiek wordt hier niet afzonderlijk voor gecorrigeerd. De NHC/NIC-component wordt in het tariefmodel buiten beschouwing gelaten, omdat deze volledig (100%) wordt vergoed, terwijl de vastgoedlasten — zoals financieringslasten, onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent leiden tot overlap in het kostenpercentage. Het gebruik van NHC/NIC-inkomsten voor het dekken van zorgkosten maakt onderdeel uit van de totale financiële positie van aanbieders en wordt niet apart geïsoleerd in het model. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
111	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt in het tariefmodel rekening gehouden met zorgaanbieders binnen het cluster 'gedeeltelijk intramuraal' waarvan de aantoonbare kosten structureel hoger liggen dan het cluster-gemiddelde, bijvoorbeeld door een hogere mate van intramurale zorg, complexere cliëntpopulatie of intensievere begeleiding?	Binnen het tariefmodel wordt hier geen rekening mee gehouden. Het vertrektarief per cluster wordt bepaald op het hoogste percentage waarmee 75% van de aanbieders of minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend is. Hierbinnen is een gezonde exploitatie mogelijk. Individuele hogere kosten leiden dus niet automatisch tot een apart tarief binnen het cluster. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
112	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt rekening gehouden met o.a. landelijke tariefkortingen in '27, vervallen van opslagen (t.o.v. '26) in de totstandkoming van het vertrektarief?	Het vertrektarief wordt berekend op basis van jaarrekeningdata en declaratiedata uit jaar t-2; dat betekent de data van 2025 voor het vertrektarief 2027. Eventuele kortingen 2027 of opslagen 2026 worden niet meegenomen in de berekening van het vertrektarief 2027.
113	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt voorkomen dat tariefdifferentiatie leidt tot structureel lagere tarieven voor (regionaal) kleinere aanbieders?	De tariefsystematiek differentieert niet op schaalgrootte, maar hanteert een uniforme benadering voor alle zorgaanbieders. Clustering vindt plaats op basis van objectieve kenmerken, niet op omvang. Het vertrektarief wordt bepaald op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Hierdoor worden structurele verschillen tussen grote en kleine aanbieders niet direct vertaald in lagere tarieven.

114	Gehele document & bijlagen	Hoe wordt voorkomen dat VPT-aanbieders worden geconfronteerd met een dubbel effect van een lager vertrektarief én aanvullende doelmatigheidsdruk?	Binnen de gehanteerde systematiek is geen sprake van een dubbel effect. Het vertrektarief wordt per cluster vastgesteld op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers. Daarmee wordt beoogd aan te sluiten bij de kostenstructuur van het merendeel van de aanbieders binnen het betreffende cluster. Een lager vertrektariepercentages voor een specifiek cluster (zoals hoofdzakelijk VPT) is het resultaat van de onderliggende kostenpercentages binnen dat cluster en niet een aanvullende doelmatigheidsmaatregel. De doelmatigheidsprikkels zijn inherent aan de keuze voor het 75ste percentiel en geldt uniform voor alle clusters.
115	Gehele document & bijlagen	Hoeveel aanbieders vallen op basis van de gebruikte jaarrekening- en declaratiedata per cluster, en specifiek in V&V-cluster B hoofdzakelijk VPT?	Wij hebben ten tijde van publicatie van de nota van inlichtingen nog geen inzicht in het totaal aantal aanbieders in dit cluster waarvan een jaarrekening beschikbaar is in het intrakoop bestand. Gebaseerd op de declaratiegegevens van 2025 zijn er 94 aanbieders ingedeeld in het cluster hoofdzakelijk VPT.
116	Gehele document & bijlagen	Hoeveel aanbieders zijn als outlier uitgesloten bij de berekening van de vertrektarieven per cluster, en wat is het effect daarvan op die tarieven?	De exacte impact van de outlier correctie op het vertrektarief van de clusters verschilt per cluster en is qua omvang verwaarloosbaar. Ter illustratie: het aantal outliers voor de berekening van de richttariefpercentages van 2026 varieerde van 0,17 tot 1,01% van het aantal zorgaanbieders in de sector.
117	Gehele document & bijlagen	Hoeveel zorgaanbieders zijn opgenomen in V&V cluster B Hoofdzakelijk VPT ? Is deze groep zorgaanbieders in dit cluster wel groot genoeg om op basis hiervan een dergelijke grote en niet goed onderbouwde wijziging in de tariefsystematiek door te voeren? Is het zorgkantoor er mee eens dat voorgestelde wijziging in tariefsystematiek grote consequenties kan hebben voor zorgaanbieders in dit cluster?	Er zijn voor 2027 94 aanbieders in het cluster hoofdzakelijk VPT ingedeeld. Dit is gebaseerd op declaratiedata uit 2025. Hiermee is het cluster groot genoeg om deze onderbouwde wijziging door te voeren.

118	Gehele document & bijlagen	Hoofdstuk 2. "Het tweede deel ... levering van Wlz-zorgprestaties" De werkelijke kosten van huisvesting zijn niet uit onze jaarrekening te halen omdat deze kosten bij onze leden worden gemaakt. Wordt er rekening gehouden met de specifieke financiële exploitatie van een coöperatie?	Het model houdt hier geen rekening mee. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
119	Gehele document & bijlagen	Houdt u in de berekening van het vertrektariefpercentage rekening met de tariefmaatregelen in het HLO? De tariefmaatregelen 2026 en 2027 in het HLO leiden al tot lagere NZA-tarieven in 2027. De verlaging van het richtpercentage in 2026 en een mogelijke verlaging van het vertrektariefpercentage in 2027 verlagen de tarieven verder en daarmee cumuleren de kortingen. Zo nee, waarom niet?	De HLO-maatregelen 2026 en 2027 worden niet meegenomen in het vertrektarief 2027. De vertrektarieven 2027 worden bepaald met het landelijke tariefmodel op basis van drie databronnen over 2025: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZA-maximumtarieven van jaar t-2. De hoogte van de NZA-maximumtarieven vallen onder de verantwoordelijkheid van de NZa.
120	Gehele document & bijlagen	Hst. 2: Het schonen van NHC en NIC uit de kosten/het kostenpercentage gaat er vanuit dat deze componenten volledig worden besteed aan huisvesting en kapitaal. Binnen de sector is het bekend dat organisaties moeite hebben om hun zorgkosten te dekken met het zorgtarief. Welk effect verwacht u voor aanbieders die een negatief zorgresultaat compenseren met een positief vastgoedresultaat?	De NHC/NIC-component wordt in het tariefmodel geschoond om overlap te verwijderen en de zorgkosten zuiver en onderling vergelijkbaar te bepalen. Voor zorgaanbieders die een negatief zorgresultaat compenseren met een positief vastgoedresultaat geldt dat deze samenhang onderdeel is van de totale kosten- en batenstructuur van de zorgaanbieder. Deze wordt niet afzonderlijk gecorrigeerd in het model, maar werkt impliciet door in de gehanteerde kostenbasis. Het vertrektariefpercentage wordt vastgesteld op basis van de totale kostenpositie van aanbieders en geborgd via de 75%-systematiek. Daarmee wordt aangesloten bij de feitelijke kostenstructuur in de sector, zonder onderscheid te maken naar individuele financierings- of exploitatiestrategieën.

121	Gehele document & bijlagen	In 2027 nemen wij een nieuw pand in gebruik, waardoor de kosten stijgen en NHC-opbrengsten en -uitgaven meer in balans komen. Door een laag starttarief is dit echter lastig op te vangen en ontstaat druk op zorgbudgetten. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen dit mechanisme en de impact op de zorg?	De gehanteerde methodiek heeft geen betrekking op individuele investeringsmomenten of verschillen in timing daarvan tussen zorgaanbieders. De NHC/NIC wordt in het tariefmodel buiten beschouwing gelaten, omdat deze volledig (100%) via het NZa-tarief wordt vergoed, terwijl de financieringslasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage.
122	Gehele document & bijlagen	In Bijlage 7 wordt bij de berekening van het kostenpercentage de NHC/NIC opbrengst in mindering gebracht op de ZIN kosten. Kunt u onderbouwen op welke analyse de veronderstelde overlap met financieringslasten is gebaseerd, hoe groot deze is en wat het effect is op het vertrektarief, nu dit het risico meebrengt dat het kostenpercentage en daarmee het tarief te laag wordt vastgesteld?	De correctie wordt toegepast omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl de financieringslasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage. Een alternatief scenario zonder deze correctie maakt geen onderdeel uit van de gehanteerde systematiek en is niet afzonderlijk doorgerekend. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en door het vaststellen van het vertrektariefpercentage op het niveau waarbij minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel binnen een cluster kostendekkend kan opereren.
123	Gehele document & bijlagen	In bijlage 7 wordt het vertrektariefpercentage toegelicht. Dat is voor een individuele aanbieder hoog over. Kan ik bij de zorginkoper opvragen waar mijn organisaties zich bevindt volgens deze werkwijze ofwel zit mijn organisatie bij de 75% organisaties die een neutraal of positief resultaat heeft (en zo ja welk percentage) of bij de 25% organisaties met een negatief resultaat?	Wij publiceren of delen geen individuele kostprijsberekening per organisatie. Wel is de landelijke tariefsystematiek transparant gemaakt: de gebruikte bronnen, clusterindeling, berekening van kostenpercentages en vertrektarieven zijn toegelicht. De bijlage bevat daarnaast de volledige Python-modelcode. In de geüpdatete bijlage 7 is per cluster een weergave opgenomen van de kostenpercentages van aanbieders. Deze worden afzonderlijk geplot zonder herleidbare gegevens, zodat inzicht ontstaat in de spreiding en bandbreedte binnen het cluster. Individuele posities van aanbieders worden niet gedeeld.

124	Gehele document & bijlagen	In de bepaling van de vetrektarieven wordt gedifferentieerd naar segment én intramuraal/extramuraal. Is overwogen om ook te differentiëren naar aanbieders met overwegend hoge ZZP's, zoals de VG7/VG7+? Kan het zorgkantoor nader toelichten waarom dit wel of niet in de overweging is meegenomen?	In de totstandkoming van de clustering is gekeken naar verschillende kenmerken van zorgaanbieders, waaronder ook verschillen in cliëntmix en zorgzwaarte. In de uiteindelijke modelkeuze is er echter voor gekozen om de clustering te beperken tot objectief vast te stellen kenmerken, zoals sector en intramuraal/extramuraal aanbod. Dit om de methodiek uitlegbaar en transparant te houden.
125	Gehele document & bijlagen	In de inkoopdocument wordt een verandering van de zorginzet verwacht. Dat geldt ook voor de overige ontwikkelingen. Op welke wijze is hier rekening mee gehouden bij het vaststellen van de tarieven?	Bij het vaststellen van de tarieven is niet expliciet rekening gehouden met de in het inkoopdocument benoemde verwachte veranderingen in de zorginzet en overige ontwikkelingen.
126	Gehele document & bijlagen	In de verfijnde systematiek voor de bepaling van het kostenpercentage ontbreekt een component voor "rendement over eigen vermogen". In een logische systematiek dient dit toch zeker ook zijn plaats te krijgen. Simpel voorstel: "Financieringsbaten & lasten ophogen met 4% over gemiddeld EV in jaar t-2". Vraag: Kunt u deze verfijning doorvoeren voor 2027? (informatie in jaarverslagen beschikbaar)	Nee, wij voeren deze verfijning niet door voor 2027. VWS voert de VGREV voor de Wlz pas vanaf 2028 in en is daarom niet van toepassing op het vertrektarief 2027.
127	Gehele document & bijlagen	In de voetnoot op pagina 2 staat: "Vanaf 2027 wordt een aanbieder als outlier beschouwd wanneer hij meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde afwijkt. Voor 2027 gold dat een aanbieder als outlier werd aangemerkt bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties ten opzichte van de mediaan [...]." In de gepubliceerde pythoncode (p. 67) wordt nog steeds de mediaan gebruikt.	U wijst terecht op een inconsistentie tussen de toelichting en de gepubliceerde Pythoncode. De toelichting vermeldt dat vanaf 2027 wordt getoetst op meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde, terwijl de code de mediaan gebruikt. Wij corrigeren dit in de documentatie/code zodat deze met elkaar in overeenstemming zijn.
128	Gehele document & bijlagen	In deze bijlage is een 'python code' opgenomen. Wat is uw intentie met het publiceren van deze (onleesbare) code?	Met het publiceren van de Python-code maken wij transparant hoe het tariefmodel technisch is uitgevoerd en hoe de vertrektarieven per cluster zijn onderbouwd. De inhoudelijke methodiek staat toegelicht in de bijlage; de code is aanvullend daarop opgenomen als technische verantwoording van de berekening.

129	Gehele document & bijlagen	In figuur 1 wordt 'ZiN-gerelateerde Wlz-kosten minus NHC- en NIC-opbrengsten' gehanteerd. Waarom worden opbrengsten op kosten in mindering gebracht in plaats van de NHC- en NIC-kosten, zodat kosten met kosten worden vergeleken?	De NHC/NIC-opbrengsten worden in mindering gebracht op de kosten om de vastgoedcomponent op uniforme wijze uit het model te verwijderen en overlap te voorkomen. In de beschikbare databronnen (zoals jaarrekeningen) zijn de vastgoedlasten namelijk niet eenduidig en vergelijkbaar uitgesplitst, terwijl de NHC/NIC als normatieve vergoeding wel consistent en objectief kan worden bepaald op basis van NZa-tarieven en gerealiseerde productie.
130	Gehele document & bijlagen	In het tariefmodel worden de NHC- en NIC-opbrengsten volledig uit de kosten verwijderd. Hoe is beoordeeld dat hiermee geen rekening meer hoeft te worden gehouden met aanbieders die meerdere locaties exploiteren, waarvan slechts een deel in eigendom is? Op welke wijze is geborgd dat de normatieve NHC haar functie behoudt om toekomstige investeringen en instandhouding van vastgoed mogelijk te maken?	In het tariefmodel wordt gecorrigeerd voor de NHC/NIC component om overlap in het kostenpercentage te voorkomen, omdat deze component afzonderlijk en volledig (100%) wordt vergoed. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar eigendomsvormen of het aantal locaties per zorgaanbieder. Verschillen tussen zorgaanbieders worden ondervangen door clustering op basis van sector en leveringsvorm, zoals volledig extramuraal en (deels) intramuraal aanbod. De functie van de normatieve NHC/NIC blijft geborgd doordat deze volledig wordt vergoed via het tarief. Wij verwachten dat zorgaanbieders de NHC inkomsten inzetten voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van vastgoed, zodat ook toekomstige investeringen en instandhouding mogelijk blijven.
131	Gehele document & bijlagen	In het voorwoord wordt gesproken over heldere kaders. Wij constateren echter dat de nieuwe tariefsystematiek leidt tot grote onzekerheid. Hiermee zijn de kaders voor ons als aanbieder niet duidelijk. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat de kaders, ook financieel, helder zijn voor de komende jaren? Als aanbieders hebben wij immers een bepaalde mate van financiële zekerheid en stabiliteit nodig.	Het is voor ons niet duidelijk welke onzekerheid u bedoelt. Wij borgen deze kaders doordat de tariefsystematiek en clustering al zijn beschreven en de definitieve vertrektarieven uiterlijk 4 september worden gepubliceerd. Dit proces wordt jaarlijks herhaald. Voor individuele situaties waarin het tarief aantoonbaar niet kostendekkend is, kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule.
132	Gehele document & bijlagen	In hoeverre acht het zorgkantoor het risico aanwezig dat toepassing van deze systematiek leidt tot een systematische vertekening van Wlz kostenniveaus, met name bij aanbieders met een afwijkende zorgzwaarte of kostenstructuur?	Wij achten dit risico beperkt, doordat het vertrektarief wordt bepaald met een verfijnd landelijk tariefmodel waarin zorgaanbieders worden geclusterd op basis van objectieve kenmerken. Hierdoor worden aanbieders die dezelfde zorg leveren en een vergelijkbare bedrijfsvoering en kostenkant hebben, met elkaar vergeleken. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.

133	Gehele document & bijlagen	in hoeverre beïnvloeden grote, winstgevende aanbieders disproportioneel de tariefbepaling binnen deze VPT categorie?	De tariefbepaling binnen het VPT-cluster is gebaseerd op de verdeling van kostenpercentages van alle aanbieders binnen dat cluster, niet op individuele zorgaanbieders. Grote of winstgevende aanbieders beïnvloeden het vertrektarief niet disproportioneel, omdat het tarief wordt vastgesteld op basis van het 75ste percentiel en het niveau waarop minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Daarmee wordt het effect van individuele uitschieters beperkt. Daarnaast worden outliers geïdentificeerd en buiten beschouwing gelaten. Het vertrektarief wordt daarmee bepaald door de bredere verdeling binnen het cluster en niet door specifieke zorgaanbieders, ongeacht omvang of winstgevendheid.
134	Gehele document & bijlagen	In hoeverre houdt het Zorgkantoor rekening met de omvang van de organisatie in relatie tot de vertrektarieven?	Bij de vertrektarieven wordt niet afzonderlijk op organisatieomvang gestuurd. Zorgaanbieders worden op basis van declaraties ingedeeld in clusters naar sector, extramuraal of gedeeltelijk intramuraal aanbod en, alleen in de V&V, hoofdzakelijk VPT of extramuraal divers. Bij de berekening worden alle Wlz-zorgaanbieders met beschikbare Intrakoopgegevens meegenomen, ongeacht de hoogte van hun Wlz-omzet.
135	Gehele document & bijlagen	In hoeverre krijgen zorgaanbieders inzicht in de samenstelling van het cluster 'gedeeltelijk intramuraal', de onderliggende datapunten (kostenpercentages, spreiding) en hun eigen positie daarin, zodat zij kunnen beoordelen of het vertrektariefpercentage representatief is?	Bij de publicatie van de vertrektarieven op 4 september 2026 geven wij per cluster een overzicht van de belangrijkste resultaten waaronder de spreiding en verdeling de kostenpercentages over alle zorgaanbieders.
136	Gehele document & bijlagen	In hoeverre wordt rekening gehouden bij de 75% instellingen die meetellen voor het vertrektarief dat het resultaat van (geïntegreerde) instellingen wordt beïnvloed door incidentele tegen- en of meevallers (o.a. verkoop gebouw, vrijval voorzieningen), waardoor het genormaliseerd resultaat heel anders kan zijn en daarmee ook de uitkomst van het richttarief?	Wij houden hiermee rekening via de outlier-analyse. Afwijkende waarden van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde worden handmatig gecontroleerd. Als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven, worden correcties doorgevoerd. Outliers die na twee correctierondes buiten de grens blijven, worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief.

137	Gehele document & bijlagen	In uw overzicht is nog steeds de prestatiecode voor VPT-LVG opgenomen terwijl het niet meer mogelijk is om deze ZZP op VPT basis te verzilveren. Gezien de tijdelijkheid van de ZZP LVG indicatie (in principe tm 23 jaar) en de ingangsdatum van deze regeling is deze code dan nog wel relevant? Of is het inmiddels wel mogelijk om de LVG indicatie om te zetten naar VPT?	In bijlage 7a staan alle prestaties die in 2025 open stonden doordat we declaratiedata en jaarrekeningen uit 2025 gebruiken. Hierbij is gebruik gemaakt van de beleidsregels van de NZa. De beleidsregels die de NZa voor 2027 publiceert zijn leidend voor declaraties in 2027. Er kunnen geen rechten worden ontleend aan deze bijlage 7a met betrekking tot verzilvering van specifieke prestaties.
138	Gehele document & bijlagen	In uw Wlz-inkoopbeleid 2027 stapt u over naar een systematiek met 'vertrektarieven per cluster'. Op welke wijze is in de berekening van ons specifieke vertrektarief rekening gehouden met de historisch hoge vastgoed- en kapitaallasten van onze bestaande intramurale ZZP-capaciteit?	In de berekening van het vertrektarief wordt niet afzonderlijk gecorrigeerd voor individueel historisch hoge vastgoed- en kapitaallasten.
139	Gehele document & bijlagen	Indien de vertrektarieven van GZ cluster B en V&V cluster B/C straks substantieel van elkaar verschillen, hoe voorkomt het zorgkantoor dat organisaties met meerdere NZa-codes financieel worden bevoordeeld of benadeeld ten opzichte van organisaties die uitsluitend actief zijn binnen één sector?	Elk zorgkantoor levert van alle aanbieders met een contract het KvK-nummer van de overeenkomst en alle declaratiedata van jaar t-2 aan. Deze data worden geaggregeerd, waarna per uniek KvK-nummer wordt bepaald in welk cluster de zorgaanbieder wordt ingedeeld. Zorgaanbieders worden dus landelijk geclusterd per uniek KvK-nummer en niet per afzonderlijke NZa-code.
140	Gehele document & bijlagen	Indien het Zorgkantoor beschikt over rapporten, onderzoeken of andere documenten waarin is ingegaan op welk effect de voorafgaande keuzes hebben op de tariefuitkomst en of het percentiel in deze concrete context nog leidt tot reële tarieven, dan verzoeken wij het Zorgkantoor deze ter beschikking te stellen onder verwijzing naar artikel 21 en 194 Rv.	Informatie over de gehanteerde tariefsystematiek, waaronder de toelichting op de daarin gemaakte keuzes en het gehanteerde percentiel, is reeds – voor zover niet bedrijfsvertrouwelijk van aard – opgenomen in de inkoopdocumentatie, in het bijzonder het inkoopbeleid en de landelijke bijlage 7. Op basis van deze stukken kunnen zorgaanbieders nagaan op welke wijze en op grond van welke overwegingen de systematiek is ingericht en hoe de door zorgkantoren gemaakte keuzes doorwerken in de tariefuitkomsten. Voor zover uw verzoek is gericht op inzage in de onderliggende beleidsmatige en strategische afwegingen die aan deze keuzes ten grondslag liggen, geldt dat dergelijke informatie niet is verstrekt omdat daartoe geen rechtsgrondslag bestaat, dat tot onwenselijke administratieve lasten leidt en deze informatie in belangrijke mate bedrijfsgevoelige informatie betreft. Tegen deze achtergrond zien de zorgkantoren geen aanleiding om aanvullende documentatie ter beschikking te stellen.

141	Gehele document & bijlagen	Inkoopbeleid bekend maken op 1 juni, dan voor 31 juli inschrijven. Echter de financiële impact kan pas vanaf 4 september bepaald worden. Kan er vanuit zorgvuldigheid niet een indicatie van de bandbreedte worden gegeven? Wat kan een aanbieder maximaal aan 'korting' absorberen, gelet op hoge inflatie, energiekosten, CAO-stijgingen, etc?	Voor zorgaanbieders is van belang dat bij de vaststelling van de tarieven wordt uitgegaan van de meest recente, vastgestelde jaarrekeningen en sectorbrede kostengegevens. Dit verklaart de gekozen tijdslijn. Het richttariefpercentage wordt gebaseerd op objectieve en verifieerbare data. Om die reden kunnen zorgkantoren vooraf geen bandbreedte of indicatieve korting verstrekken, aangezien dit zou berusten op aannames en daarmee afbreuk doet aan de zorgvuldige en onderbouwde tariefvaststelling. De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de maximum tarieven. Bij de tariefbepaling wordt rekening gehouden met relevante kostenontwikkelingen, zoals loon- en prijsstijgingen.
142	Gehele document & bijlagen	Is de OVA-loon- en prijsindexatie over 2026 en 2027 al verwerkt in het vertrektariefpercentage 2027 (gebaseerd op de jaarverslagen 2025), of wordt die nog afzonderlijk toegevoegd?	De OVA-loon- en prijsindexatie over 2026 en 2027 wordt niet toegevoegd aan het vertrektariefpercentage 2027. Indexering wordt verwerkt door de NZa in de maximumtarieven. Het vertrektariefpercentage is een percentage van de NZa-maximumtarieven.
143	Gehele document & bijlagen	Is een hoger tarief percentage ivm zorg-thuis-partner ook van toepassing in de ZVW als dit binnen de WLZ zo wordt afgesproken?	Afspraken die wij binnen de Wlz maken over een tariefpercentage gelden alleen voor Wlz-zorg en werken niet door naar de Zvw; de Zvw valt onder een ander wettelijk kader en wordt niet via de Wlz-inkoopafspraken gecontracteerd. Voor eventuele Zvw-afspraken moet u met de betreffende zorgverzekeraar in gesprek.
144	Gehele document & bijlagen	Is het gehanteerde model gevalideerd tegen feitelijke kostengegevens op Wlz niveau? Zo ja: • op basis van welke dataset en methode; • wat waren de belangrijkste uitkomsten?	Het model gebruikt feitelijke Wlz-gegevens op zorgaanbiedersniveau: jaarverslagen uit het Intrakoop-bestand, declaratiedata van alle zorgkantoren over jaar t-2 en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2. Per zorgaanbieder wordt een Wlz-kostenpercentage berekend door ZiN-gerelateerde Wlz-kosten, geschoond voor NHC/NIC, af te zetten tegen een 100%-NZa-maximumtariefscenario; daarna wordt per cluster het hoogste percentage gekozen van het 75e percentiel naar aantallen en het niveau waarbij minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend is. De data zijn gecontroleerd met een outlieranalyse; afwijkingen van meer dan twee standaarddeviaties zijn handmatig gecontroleerd, waar nodig gecorrigeerd en na twee correctierondes uitgesloten.

145	Gehele document & bijlagen	Is het terecht dat de financieringsbaten een negatief effect hebben op het kostenpercentage en zo ja kunnen jullie dit dan toelichten? Zo nee dan maken we daar bezwaar tegen.	Ja, dat is inherent aan de gekozen systematiek en daarmee in beginsel terecht. Het kostenpercentage wordt gebaseerd op de totale kostenpositie, inclusief het saldo van financieringsbaten en -lasten. Dit saldo kan positief of negatief zijn en werkt daardoor door in de berekende kosten. Wanneer sprake is van financieringsbaten, leidt dit tot een lager kostenpercentage, omdat deze baten de totale kosten verlagen. Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
146	Gehele document & bijlagen	Is voorafgaand aan implementatie onderzocht in hoeverre de werkelijke kostenverdeling per financieringsstroom afwijkt van deze omzetratio? Zo ja, wat waren de belangrijkste bevindingen?	Wij hebben geen afzonderlijk onderzoek verricht naar afwijkingen tussen de werkelijke kostenverdeling per financieringsstroom en de Wlz ZiN-ratio. Voor de berekening wordt juist uitgegaan van het gegeven dat uit jaarrekeningen geen onderscheid kan worden gemaakt tussen Wlz-kosten en kosten uit andere domeinen. Daarom wordt de verhouding tussen Wlz ZiN-omzet en totale omzet als objectieve en uniforme afspiegeling gebruikt voor de verhouding tussen Wlz ZiN-kosten en totale kosten. Er zijn daarom ook geen afzonderlijke bevindingen over afwijkingen opgenomen.

147	Gehele document & bijlagen	Kan er aan aanbieders inzicht geboden worden in hun positionering binnen het model (clusterindeling en relatieve kostenniveaus)? zo nee: waarom niet?	Als een zorgaanbieder wil bepalen hoe het zich verhoudt tot het richttariefpercentage kan de aanbieder de stappen in bijlage 7 doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model geschat wordt dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttarief uit dan zit de aanbieder in de 25% groep. Daarnaast wordt in de geactualiseerde versie van bijlage 7 per cluster een weergave opgenomen van de kostenpercentages van aanbieders. Deze worden afzonderlijk geplot zonder herleidbare gegevens, zodat inzicht ontstaat in de spreiding en bandbreedte binnen het cluster. Individuele posities van aanbieders worden niet gedeeld.
148	Gehele document & bijlagen	Kan er, bij het sturen op 75% van de zorgaanbieders tenminste een nihilresultaat, in de sector nog wel sprake zijn van een gezonde bedrijfsvoering als 25% een verlies maakt?	De tariefsystematiek is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal zorgaanbieders als het marktaandeel binnen een cluster een kostendekkende vergoeding ontvangt; voor de overige aanbieders geldt een doelmatigheidsprikkel. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model in vulling 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.
149	Gehele document & bijlagen	Kan het zorgkantoor aangeven hoe bij deze correctie rekening wordt gehouden met zorgaanbieders die geconfronteerd worden met stijgende financieringskosten als gevolg van nieuwbouw, verduurzaming of noodzakelijke capaciteitsuitbreiding?	De correctie voor NHC/NIC is onderdeel van het verfijnde landelijke tariefmodel per 2027 en haalt een overlap uit het model, omdat een deel van de financiële lasten al via 100% NHC/NIC wordt vergoed. Wij blijven NHC/NIC voor 100% van het NZa-tarief vergoeden en verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor nieuwbouw, verduurzaming of noodzakelijke capaciteitsuitbreiding. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.

150	Gehele document & bijlagen	Kan het zorgkantoor aangeven wat het grote verschil is in de huidige berekening van de vertrektarieven ten opzichte van de vorige aanbesteding?	Het grootste verschil is dat wij per 2027 werken met een verfijnd landelijk tariefmodel. Waar vanaf 2024 per sector een richttariefpercentage werd berekend, worden aanbieders vanaf 2027 ingedeeld in clusters van vergelijkbare aanbieders; daarbij wordt gekeken naar de geleverde zorg, vergelijkbare bedrijfsvoering en de kostenkant. Daarnaast wordt het model gecorrigeerd voor de NHC/NIC-component, zodat overlap met de 100%-vergoeding voor NHC/NIC wordt voorkomen.
151	Gehele document & bijlagen	Kan het zorgkantoor inzicht geven in de bandbreedte waarbinnen de vertrektarieven voor de verschillende clusters naar verwachting zullen liggen?	De definitieve vertrektariefpercentages per cluster zullen uiterlijk op 4 september 2026 worden gepubliceerd, tot die tijd geven wij geen inzicht in de bandbreedte van het vertrektariefpercentage.
152	Gehele document & bijlagen	Kan het zorgkantoor toelichten hoe in de vertrektarieven en aanvullende tariefafspraken rekening wordt gehouden met kostenfactoren zoals 24/7-beschikbaarheid, personeelsschaarste, verzuim, deskundigheidsbevordering, veiligheid en toenemende zorgzwaarte?	De vertrektarieven worden berekend met een landelijk tariefmodel op basis van declaratiegegevens en jaarrekeningdata; aanbieders worden geclusterd op vergelijkbare zorg en bedrijfsvoering, waarbij ook de kostenkant wordt meegenomen. Het model kent geen afzonderlijke opslag per genoemde kostenfactor. Als het vertrektariefpercentage, aangevuld met eventuele regionale aanvullende afspraken, voor uw organisatie aantoonbaar niet kostendekkend is terwijl u doelmatig werkt, kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.
153	Gehele document & bijlagen	Klopt onze conclusie dat als meerdere instellingen lagere kapitaalslasten hebben dan NHC opbrengsten, dat dit een negatief effect heeft op het richtpercentage? Is dit een wenselijk effect?	Binnen de gehanteerde methodiek kan het voorkomen dat, indien meerdere zorgaanbieders lagere feitelijke kapitaallasten hebben dan de NHC/NIC-vergoeding, dit impliciet doorwerkt in een lager berekend kostenpercentage en daarmee in het vertrektariefpercentage. Dit effect moet echter in de context van de systematiek worden gezien. De NHC/NIC betreft een afzonderlijke, normatieve component die volledig wordt vergoed en daarom uit het model wordt geschoond om de zorgkosten zuiver en onderling vergelijkbaar te bepalen. Het vertrektariefpercentage wordt vastgesteld op basis van de totale kostenpositie van aanbieders en geborgd via de 75%-systematiek.

154	Gehele document & bijlagen	Komt er een vernieuwde Bijlage 7.b: Python code, op dit moment is de inhoud niet leesbaar.	Nee, wij voorzien niet in een vernieuwde Bijlage 7.b. Op 1 juni is later op de dag een versie beschikbaar gesteld die wel leesbaar zou moeten zijn.
155	Gehele document & bijlagen	Kostenpercentages van zorgaanbieders worden regelmatig sterk beïnvloed door boekwinsten bij het afstoten van vastgoed. In de gepresenteerde systematiek wordt niet bij alle zorgaanbieders gecontroleerd op en gecorrigeerd voor dergelijke in de betreffende jaarrekening verwerkte boekwinsten. Vraag: Kan de controle op en correctie voor vastgoed-boekwinsten worden uitgebreid naar alle zorgaanbieders?	Nee, dat doen wij niet. De totale kosten kunnen beïnvloed worden door inkomsten en uitgaven. De data worden standaard gecontroleerd met een outlieranalyse. Alleen afwijkende waardes van meer dan 2 standaarddeviaties van het gemiddelde worden handmatig gecontroleerd en als de bevindingen daar aanleiding toe geven worden correcties doorgevoerd.
156	Gehele document & bijlagen	Krijgen wij een onderbouwing van de gebruikte cijfers die gebruikt zijn als variabele in de berekening van het percentiel? Zo nee, waarom kiest het zorgkantoor ervoor dit niet transparant te delen?	Individuele onderliggende cijfers per zorgaanbieder worden niet als openbare dataset verstrekt. Dit is bedrijfsgevoelige informatie die wij niet mogen delen.
157	Gehele document & bijlagen	Krijgt de zorgaanbieder voldoende inzage / toelichting in de berekening van het tarief om dit te kunnen toetsen?	Wij publiceren uiterlijk 4 september 2026 de definitieve vertrektarieven en in bijlage 7 lichten wij het landelijke tariefmodel toe, inclusief de clusterindeling, kostenpercentages, berekening van vertrektarieven en de modelcode.
158	Gehele document & bijlagen	Kunt u aangeven op welke prestatie de opschoning van de vergoeding van de NIC/NHC betrekking heeft?	De opschoning heeft geen betrekking op één specifieke prestatie, maar op alle prestaties waarbij de NZa een NHC/NIC vergoeding heeft toegekend. Voor welke prestaties dit geldt kunt u terug zoeken in de beleidsregels die de NZa jaarlijks publiceert.
159	Gehele document & bijlagen	Kunt u aantonen dat uw berekeningswijze zich redelijk verhoudt tot de vastgoedinvesteringen die zich over een lange periode terugverdienen en dat de exploitatie voor zorg en ondersteuning van cliënten niet onterecht wordt beïnvloed door de systematiek?	Het model houdt hier geen rekening mee. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
160	Gehele document & bijlagen	Kunt u bevestigen dat de definitieve clusterindeling per zorgaanbieder bekend is vóór sluiting van de inschrijftermijn, zodat aanbieders een weloverwogen beslissing kunnen nemen over deelname? Indien niet, wanneer en via welk kanaal wordt de clusterindeling per aanbieder beschikbaar gesteld?	De clusterindeling is via uw zorgkantoor gecommuniceerd met u bij de publicatie van het inkoopbeleid op 1 juni.

161	Gehele document & bijlagen	Kunt u bevestigen dat de systematiek voor vaststelling van vertrektarieven transparant en tijdig beschikbaar is? Beschrijf welke informatie per aanbieder beschikbaar wordt gesteld, op welk moment dit plaatsvindt en via welk kanaal aanbieders deze informatie kunnen inzien om hun eigen vertrektarief te controleren.	Ja, de systematiek voor de vaststelling van vertrektarieven is transparant en tijdig beschikbaar. Zorgkantoren hanteren een landelijk tariefmodel waarin de methodiek expliciet is beschreven. De clusterindeling hebt u al op 1 juni van uw zorgkantoor ontvangen. De vetrektarieven worden op 4 september gepubliceerd op de website van het zorgkantoor.
162	Gehele document & bijlagen	Kunt u bevestigen dat individuele zorgaanbieders desgevraagd inzage krijgen in de voor hen gehanteerde brongegevens (cluster, oulierstatus, brondata) en berekening en dat er een procedure bestaat om feitelijke onjuistheden te laten corrigeren vóór de definitieve vaststelling van het tariefpercentage? Zo ja, binnen welke termijn en via welke route?	Het is niet mogelijk voor individuele aanbieders om inzage te krijgen in gebruikte brongegevens en feitelijke onjuistheden te corrigeren. Bij het bepalen van het vertrektariefpercentage wordt gebruik gemaakt van de meest recente, publiek beschikbare en door de accountant gecontroleerde jaarrekeningen van zorgaanbieders. Deze jaarrekeningen zijn opgesteld conform de geldende verslaggevingsregels voor de zorgsector, waaronder de Regeling openbare jaarverantwoording WMG en de toepasselijke Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ), zoals RJ 655 voor zorginstellingen. Daarom gaan we uit van de juistheid van de jaarrekeningen en bestaat er momenteel geen procedure voor het corrigeren van feitelijke onjuistheden.
163	Gehele document & bijlagen	Kunt u bevestigen dat zorgaanbieders de onderliggende data en berekeningen van hun clusterindeling kunnen opvragen en een gemotiveerd bezwaar kunnen indienen bij een onjuiste indeling? Graag ontvangen wij informatie over de bezwaarprocedure, de geldende termijn en de wijze van beoordeling door het zorgkantoor.	De onderliggende methodiek, definities en aannames worden vooraf inzichtelijk gemaakt in de documentatie van het tariefmodel en bijbehorende toelichtingen. De clusterindeling is via uw zorgkantoor gecommuniceerd met u bij de publicatie van het inkoopbeleid op 1 juni.
164	Gehele document & bijlagen	Kunt u concreet benoemen op basis van welke analyse(s) is vastgesteld dat bij een aandeel van 85% VPT omzet een relevant omslagpunt in zorgkosten ontstaat ten opzichte van andere extramurale aanbieders?	Er is geen analyse uitgevoerd waarin is vastgesteld dat bij een aandeel van 85% VPT-omzet een inhoudelijk omslagpunt in zorgkosten ontstaat. Bij de ontwikkeling van het model is wel een verkennende analyse uitgevoerd waarin verschillende grenswaarden (onder andere 80% en 85% VPT-omzet) zijn onderzocht. Daarbij is gekeken naar het verschil in gemiddeld bedrijfsresultaat tussen de onderscheiden groepen aanbieders. Hieruit bleek dat een grens van 85% leidde tot een groter verschil in doelmatigheidspotentieel tussen de clusters.

165	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken hoe is beoordeeld dat het hanteren van het 75e percentiel, na toepassing van clustering en correcties van onder andere NHC/NIC, leidt tot reële tarieven voor een representatief deel van de zorgaanbieders, en welk effect de gehanteerde modelstappen hebben op de verdeling van kosten en de hoogte van het percentiel?	Het inzicht is opgenomen in de onderbouwing van de vertrektarieven. In het model worden eerst vergelijkbare aanbieders geclusterd en vervolgens de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten bepaald en gecorrigeerd voor de NHC/NIC-component. Op basis van deze geschoonde kosten en het NZa-maximumtarief exclusief NHC/NIC wordt per aanbieder een kostenpercentage berekend. Vervolgens wordt per cluster het vertrektariefpercentage vastgesteld op het niveau waarbij minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model in vulling 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.
166	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken of en in welke omvang de NHC/NIC vergoeding overeenkomt met de feitelijke financieringslasten en baten van zorgaanbieders, en bevestigen of hierover voorafgaand aan de correctie een (kwantitatieve) analyse is uitgevoerd?	Wij maken geen vergelijking tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke financieringslasten en -baten van individuele zorgaanbieders. De NHC/NIC wordt volledig (100%) vergoed tegen het door de NZa vastgestelde tarief. Deze componenten worden door de NZa bepaald. Uit een uitvraag in 2024 blijkt dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten naar financieringsdomein (zoals Wlz, Wmo en Zvw) op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. Mede hierom hebben wij er bewust voor gekozen om geen aanvullende uitvraag bij zorgaanbieders te doen naar feitelijke financieringslasten en -baten, om de administratieve lasten voor aanbieders te beperken. In het tariefmodel is wel rekening gehouden met overlap op een kwantitatieve manier. De opbrengsten uit NHC/NIC per aanbieder worden berekend door de NZa-vergoeding per prestatie te vermenigvuldigen met het aantal gedeclareerde prestaties. Deze opbrengsten worden vervolgens in mindering gebracht op de Wlz-kosten
167	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken op welke wijze de omvang van het normatief berekende rendement per cluster is vastgesteld, en op welke gegevens en aannames dit is gebaseerd?	Uw vraag is voor ons niet duidelijk, in de tariefsystematiek wordt namelijk geen normatief berekend rendement per cluster vastgesteld. Om deze reden beantwoorden we uw vraag niet. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.

168	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken wat het effect is op het richttariefpercentage per cluster van de toepassing van de correctie voor de NHC/NIC component, bijvoorbeeld door een vergelijking te geven met een scenario waarin deze correctie achterwege blijft?	Wij geven geen afzonderlijke vergelijking per cluster met een scenario zonder correctie voor de NHC/NIC-component. De gehanteerde methodiek is zodanig ingericht dat de NHC/NIC-component structureel buiten beschouwing wordt gelaten, omdat deze volledig (100%) wordt vergoed. De correctie wordt toegepast omdat de vastgoedlasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent leiden tot overlap in het kostenpercentage. Het effect van deze correctie is daarmee integraal verwerkt in de uitkomst van het model en niet afzonderlijk per cluster te bepalen.
169	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken wat het verschil in vertrektarief is tussen een aanbieder met 84,9% VPT omzet en een aanbieder met 85,1% VPT omzet, en op welke verschillen in zorgkosten dit verschil is gebaseerd?	Door de harde cluster grens valt een aanbieder met 84,9% VPT-omzet in 'extramuraal divers' en een aanbieder met 85,1% in 'hoofdzakelijk VPT'. Daardoor kunnen verschillende vertrektariefpercentages gelden. Dit verschil is niet gebaseerd op een individueel verschil in zorgkosten, maar op de gemiddelde kostenpercentages van de clusters. Er is geen analyse waaruit blijkt dat een klein verschil rond 85% leidt tot een materieel verschil in zorgkosten; het betreft een modelmatige afbakening en geen continue benadering.
170	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken welk deel van de kostenverschillen tussen VPT aanbieders en andere extramurale aanbieders samenhangt met zorgverlening en welk deel met wonen en aanverwante componenten, en hoe deze verdeling is betrokken bij de vaststelling van de 85% grens?	Zorgkantoren hebben geen analyse uitgevoerd waarin de kostenverschillen tussen VPT-aanbieders en andere extramurale aanbieders zijn uitgesplitst naar zorgverlening enerzijds en wonen en aanverwante componenten anderzijds. Bij de bepaling van de 85%-grens is wel een verkennende analyse uitgevoerd waarin verschillende grenswaarden (onder andere 80% en 85% VPT-omzet) zijn vergeleken op basis van het verschil in gemiddeld bedrijfsresultaat tussen groepen aanbieders. Hierbij is gekozen voor 85%, omdat deze grens leidde tot een groter verschil in doelmatigheidspotentieel tussen de clusters.

171	Gehele document & bijlagen	Kunt u inzichtelijk maken welke invloed de omvang van het geïmpliceerde rendement heeft op de tariefruimte die resteert voor zorgkosten, en op welke wijze is geborgd dat dit rendement in verhouding staat tot de risico's die zorgaanbieders dragen?	Het model is erop gericht dat minimaal 75% van de aanbieders en het marktaandeel kostendekkend kan opereren, waarbij ruimte voor rendement impliciet onderdeel is van de kostenverdeling binnen de sector. Het model is daarmee niet gericht op een uniform resultaatniveau, maar op een bandbreedte waarin verschillen in efficiency en bedrijfsvoering tot uitdrukking komen. Positieve resultaten maken onderdeel uit van de gerealiseerde kostenstructuur en werken door in de uitkomsten. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
172	Gehele document & bijlagen	Kunt u met een concreet rekenvoorbeeld laten zien hoe het tarief per prestatie vanaf 2027 wordt berekend, waarbij u het onderscheid maakt tussen zorgcomponent en NHC/NIC-component (met concrete cijfers voor beide) en per cluster aangeeft hoe groot het effect van de NHC/NIC-correctie op het vertrektariepercentages is?	Wij verwijzen voor een concreet rekenvoorbeeld naar bijlage 7 Onderbouwing vertrektarieven Wlz 2027, waarin de berekeningsstappen en uitgangspunten van de systematiek nader zijn uitgewerkt. Afzonderlijke bepaling van het effect van de NHC/NIC-correctie op het vertrektariepercentages per cluster maakt geen onderdeel uit van de systematiek en is niet apart beschikbaar. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en door de 75%-systematiek.
173	Gehele document & bijlagen	Kunt u nader toelichten welke WLZ-ZiN-omzet als uitgangspunt wordt gehanteerd voor 2025? Graag inzicht in welke componenten worden meegenomen, zoals maatwerkafspraken, meerzorg en geneesmiddelen, en welke worden uitgesloten. Daarnaast vernemen wij of deze systematiek gelijk is aan voorgaande jaren en, indien afgeweken wordt, welke wijzigingen zijn doorgevoerd? Graag toelichting hierop.	We gebruiken de declaratiegegevens jaar t-2. De Wlz ZiN-omzet is de Wlz-omzet in Zorg in Natura in het betreffende jaar, bestaande uit de som van de declaratiebedragen. In het uitvraagformat worden alle prestatiecodes meegenomen, inclusief meerzorg, toeslagen en REC/DEC; uitgesloten zijn G013, G201, M001, M002, 190092, Z1005, I001 en I002. Deze prestaties zijn uitgesloten omdat het vertrektarief hierop niet van toepassing is. Correcties kunnen worden gebruikt om niet-zorggerelateerde bedragen uit het tarief te halen of zorggerelateerd betaald budget dat niet via het tarief is uitbetaald toe te voegen. Dit is dezelfde methode als afgelopen jaren.

174	Gehele document & bijlagen	Kunt u onderbouwen met welk effect het vastgoedresultaat van een organisatie heeft op het vertrektarief?	Het vastgoedresultaat wordt niet als afzonderlijke factor in het vertrektarief verwerkt. Het tariefmodel bepaalt per zorgaanbieder een kostenpercentage op basis van totale kosten uit de jaarrekening en Wlz ZiN-omzet; vervolgens worden de NHC- en NIC-opbrengsten in mindering gebracht, omdat wij 100% van de NHC/NIC-componenten vergoeden. Het eventuele effect loopt dus alleen via de gebruikte jaarrekeningdata en de schoning voor NHC/NIC, niet via een aparte opslag of afslag voor vastgoedresultaat.
175	Gehele document & bijlagen	Kunt u onderbouwen waarom bij de clusterindeling is gekozen voor de gehanteerde vaste grenswaarden, waaronder 1% intramurale omzet en 85% VPT-omzet? Welke analyse laat zien dat deze grenzen corresponderen met objectief relevante verschillen in kostenstructuur?	De grenswaarden van 1% intramurale omzet en 85% VPT-omzet zijn modelmatige afbakeningen binnen de clustering en niet gebaseerd op een analyse van een omslagpunt in de kostenstructuur. Voor de 85%-grens is wel verkend welke grenswaarden het beste onderscheid maken tussen groepen aanbieders op basis van gemiddeld bedrijfsresultaat; daarbij gaf 85% het grootste verschil in doelmatigheidspotentieel. De 1%-grens is gekozen als praktische ondergrens om aanbieders met incidentele intramurale declaraties niet als intramuraal te classificeren. De clustering is daarmee gericht op een eenduidige en uitvoerbare indeling op basis van zorgprofiel, niet op het vaststellen van exacte omslagpunten in kosten.
176	Gehele document & bijlagen	Kunt u onderbouwen waarom t-2 data representatief wordt geacht voor de tarief- en clusterbepaling over 2027–2029, inclusief analyse van inflatie, arbeidsmarktontwikkelingen en zorgzwaarte? En op welke wijze is getoetst dat deze systematiek leidt tot reële en kostendekkende tarieven?	Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. Ontwikkelingen zoals inflatie en arbeidsmarktontwikkelingen worden verwerkt via de NZa-maximumtarieven. Het 75% percentiel bepaalt het percentage zorgaanbieders dat op basis van de gekozen uitgangspunten een neutraal of positief resultaat heeft. Binnen de vastgestelde vertrektariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie.

177	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe de hoogte van het geïmpliceerde rendement is afgewogen tegen de maatschappelijke opdracht van zorgaanbieders en de randvoorwaarden voor een gezonde financiële positie?	Het model is erop gericht dat minimaal 75% van de aanbieders en het marktaandeel kostendekkend kan opereren, waarbij ruimte voor rendement impliciet onderdeel is van de kostenverdeling binnen de sector. Het model is daarmee niet gericht op een uniform resultaatniveau, maar op een bandbreedte waarin verschillen in efficiency en bedrijfsvoering tot uitdrukking komen. Positieve resultaten maken onderdeel uit van de gerealiseerde kostenstructuur en werken door in de uitkomsten.
178	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe de rendementsnorm van >5% wordt bepaald, over welke periode deze wordt vastgesteld en hoe deze norm doorwerkt in eventuele tariefaanpassingen?	Wij hanteren geen afzonderlijke rendementsnorm van >5% in de onderbouwing van het vertrektarief. Een eventuele tariefaanpassing volgt dus niet rechtstreeks uit een >5%-rendementsnorm, maar uit de vastgestelde tariefsystematiek.
179	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe GGZ-specifieke kosten, behandelintensiteit en zorgzwaarte concreet zijn verwerkt in de clustering en het gehanteerde percentiel, en waar deze verwerking expliciet is terug te vinden in Bijlage 7?	Bij het indelen van zorgaanbieders in clusters wordt eerst per aanbieder de sector bepaald op basis van de hoogste sectorale omzet (deel 1, stap 1 van bijlage 7). Vervolgens wordt binnen die sector de totale omzet van de aanbieder gebruikt om een onderscheid te maken naar leveringsvorm (deel 1, stap 2), zoals extramuraal of (deels) intramuraal. Het kostenpercentage wordt gebruikt om het 75ste percentiel te bepalen. De behandelintensiteit en zorgzwaarte zijn hierbij niet als afzonderlijke variabelen verwerkt bij het berekenen van het kostenpercentage. De GGZ-specifieke kosten voor Wlz ZiN zorg worden alleen als dusdanig meegenomen bij berekening van het kostenpercentage als een aanbieder 100% Wlz ZiN GGZ zorg levert. Voor overige zorgaanbieders worden alle Wlz ZiN gerelateerde kosten meegenomen bij berekening van het kostenpercentage, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar sector. De volledige berekening van het kostenpercentage is terug te vinden in deel 2 stap 1-4 in bijlage 7.

180	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe groot het effect is op het richttariefpercentage per cluster ten aanzien van de aanname dat de NHC/NIC vergoeding de feitelijke vastgoedkosten dekt, gelet op het feit dat financieringslasten aan de kostenkant worden verwijderd en de referentieopbrengst exclusief NHC/NIC wordt bepaald?	Wij kunnen geen afzonderlijke effectgrootte per cluster geven. Uit een uitvraag in 2024 blijkt dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten naar financieringsdomein (zoals Wlz, Wmo en Zvw) op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. De NHC/NIC wordt in de methodiek aan zowel de kosten- als opbrengstenkant buiten beschouwing gelaten, waardoor het effect integraal in de uitkomst is verwerkt en niet afzonderlijk kan worden bepaald.
181	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe het vertrektariefpercentage voor 2027 is vastgesteld, inclusief de wijze waarop de landelijke aanpassing rond de dubbele verwerking van financiële baten en lasten (NHC/NIC) is verwerkt? Hoe is geborgd dat het percentage volledig en consistent aansluit op de landelijke methodiek?	Het vertrektariefpercentage 2027 is landelijk vastgesteld met één tariefmodel op basis van jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2. Het model deelt aanbieders in clusters in, berekent per aanbieder een kostenpercentage en bepaalt per cluster het hoogste percentage van het 75e percentiel naar aantallen en het percentage waarbij minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend is. De NHC/NIC is uit het model geschoond: de berekende NHC/NIC-opbrengsten worden in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten en het referentiescenario gebruikt NZa-maximumtarieven exclusief NHC/NIC. De landelijke aansluiting is geborgd doordat alle zorgkantoren dezelfde databronnen, definities, schoning en modelcode gebruiken.
182	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe in het tariefmodel rekening wordt gehouden met de NZa-tariefverlaging in 2026 die doorwerkt in 2027, terwijl het model is gebaseerd op tarieven en jaarrekeninggegevens uit 2025? Hoe wordt voorkomen dat hierdoor de te behalen rendementen lager uitvallen zonder dat dit in de beoordeling van reële tarieven wordt verwerkt?	De tariefaanpassingen 2026 en 2027 worden niet meegenomen in het vertrektarief 2027. De vertrektarieven 2027 worden bepaald met het landelijke tariefmodel op basis van drie databronnen over 2025: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. De hoogte van de NZa-maximumtarieven vallen onder de verantwoordelijkheid van de NZa.

183	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe is vastgesteld dat zorgaanbieders die op grond van de 85% VPT grens in hetzelfde cluster worden ingedeeld, een voldoende homogene zorgkostenstructuur hebben om één vertrektarief te rechtvaardigen?	Wij delen zorgaanbieders in clusters in om meer gelijksoortige aanbieders te vergelijken en zo tot een reëler vertrektarief te komen. Voor V&V wordt binnen volledig extramurale aanbieders onderscheid gemaakt tussen 'hoofdzakelijk VPT' en 'extramuraal divers', waarbij de grens op 85% VPT-omzet ligt. Deze grens is een modelmatige afbakening. In de ontwikkelfase zijn verschillende grenzen (o.a. 80% en 85%) verkend op basis van verschillen in gemiddeld bedrijfsresultaat, waarbij 85% het grootste verschil in doelmatigheidspotentieel liet zien. Er is geen afzonderlijke analyse waaruit blijkt dat bij deze grens een afwijkend zorgkostenprofiel ontstaat of dat sprake is van volledige homogeniteit binnen het cluster. Het vertrektarief wordt vervolgens bepaald op basis van de kostenpercentages binnen het cluster, exclusief outliers, waarbij het hoogste percentage wordt genomen waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren.
184	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe wordt geborgd dat het landelijk tariefmodel aansluit bij regionale kostenverschillen tussen zorgaanbieders?	Het landelijk tariefmodel borgt dit niet via een aparte regionale opslag, het vertrektarief is een landelijk uitgangspunt voor tariefafspraken in de regio. Het model clustert zorgaanbieders op basis van objectieve kenmerken, zodat vergelijkbare aanbieders met vergelijkbare zorg en bedrijfsvoering worden vergeleken.
185	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten hoe wordt omgegaan met recente kostenontwikkelingen (bijv. cao-stijgingen) die niet in t-2 data zijn opgenomen?	Doordat het vertrektariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het vertrektarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
186	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten in hoeverre en op basis waarvan u de gehanteerde databronnen (jaarverslagen en declaratiegegevens uit jaar t-2) nog representatief acht voor de kostenstructuur in 2027, mede gelet op recente ontwikkelingen zoals inflatie, cao-stijgingen en arbeidsmarktkrapte?	Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. Ontwikkelingen zoals inflatie en cao-stijgingen worden verwerkt via de NZa-maximumtarieven; vragen over de hoogte of samenstelling daarvan kunt u stellen aan de NZa.

187	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten in hoeverre specifieke kostenposten (zoals overhead) correct worden meegenomen in de berekening van het kostenpercentage?	De berekening gebruikt de som der bedrijfslasten uit de jaarrekening plus het saldo van financieringsbaten en -lasten als totale kosten. Omdat jaarrekeningen kostenposten, zoals overhead, niet afzonderlijk aan de Wlz kunnen toewijzen, worden de totale kosten via de Wlz ZiN-ratio toegerekend aan Wlz-zorg in natura.
188	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten in hoeverre zorgaanbieders invloed kunnen uitoefenen op de inputdata en daarmee op hun toekomstige tariefpositie?	Zorgaanbieders kunnen de inputdata voor het tariefmodel niet vrij aanpassen. De clusterindeling wordt gebaseerd op ingediende declaratiedata en de jaarrekeninggegevens uit het Intrakoopbestand over jaar t-2.
189	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten met welk doel de bijlage "Uitvraagformat Wlz declaratiedata 2025" wordt ingezet binnen het inkoopproces, hoe de gegevens worden gebruikt en welke acties, termijnen en procedure voor zorgaanbieders gelden bij het aanleveren hiervan?	Het uitvraagformat is ingezet om declaratiegegevens bij zorgkantoren uit te vragen voor het landelijke tariefmodel. Die gegevens worden gebruikt voor de clustering van zorgaanbieders en voor het bepalen van de vertrektarieven per cluster. Er wordt geen aanvullende uitvraag bij zorgaanbieders gedaan om administratieve lasten te beperken. Voor zorgaanbieders zijn daarom geen aanleveracties, termijnen of procedure vastgelegd.
190	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten obv welke analyse is vastgesteld dat de gegevens uit jaar T-s representatief zijn gelet op de clusterindeling?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de vertrektariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data. Het verfijnde model (inclusief de aannames) is extern gevalideerd, waarbij ook is gekeken naar de representativiteit van de clusters gelet op jaarrekeningendata en declaraties. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op aanbieder niveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
191	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten of en in welke vorm zorgaanbieders inzicht krijgen in de gepresenteerde resultaten bij de vaststelling van de vertrektarieven, en of dit uitsluitend de eigen gegevens betreft of ook (geanonimiseerde) data van andere aanbieders, en of eventuele fouten in deze gegevens nog gecorrigeerd kunnen worden, mede gelet op vertrouwelijkheid en mededingingsregels?	Bij publicatie van de vertrektarieven op 4 september 2026 geven wij per cluster inzicht in de belangrijkste resultaten, zoals de verdeling van kostenpercentages en resultaten binnen het cluster. Deze informatie wordt uitsluitend op geaggregeerd niveau gedeeld.

192	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten of zorgaanbieders met uitzonderlijk hoge winsten als outliers worden aangemerkt in de tariefbepaling en op welke wijze deze worden gecorrigeerd of geëlimineerd om vertekening van het tarief te voorkomen?	Zorgaanbieders met afwijkende waarden, waaronder afwijkingen door bijzondere inkomsten, kunnen als outlier worden aangemerkt wanneer zij meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde afwijken. Outliers die na twee correctierondes buiten de gestelde grens blijven, worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief.
193	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op basis van welke analyse is vastgesteld dat gegevens uit t-2 een representatief beeld geven van de kostenstructuur van zorgaanbieders gedurende volledige looptijd van het Zorginkoopbeleid, gelet op het feit dat clusterindeling en tariefuitkomst voor die gehele periode worden vastgezet?	De clusterindeling en vertrektarieven worden elk jaar opnieuw vastgesteld binnen de periode van het meerjarenbeleid, hierdoor zijn geen analyses gedaan voor representativiteit voor de volledige looptijd.
194	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op basis van welke criteria correcties op outliers worden doorgevoerd en hoe deze worden onderbouwd?	Aanbieders kunnen om verschillende redenen een outlier zijn. Wanneer bijzondere uitgaven of inkomsten aan de afwijking ten grondslag liggen wordt individueel beoordeeld of deze gecorrigeerd dienen te worden.

195	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op basis van welke gegevens is vastgesteld dat de tariefuitkomsten, ondanks de NHC/NIC correctie, reëel zijn voor zorgaanbieders met hogere feitelijke lasten, en bevestigen dat hieraan een analyse ten grondslag ligt? Waarbij wij bezwaar zullen maken indien deze analyse ontbreekt of niet aantoonst dat de tarieven reëel zijn.	Aan de tariefuitkomsten ligt een analyse ten grondslag. De vertrektarieven zijn gebaseerd op jaarrekeningdata, declaratiedata van alle zorgkantoren en NZa-maximumtarieven; deze data zijn gecontroleerd met een outlieranalyse. De NHC/NIC-correctie is verwerkt door de NHC- en NIC-opbrengsten per aanbieder, op basis van NZa-vergoedingen per prestatie en gedeclareerde aantallen, in mindering te brengen op de Wlz ZiN-kosten. Eventuele verschillen tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke financieringslasten zijn onderdeel van de totale kostenpositie van aanbieders en werken daarmee impliciet door in de uitkomst. Het vertrektarief per cluster wordt vervolgens vastgesteld op het hoogste niveau waarbij minimaal 75% van de aanbieders of 75% van het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Hiermee wordt geborgd dat de tariefuitkomsten in brede zin aansluiten bij de feitelijke kostenstructuur in de sector.
196	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op basis van welke gegevens is vastgesteld dat, ondanks de normatieve correctie voor NHC/NIC, de resterende tariefuitkomst nog reëel is voor zorgaanbieders met hogere feitelijke lasten?	De reële tariefuitkomst is vastgesteld met jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-tarieven uit jaar t-2. Per zorgaanbieder zijn de Wlz ZiN-kosten bepaald, waarna de NHC/NIC-opbrengsten op basis van NZa-vergoeding per prestatie en gedeclareerde aantallen in mindering zijn gebracht. Het resterende kostenpercentage is afgezet tegen een 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC. Het vertrektarief per cluster wordt vervolgens vastgesteld op het hoogste niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders of minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend is. Daarmee is geborgd dat de uitkomst in brede zin reëel is, ook voor aanbieders met relatief hogere lasten. Voor individuele situaties waarin dit niet toereikend is, kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule.
197	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op welke wijze bij benchmark- en doelmatigheidsvergelijkingen rekening wordt gehouden met organisaties die zijn geclassificeerd als GZ gedeeltelijk intramuraal, terwijl een substantieel deel van de kostenstructuur en ondersteunende functies onder de cao VVT vallen?	De systematiek is gericht op het vaststellen van een vertrektarief dat representatief is voor het merendeel van de aanbieders binnen een cluster, niet op individuele prestaties.

198	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op welke wijze de proportionaliteit en uitvoerbaarheid van de aanvullende administratieve verplichtingen is beoordeeld?	Zoals toegelicht in het Wlz beleidskader 2027 is de NHC bedoeld voor financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. Van zorgaanbieders mag worden verwacht dat zij deze middelen inzetten voor duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting, zodat Wlz zorg tijdig en verantwoord kan worden geleverd. Transparantie in zorg- en vastgoedexploitatie geeft beter inzicht in kosten en opbrengsten van vastgoed. Hierdoor kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren beter beoordelen of NHC-middelen worden ingezet voor onderhoud en toekomstbestendigheid en het geeft sturingsinformatie bij groeiende zorgvraag en capaciteitsrisico's.
199	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op welke wijze is beoordeeld dat de uitkomst van het tariefmodel voldoet aan de maatstaf van reële tarieven, en niet uitsluitend dat de gehanteerde methode (het 75e percentiel) in eerdere rechtspraak is aanvaard?	Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. Als de tariefsystematiek voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend uitpakt, kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.
200	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op welke wijze is beoordeeld dat de uitkomst van het tariefmodel voldoet aan de maatstaf van reële tarieven?	Het model is gebaseerd op gerealiseerde kosten (jaarrekeningen en declaratiedata), waardoor het aansluit bij de feitelijke kostenstructuur. Het vertrektarief wordt vastgesteld op basis van het 75e percentiel en het niveau waarbij minimaal 75% van de markt kostendekkend kan opereren.

201	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten op welke wijze zorgaanbieders inzicht krijgen in hun individuele positie binnen de berekeningen en de totstandkoming van het vertrektarief?	Via de publicatie op 4 september 2026 communiceren wij de vertrektarieven van de verschillende clusters. Ook kunt u in bijlage 7 de berekeningswijze nalezen. Daarnaast wordt in de geactualiseerde versie van bijlage 7 per cluster een weergave opgenomen van de kostenpercentages van aanbieders. Deze worden afzonderlijk geplot zonder herleidbare gegevens, zodat inzicht ontstaat in de spreiding en bandbreedte binnen het cluster. Individuele posities van aanbieders worden niet gedeeld.
202	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom bij de correctie van de NHC, indien ELV of GRZ afwijkt, voor zorggroepen met meerdere financieringsstromen wordt uitgegaan van een Wlz-percentage op basis van algemene gegevens en een gelijk verondersteld rendement, en waarom deze systematiek als passend en representatief wordt beschouwd?	Wij gebruiken de Wlz ZiN-ratio omdat uit jaarrekeningen niet eenduidig is af te leiden welk deel van de kosten aan de Wlz en welk deel aan andere financieringsdomeinen (zoals Wmo en Zvw) kan worden toegerekend. De verhouding tussen Wlz ZiN-omzet en totale omzet wordt daarom gebruikt om de totale kosten aan Wlz ZiN toe te rekenen. Dit betekent dat voor zorgaanbieders met meerdere financieringsstromen impliciet een uniforme benadering wordt gehanteerd, waarbij wordt uitgegaan van een gelijk rendement over de verschillende domeinen. Deze systematiek is passend omdat deze objectief en consistent toepasbaar is op alle aanbieders. De NHC/NIC-correctie wordt toegepast op het Wlz-deel van de kosten door de berekende NHC- en NIC-opbrengsten in mindering te brengen. Dit gebeurt omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl de financieringslasten in de kosten zijn opgenomen. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage.
203	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom de Wlz ZiN ratio een valide methode is voor het toerekenen van kosten aan de Wlz en welke alternatieven zijn overwogen?	Wij gebruiken de Wlz ZiN ratio omdat uit jaarrekeningen geen onderscheid kan worden gemaakt tussen kosten die aan de Wlz zijn gerelateerd en kosten uit andere domeinen. De ratio zet de Wlz ZiN omzet op basis van declaratiegegevens af tegen de totale omzet en geldt als adequate, objectieve en uniforme afspiegeling voor de verhouding tussen ZiN-gerelateerde Wlz-kosten en totale kosten. De NZa hanteert deze aanname ook voor kosten die zij niet aan de Wlz kan toewijzen.

204	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom gegevens uit jaar t-2 beslissend worden geacht zowel voor de clusterindeling van zorgaanbieders als voor de daarop gebaseerde tariefvorming, en waarom het zorgkantoor deze dubbele beslissende rol van één historisch jaar passend acht bij een zorginkoopbeleid met een looptijd van drie jaren?	Zorgkantoren hanteren jaar t-2 omdat dit de meest recente, volledig beschikbare en gecontroleerde gegevens zijn uit jaarrekeningen en declaratiedata. Deze data vormen een objectieve en uniforme basis voor zowel de clusterindeling als de berekening van kostenpercentages. Dezelfde dataset wordt gebruikt voor beide stappen (clustering en tariefbepaling) om consistentie binnen het model te waarborgen en te voorkomen dat verschillende databronnen of jaren tot onvergelykbare uitkomsten leiden. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het tariefmodel jaarlijks opnieuw doorgerekend met de dan meest recente beschikbare gegevens. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele ontwikkelingen in kosten en zorglevering, binnen de randvoorwaarden van beschikbare en betrouwbare data.
205	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom is gekozen voor 75% als norm?	Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model in vulling 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.
206	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom is gekozen voor een harde 85% grens zonder bandbreedte of aanvullende correctie voor wooncomponenten, terwijl niet is onderbouwd dat bij een aandeel van 85% VPT omzet een kwalitatief ander kostenprofiel ontstaat dan bij aanbieders die net onder of boven deze grens vallen?	De keuze voor een vaste grens van 85% VPT-omzet is een modelmatige afbakening binnen de clustering en geen afgeleide van een vastgesteld omslagpunt in kostenstructuur. Bij de ontwikkeling van het model is wel verkend welke grenswaarden het beste onderscheid maken tussen groepen aanbieders. Hierbij zijn onder andere de grenzen van 80% en 85% onderzocht op basis van verschillen in gemiddeld bedrijfsresultaat. Daaruit volgde dat een grens van 85% leidde tot een groter verschil in doelmatigheidspotentieel tussen de onderscheiden groepen zorgaanbieders.

207	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten waarom uitsluitend jaar t-2 als basis is gekozen voor vertrektarieven, clusterindeling en tariefvorming, en waarom dit passend wordt geacht voor een driejarig zorginkoopbeleid? Welke alternatieve referentieperiodes zijn overwogen en om welke redenen zijn deze niet toegepast?	Naar aanleiding van eerder door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces rondom de berekening van de vertrektarieven aan te passen naar t-2. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli van jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiedata over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het model jaarlijks herijkt op basis van de dan meest recente beschikbare data. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele kostenontwikkelingen binnen de sector.
208	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten welk deel van de feitelijke financieringslasten na toepassing van de NHC/NIC correctie resteert en hoe deze resterende lasten doorwerken in de vaststelling van het richttariefpercentage?	Binnen de gehanteerde methodiek resteert geen afzonderlijk zichtbaar deel van de financieringslasten na toepassing van de NHC/NIC-correctie. De NHC/NIC-opbrengsten worden in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten, waarna het kostenpercentage wordt bepaald op basis van kosten exclusief de vastgoedcomponent. Uit een uitvraag in 2024 blijkt dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten naar financieringsdomein (zoals Wlz, Wmo en Zvw) op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. Eventuele verschillen tussen de feitelijke financieringslasten en de NHC/NIC-vergoeding worden daarom niet apart geïsoleerd.
209	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten welke inhoudelijke en financiële onderbouwing ten grondslag ligt aan de keuze om bij GGZ-aanbieders reeds vanaf 1% intramurale zorg over te gaan tot volledige indeling in het cluster "gedeeltelijk intramuraal"?	De volledig extramurale aanbieders hebben een andere kostenstructuur doordat zij geen vastgoed hebben en zijn hierom apart geclusterd. De grens van 1% is gekozen als foutmarge, om zo extramurale aanbieders die per abuis eenmalig een intramurale prestatie hebben gedeclareerd alsnog mee te nemen in het extramurale cluster.

210	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten welke methode is gebruikt voor de verdeling van kosten tussen ZZP en VPT bij aanbieders met een gemengd profiel en op welke wijze is geborgd dat deze toerekening representatief is voor de werkelijke kostenverhouding?	Er zijn geen kosten specifiek toegerekend naar ZZP en VPT bij de berekening van de kostenratio's. Voor het clusteren van aanbieders is wel gekeken naar de omzet die is gegenereerd voor zowel ZZP als VPT waarbij prestaties zijn geclassificeerd gebaseerd op de indeling in bijlage 7a. Bij het berekenen van de kostenratio is de volledige Wlz ZiN omzet meegenomen en afgezet tegen de volledige omzet van de aanbieder om zo de Wlz ZiN ratio te berekenen. Deze Wlz ZiN ratio wordt vervolgens toegepast op alle kosten (Som der bedrijfslasten plus het saldo van financieringsbaten en -lasten) om de Wlz ZiN gerelateerde kosten te bepalen.
211	Gehele document & bijlagen	Kunt u toelichten welke onderbouwing zorgaanbieders ontvangen bij hun clusterindeling? Wordt inzichtelijk gemaakt op basis van welke prestaties, omzet-, declaratie- en financiële gegevens de indeling is vastgesteld, zodat aanbieders deze kunnen beoordelen en verifiëren?	De berekening, gebruikte posten uit de jaarrekening en gebruikte declaraties worden toegelicht in bijlage 7 zodat een individuele aanbieder kan nagaan welke gegevens zijn gebruikt en wat zijn kostenpercentage is. Er wordt geen individueel inzicht per aanbieder verstrekt.
212	Gehele document & bijlagen	Leidt de voorgestelde correctie voor de NHC/NIC bij zorgaanbieders met lagere feitelijke vastgoedlasten dan de NHC/NIC tot een irreële c.q. te lage tariefsuitkomst?	Nee. De NHC/NIC-componenten worden uit het model geschoond omdat deze componenten voor 100% worden vergoed. Eventuele verschillen tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke vastgoedlasten worden niet apart gecorrigeerd maar maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van aanbieders en werken daarmee impliciet door in de uitkomst. Het vertrektarief wordt vastgesteld op het niveau waarop het tarief voor minimaal 75% van de aanbieders of 75% van het marktaandeel binnen het cluster kostendekkend is.
213	Gehele document & bijlagen	Mbt de vernieuwde tariefsystematiek: Gaan organisaties de kostprijsberekening ook ontvangen of kunnen organisaties deze ontvangen?	Wij publiceren of delen geen individuele kostprijsberekening per organisatie. Wel is de landelijke tariefsystematiek transparant gemaakt: de gebruikte bronnen, clusterindeling, berekening van kostenpercentages en vertrektarieven zijn toegelicht. De bijlage bevat daarnaast de volledige Python-modelcode. Zie bijlage 7 Onderbouwing vertrektarieven Wlz 2027, paragrafen 1, 2 en 4 en bijlage 7.b.

214	Gehele document & bijlagen	Met de nieuwe methodiek van schonen voor NHC/NIC wordt de omzet NHC/NIC ook van de kosten afgetrokken. Dit onder de aanname dat de volledige omzet ook wordt opgemaakt en resultaat op vastgoed dus nihil is. In werkelijkheid is dit niet zo, want veel organisaties moeten nog investeren nav de verhoogde NHC. Dit is onterecht, kunnen jullie de berekening aanpassen en baseren op werkelijk resultaat?	De gehanteerde methodiek is niet gebaseerd op de aanname dat het vastgoedresultaat per aanbieder nihil is. De NHC/NIC-component wordt in het tariefmodel geschoond om overlap te verwijderen, omdat deze component als afzonderlijke, normatieve vergoeding volledig via het NZa-tarief wordt verstrekt. Eventuele verschillen tussen NHC/NIC-vergoeding en feitelijke kapitaallasten, waaronder afwijkende vastgoedresultaten, worden niet apart gecorrigeerd maar maken onderdeel uit van de totale kostenpositie van zorgaanbieders.
215	Gehele document & bijlagen	Mogen we aannemen dat met "jaar t" het komende jaar bedoeld wordt waar de contractering betrekking op heeft?	Ja. Met "jaar t" wordt het jaar bedoeld waarop de contractering en het tariefmodel betrekking hebben; voor de inkoop 2027 is jaar t dus 2027.
216	Gehele document & bijlagen	Nav. corrigeren voor NHC/NIC component; welke correctie past het zorgkantoor toe op het vertrektarief mbt een 'dubbeling' (de overlap)? Dat is volgens ons nergens aangegeven (waar is deze op gebaseerd, wat is de omvang, voor welke instellingen is dit van toepassing?). Bij onze organisatie is geen sprake van een overlap / dubbeling, dus een correctie hiervoor kan dan niet aan de orde zijn.	De correctie voor de NHC/NIC-component is geen afzonderlijke correctie voor een veronderstelde 'dubbeling' per individuele aanbieder. Er vindt geen maatwerkcorrectie plaats afhankelijk van de situatie van een individuele aanbieder. De correctie wordt generiek toegepast in het model, omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl de financieringslasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage.

217	Gehele document & bijlagen	niet alle aanbieders zijn meegenomen in het 75% percentiel om tot de vertrektarieven te komen, in relatie tot zorgaanbod en bedrijfsvoering zou dit representatief zijn. In hoeverre is dit ook representatief voor de huisvesting en hoe is dit bepaald?	De representativiteit van het 75%-niveau zit op de zorgcomponent en wordt bepaald op basis van de kostenpercentages van aanbieders binnen het cluster. De NHC/NIC-component wordt in de methodiek buiten beschouwing gelaten en speelt daarom geen rol in de bepaling van het vertrektariefpercentage. Voor huisvesting wordt geen afzonderlijke representativiteit vastgesteld. De correctie wordt toegepast omdat de NHC/NIC volledig (100%) wordt vergoed, terwijl de vastgoedlasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent leiden tot overlap in het kostenpercentage. Verschillen in huisvestingssituatie tussen aanbieders maken daarmee geen onderdeel uit van de clustering of de bepaling van het percentiel. De systematiek is gericht op een uniforme en onderling vergelijkbare bepaling van zorgkosten. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door toepassing van een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
218	Gehele document & bijlagen	Nu hebben wij bepaalde volumes, die kunnen volgend jaar stijgen/dalen. Vindt jaarlijks een herberekening van tarieven of wordt hier alleen de indexatie toegepast?	Vertrektarieven worden niet uitsluitend geïndexeerd, maar jaarlijks opnieuw vastgesteld op basis van het landelijke tariefmodel. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de meest recente beschikbare data (jaar t-2), waardoor ontwikkelingen in kosten en sectorstructuur worden meegenomen in de tariefbepaling. Indexering wordt daarnaast verwerkt door de NZa in de maximumtarieven. Voor de hoogte en samenstelling van de NZa-maximumtarieven, waaronder indexatie, is de NZa verantwoordelijk.
219	Gehele document & bijlagen	O.b.v. declaratiegegevens 2024 en jaarrekening data 2024 zijn aanbieders in groepen/clusters ingedeeld. Een jaarrekening is echter een momentopname. Je krijgt pas beeld bij de financiële positie van een aanbieder als je kijkt naar meerdere jaarrekeningen. In hoeverre kijken de zorgkantoren bij het bepalen van het cluster/i naar de jaarrekening van meerdere jaren?	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 vertrektarieven aan te passen. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Bij de clusterindeling en het berekenen van het vertrektariefpercentage wordt daarom enkel gekeken naar de jaarrekeningen en declaratiedata uit het jaar t-2.

220	Gehele document & bijlagen	Onder welke voorwaarden is afwijking van het vertrektariefpercentage mogelijk bij de contractering van een individuele aanbieder?	Afwijking van het vertrektariefpercentage vindt plaats op basis van het regionale beleid van het zorgkantoor en de afspraken die hierover met de zorginkoper worden gemaakt.
221	Gehele document & bijlagen	Onder welke voorwaarden is het mogelijk om, na publicatie van de vertrektariefpercentages, een inschrijving te heroverwegen of aan te passen indien het tariefniveau aantoonbaar niet kostendekkend blijkt?	Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
222	Gehele document & bijlagen	Onderkent het zorgkantoor dat het vertrektarief, gebaseerd op clusterpercentages (75e percentiel en 75% marktaandeel), ertoe kan leiden dat individuele aanbieders aantoonbaar niet kostendekkend kunnen opereren?	Het vertrektariefpercentage is zo ingericht dat minimaal 75% van het aantal zorgaanbieders én minimaal 75% van het marktaandeel een kostendekkende vergoeding ontvangt; voor aanbieders geldt een doelmatigheidsprikkel. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
223	Gehele document & bijlagen	Op basis van welk peiljaar wordt de clusterindeling voor 2028 vastgesteld?	Hiervoor wordt gebruik gemaakt van declaratiedata en jaarrekeningendata uit 2026.
224	Gehele document & bijlagen	Op basis van welke criteria en data is vastgesteld dat de gehanteerde clusters een homogene kostenstructuur representeren, met name voor clusters gebaseerd op het VPT-aandeel? Welke statistische of analytische methode is toegepast om de homogeniteit te toetsen, en wat zijn de uitkomsten daarvan?	De clustering is gebaseerd op objectieve en landelijk beschikbare data, zoals declaratiedata en jaarrekeningdata. Zorgaanbieders worden ingedeeld op basis van kenmerken zoals type zorg en leveringsvorm, waaronder het aandeel extramurale zorg, VPT en (gedeeltelijk) intramurale zorg. Er is geen afzonderlijke statistische toets uitgevoerd om homogeniteit van kostenstructuren vast te stellen. De systematiek is generiek en gebaseerd op uniforme definities en beschikbare data. Vergelijkbaarheid wordt geborgd door clustering op objectieve kenmerken, gebruik van één uniforme kostenmaat en het uitsluiten van outliers. Verschillen in kostenstructuren werken impliciet door in de spreiding van kostenpercentages binnen het cluster. Het vertrektarief wordt bepaald op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren.

225	Gehele document & bijlagen	Op basis van welke objectief toetsbare analyses heeft u vastgesteld dat bij een aandeel van 85% VPT-omzet een omslagpunt in zorgkosten ontstaat, en hoe borgt u dat tariefstelling voldoende ruimte laat voor positieve marges ten behoeve van risicodekking en investeringen?	Bij de ontwikkeling van het model is een verkennende analyse uitgevoerd waarbij verschillende grenswaarden (onder andere 80% en 85%) zijn vergeleken op basis van verschillen in gemiddeld bedrijfsresultaat tussen groepen aanbieders. Deze analyse ziet op het totale financiële resultaat en niet specifiek op zorgkosten. De tariefstelling borgt ruimte voor een positief resultaat door het vertrektarief vast te stellen op het niveau waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers. De systematiek is gericht op een reëel vertrektarief voor het merendeel van de zorgaanbieders, waarbij verschillen in kosten en efficiency doorwerken in de uitkomsten.
226	Gehele document & bijlagen	Op basis waarvan acht het zorgkantoor de aanname gerechtvaardigd dat de verhouding tussen Wlz omzet en totale omzet een representatieve proxy vormt voor de kostenverhouding, met name voor geïntegreerde GGZ aanbieders?	Wij gebruiken deze verhouding omdat jaarrekeningen geen onderscheid maken tussen kosten die aan de Wlz zijn gerelateerd en kosten uit andere domeinen. Daarom wordt de Wlz ZiN omzet op basis van declaratiegegevens afgezet tegen de totale omzet uit de jaarrekening. De NZa hanteert deze aanname ook voor kosten die zij niet aan de Wlz kan toewijzen.
227	Gehele document & bijlagen	Op welke gronden acht u gegevens uit jaar t-2 beslissend voor clusterindeling en tariefbepaling binnen een meerjarig inkoopbeleid, en welke analyses onderbouwen dat deze representatief zijn en niet leiden tot structurele effecten bij incidentele afwijkingen?	Zorgkantoren hebben er bewust voor gekozen de richttariefpercentages te baseren op de voor hen meest recent beschikbare data, te weten de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2025 en declaratiedata 2025. Één historisch jaar wordt gebruikt voor actualiteit en vergelijkbaarheid, terwijl jaarlijkse herijking binnen het meerjarige beleid zorgt voor een passende en actuele tariefontwikkeling. Het tariefmodel wordt jaarlijks doorgerekend op basis van de meest recente beschikbare kostengegevens (jaar t-2).
228	Gehele document & bijlagen	Op welke manier beïnvloedt het gebruik van verouderde data de berekening van het vertrektarief, en wat laat een berekening op basis van recentere voorlopige data zien?	De vertrektarieven 2027 worden bepaald met het landelijke tariefmodel op basis van drie databronnen: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. De jaarverslagen van t-2 zijn de meest recente jaarverslagen. Een berekening op meer recente data is dan ook niet mogelijk.

229	Gehele document & bijlagen	Op welke manier worden stijgende kosten voor huisvesting, vervoer en personeel meegenomen in de contractering gedurende de contractperiode?	De stijgende kosten voor huisvesting, vervoer en personeel worden door de NZa meegenomen in het vaststellen van de maximumtarieven. De hoogte van de NZa-maximumtarieven valt onder de verantwoordelijkheid van de NZa.
230	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze gaat het zorgkantoor om met deze onzekerheid in de periode tot september, en welke waarborgen worden geboden om te voorkomen dat aanbieders verplichtingen aangaan zonder zicht op een kostendekkend vertrektarief?	Naar aanleiding van de eerder door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de vertrektarieven aan te passen naar t-2. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2. Het is daarom niet mogelijk om eerder de vertrektarieven te publiceren.
231	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze houden zorgkantoren rekening met individuele omstandigheden van zorgaanbieders nu men kostenpercentages van clusters bundelt maar men daarin geen onderscheid maakt voor bijv. zorgaanbod in stedelijke of landelijke omgeving en andere kostprijs beïnvloedende omstandigheden?	De stedelijke of landelijke omgeving wordt niet expliciet meegenomen in de tariefsystematiek, maar is meegenomen in de niet beïnvloedbare factoren waar binnen de V&V een aparte vergoeding voor geldt. In de totstandkoming van de clustering is gekeken naar verschillende kenmerken van zorgaanbieders, waaronder ook verschillen in cliëntmix en zorgzwaarte. In de uiteindelijke modelkeuze is er echter voor gekozen om de clustering te beperken tot een aantal objectief vast te stellen kenmerken, zoals sector en intramuraal/extramuraal aanbod. Dit om de methodiek uitlegbaar en transparant te houden.
232	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze is in de tariefonderbouwing rekening gehouden met de noodzakelijke weerstandsvermogens van zorgaanbieders, indien een substantieel deel van de sector op of rond de nullijn wordt gepositioneerd?	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 de jurisprudentie standgehouden.
233	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze wordt binnen de tariefsystematiek rekening gehouden met zorgaanbieders die gedurende de beleidsperiode 2027-2029 aantoonbaar groeien, capaciteit uitbreiden of nieuwe zorgvormen ontwikkelen, waardoor de feitelijke situatie afwijkt van de t-2 gegevens waarop de clusterindeling en tariefbepaling zijn gebaseerd?	De t-2 gegevens zijn leidend voor de landelijke clustering. Indien u aantoonbaar groeit, capaciteit uitbreidt of nieuwe zorgvormen ontwikkelt dan is het mogelijk dat u in het jaar t+2 in desbetreffend cluster worden ingedeeld.

234	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze wordt geborgd dat de voorgestelde tarief- en contracteringssystematiek geen risico's creëert voor de continuïteit van zorg, met name voor aanbieders met complexe doelgroepen of hoge vaste lasten?	Wij borgen dit op meerdere manieren: het landelijke tariefmodel clustert zorgaanbieders zodat meer gelijksoortige aanbieders worden vergeleken en het vertrektarief dient als uitgangspunt voor definitieve tariefafspraken in de regio. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule. Knelpunten in de continuïteit van zorglevering op klantniveau moeten bij uw zorgkantoor worden gemeld.
235	Gehele document & bijlagen	Op welke wijze wordt rekening gehouden met verschillen in arbeidskostenontwikkeling tussen de sectoren? Bijvoorbeeld wanneer de cao Gehandicaptenzorg zich anders ontwikkelt dan de cao VVT, terwijl een substantieel deel van onze medewerkers onder de cao VVT valt.	Het landelijk tariefmodel houdt niet specifiek rekening met arbeidskostenontwikkeling. Het landelijke tariefmodel gebruikt jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2; voor 2027 is dat 2025. Het kostenpercentage wordt berekend door de Wlz ZiN-kosten exclusief NHC/NIC af te zetten tegen een hypothetisch 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC op basis van dezelfde jaar t-2-data. Indexering wordt verwerkt door de NZa in de maximumtarieven. Voor de hoogte en samenstelling van de NZa-maximumtarieven, waaronder verwerking van arbeidskostenontwikkeling in de tarieven, is de NZa verantwoordelijk.
236	Gehele document & bijlagen	Outliers worden uiteindelijk uitgesloten in de vertrektarief bepaling. Op welke wijze wordt voorkomen dat hierdoor zorgaanbieders met hoog complexe, specialistische zorg worden uitgesloten en daarmee een 'te laag' vertrektarief krijgen?	De outlieranalyse leidt niet automatisch tot uitsluiting: afwijkende waarden van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde worden handmatig gecontroleerd en er worden correcties doorgevoerd als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven. Alleen outliers die na twee correctierondes buiten de gestelde grens blijven, worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief. Daarnaast is het vertrektarief een uitgangspunt; als de tariefsystematiek voor een individuele aanbieder onvoorzien en onredelijk benadelend uitpakt en het tarief ondanks doelmatige zorglevering niet kostendekkend is, kan een beroep op de hardheidsclausule worden gedaan.

237	Gehele document & bijlagen	Stel dat het vertrekpercentage met de nieuwe berekeningswijze hoger wordt en er geen aanpassing in het landelijk kader komt, hoe gaat het zorgkantoor daarmee om? (loopt een zorgaanbieder met de nieuwe berekening meer risico dat geleverde zorg niet volledig vergoed wordt?)	De toekenning van productieafspraken moet in beginsel passen binnen het macrokader. Een hoger tarief betekent minder ruimte voor volumes. Bij krapte, maakt uw zorgkantoor keuzes welke soort zorg voorrang krijgt. Hierover kunt u contact opnemen met uw zorginkoper.
238	Gehele document & bijlagen	Tegen de gehanteerde tarifiering wordt bezwaar gemaakt, omdat deze systematiek door nadruk op marktaandeel en schaalvoordelen structureel in het voordeel werkt van grote aanbieders. Dit leidt tot een ongelijk speelveld en benadeelt kleinere en middelgrote aanbieders, met mogelijke negatieve consequenties voor toegankelijkheid, continuïteit en pluriformiteit van het zorgaanbod.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
239	Gehele document & bijlagen	U brengt de volledige NHC/NIC-opbrengsten in mindering op de kosten. In 2026 zijn de NHC/NIC-opbrengsten verhoogd als gevolg van een besluit van het kabinet. Klopt het dat een hogere vergoeding van de NHC/NIC voor komende investeringen leidt tot een lager richttarief? Vindt u dit een gewenste ontwikkeling? (Andersom leidt een bezuiniging op de NHC/NIC tot een hoger richttarief.)	Binnen de gehanteerde methodiek kan een wijziging in de NHC/NIC-vergoeding doorwerken in het berekende kostenpercentage, omdat de NHC/NIC-opbrengsten in mindering worden gebracht op de kosten. Een hogere NHC/NIC-vergoeding kan daardoor, bij gelijkblijvende overige factoren, leiden tot een lager kostenpercentage en vice versa. Dit effect moet in de context van de systematiek worden gezien. De NHC/NIC is een afzonderlijke, normatieve component die door de NZa wordt vastgesteld en volledig wordt vergoed. Door deze component buiten beschouwing te laten, worden de onderliggende zorgkosten zuiver vergeleken, zonder invloed van verschillen in vastgoedfinanciering. Het richttariefpercentage wordt vervolgens bepaald op basis van feitelijke kostengegevens en de 75%-systematiek, waardoor de uitkomst aansluit bij de reële kostenstructuur in de sector.
240	Gehele document & bijlagen	U corrigeert de kosten NHC/NIC nadat de kosten voor de sector Wlz naar rato zijn bepaald. Dat is ons volgens ons niet juist. De correctie NHC/NIC dient eerst op de totale kosten plaats te vinden. Dan blijven de zorgkosten over, die dan naar rato verdeeld worden. Wij vinden dat u deze methodiek dient aan te passen. Bent u daartoe bereid?	De gehanteerde volgorde volgt uit de systematiek waarbij eerst de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten worden bepaald op basis van de totale kosten en de Wlz-ZiN-ratio. Pas daarna wordt de NHC/NIC-correctie toegepast, omdat deze component specifiek samenhangt met de Wlz-prestaties. Een eerdere correctie op totale kosten zou ook kosten raken die buiten het Wlz-domein vallen en leidt daarmee tot een minder zuivere bepaling van het kostenpercentage. De gekozen volgorde zorgt er juist voor dat de correctie wordt toegepast op de juiste kostenbasis.

241	Gehele document & bijlagen	U corrigeert het tariefmodel voor de NHC/NIC component. Houdt u bij het meenemen van de jaarrekening ook rekening met het onderscheid tussen de zorg- en vastgoedexploitatie? Zo nee waarom niet?	Er wordt geen afzonderlijk onderscheid gemaakt tussen zorg- en vastgoedexploitatie in de jaarrekeningdata. In de methodiek wordt uitgegaan van de totale Wlz ZiN-kosten zoals beschikbaar in de gebruikte databronnen. De vastgoedcomponent wordt vervolgens in het tariefmodel gecorrigeerd door de NHC/NIC-opbrengsten in mindering te brengen op de kosten. Hiermee wordt deze component alsnog gescheiden van de zorgkosten en wordt overlap voorkomen. Een aparte uitsplitsing in de brondata is daarmee niet nodig voor een juiste bepaling van het richttariefpercentage.
242	Gehele document & bijlagen	U eist dat zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk maken. Met welk oogmerk wordt deze eis gesteld en hoe is de noodzaak en de proportionaliteit ervan beoordeeld? Is de zorgorganisatie vrij in het kiezen van een methode om kosten toe te rekenen? Op welke wijze wordt deze informatie en het vastgoedplan gebruikt in het inkoop- en toezichtproces? Welke eisen en beoordelingscriteria worden er aan gesteld?	Zoals toegelicht in het Wlz beleidskader 2027 is de NHC bedoeld voor financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. Van zorgaanbieders mag worden verwacht dat zij deze middelen inzetten voor duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting, zodat Wlz zorg tijdig en verantwoord kan worden geleverd. Transparantie in zorg- en vastgoedexploitatie geeft beter inzicht in kosten en opbrengsten van vastgoed. Hierdoor kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren beter beoordelen of NHC-middelen worden ingezet voor onderhoud en toekomstbestendigheid en het geeft sturingsinformatie bij groeiende zorgvraag en capaciteitsrisico's.
243	Gehele document & bijlagen	U eist dat zorgaanbieders hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk maken. Als blijkt dat de positieve resultaten van de vastgoedexploitatie de negatieve resultaten van de zorgexploitatie goedmaken, wat heeft dit dan voor consequenties voor de zorgtarieven en afslagen daarop in de toekomst?	Het tariefmodel houdt hier geen rekening mee. Zorgaanbieders moeten de NHC primair inzetten ter ondersteuning van duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting die aansluit bij de lange termijn behoeften van cliënten en zorgverleners. Wij verwachten dat een zorgaanbieder de NHC alleen voor zorgactiviteiten inzet na een bewuste afweging en als dit niet ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed.

244	Gehele document & bijlagen	u gaat ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutrale of positief resultaat bereikt. een neutraal resultaat maakt geen gezonde bedrijfsvoering, een zeker resultaat is noodzakelijk. Kunt u aangeven dat een zero resultaat continuïteit van een bedrijf borgt.	Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Het tariefmodel is erop gericht dat minimaal 75% van zowel het aantal als het marktaandeel van zorgaanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangt. Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. 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. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is.
245	Gehele document & bijlagen	U geeft aan dat alle jaarrekeningen die per 1 juli 2026 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand worden betrokken in de analyse. Dit impliceert dat de later gedeponeerde jaarrekeningen, veelal door bijzondere ontwikkelingen/resultaten of nagekomen correcties, niet worden meegenomen. Kan het zorgkantoor toelichten in hoeverre de mogelijke impact hiervan op het tariefmodel in beeld zijn gebracht?	Wij nemen alle Wlz-zorgaanbieders mee waarvan de gegevens beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand versie eind juli 2026. Aanbieders zonder beschikbare jaarrekening in dat bestand worden wel geclusterd op basis van declaratiedata, maar tellen niet mee bij het bepalen van het kostenpercentage. De mogelijke impact van later gedeponeerde jaarrekeningen is niet afzonderlijk vastgelegd.
246	Gehele document & bijlagen	U geeft aan dat een zorgaanbieder vanaf 2027 als outlier wordt beschouwd bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde, waar voor 2027 de mediaan als referentiepunt gold. En kunt u toelichten waarom is gekozen voor het gemiddelde als referentiepunt, terwijl het gemiddelde zelf gevoelig is voor dezelfde extreme waarden die u met de analyse beoogt uit te sluiten?	De wijziging is doorgevoerd omdat de standaarddeviatie rekenkundig is gekoppeld aan het gemiddelde en niet aan de mediaan. Vanaf 2027 geldt daarom dat een zorgaanbieder als outlier wordt beschouwd bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde; voor 2027 was dat meer dan twee standaarddeviaties ten opzichte van de mediaan.
247	Gehele document & bijlagen	U geeft aan dat een zorgaanbieder vanaf 2027 als outlier wordt beschouwd bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde, waar voor 2027 de mediaan als referentiepunt gold. Kunt u per sector en cluster inzichtelijk maken wat het effect van deze methodische wijziging is op het vertrektariefpercentage?	De wijziging is doorgevoerd omdat de standaarddeviatie rekenkundig is gekoppeld aan het gemiddelde en niet aan de mediaan. Vanaf 2027 geldt daarom dat een zorgaanbieder als outlier wordt beschouwd bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde; voor 2027 was dat meer dan twee standaarddeviaties ten opzichte van de mediaan.

248	Gehele document & bijlagen	U geeft aan dat u de publicatie van de jaarrekeningen afwacht van de organisaties die tot de verschillende clusters behoren. Wij verzoeken u nadrukkelijk om gelijktijdig met het publiceren van het vertrektariefpercentage op 4 september inzichtelijk te maken van welke organisaties de jaarrekeningen zijn gehanteerd bij de tot standkoming tarieven. Bent u daartoe bereid?	Alle aanbieders waarvan de jaarrekening eind juli beschikbaar is in het intrakoop bestand worden meegenomen in de berekening van het vertrektariefpercentage. Doordat aanbieders in de verfijnde tariefsystematiek zijn ingedeeld in een cluster is deze informatie bedrijfsgevoelig waardoor wij deze indeling niet willen en kunnen publiceren.
249	Gehele document & bijlagen	U hanteert rendement of resultaat als indicator. Hoe definieert u 'rendement' binnen Wlz-zorg en op welk niveau vindt deze beoordeling plaats?	Uw vraag is voor ons niet duidelijk, we beantwoorden uw vraag om deze reden niet.
250	Gehele document & bijlagen	U hanteert vanaf 2027 een verfijnd tariefmodel en voert twee wijzigingen door. Kunt u aangeven wat de impact is van deze twee wijzigingen op het tariefpercentage? Wat zou het vertrektariefpercentage 2026 zijn per cluster op basis van deze nieuwe systematiek? Als u dit tariefpercentage niet kenbaar kan of wil maken, waarom niet?	De exacte impact verschilt van jaar tot jaar, doordat de groep van aanbieders elk jaar verschilt. De overlap in vergoeding van NHC/NIC die is ontstaan door het toevoegen van de saldopost financieringsbaten en -lasten is er met deze verfijning uit gehaald, wat impact heeft op het vertrektarief voor aanbieders in de gedeeltelijk intramurale clusters. De resultaten per cluster voor 2027 worden bij publicatie van de vertrektarieven op 4 september 2026 gegeven.
251	Gehele document & bijlagen	U maakt gebruik van financiële gegevens bij beoordeling. Hoe gaat u om met situaties waarin zorg, wonen en aanvullende diensten in één jaarrekening zijn samengevoegd, en hoe bepaalt u het zuivere Wlz-zorgresultaat?	Bij het gebruik van jaarrekeningdata wordt gewerkt met een uniforme toerekening op basis van de Wlz ZiN-ratio (Wlz-ZiN omzet ten opzichte van totale omzet). De totale kosten worden met deze ratio toegerekend aan Wlz-zorg, waarna NHC en NIC uit het model worden geschoond omdat deze componenten afzonderlijk en volledig worden vergoed. Er vindt geen afzonderlijke uitsplitsing plaats naar zorg, wonen of aanvullende diensten. Het resultaat is daarmee een gestandaardiseerde benadering van het Wlz-zorgresultaat op basis van beschikbare data.
252	Gehele document & bijlagen	U noemt de definitie van totale omzet als; "... onder som der bedrijfsopbrengsten". In 2025 zijn er incidente opbrengsten verwerkt in deze post. U neemt hierdoor deze dan ten onrechte mee in de berekening. Hoe wordt er rekening gehouden met incidentele opbrengsten die aanbieders hebben verwerkt in de JR-gegevens?	Wij corrigeren incidentele opbrengsten en uitgaven niet standaard in de berekening. Afwijkende waarden worden via een outlieranalyse gecontroleerd; als bijzondere uitgaven of inkomsten daartoe aanleiding geven, worden correcties doorgevoerd en outliers kunnen in twee correctierondes worden uitgesloten.

253	Gehele document & bijlagen	U schrijft dat door het toevoegen van de financiële baten/lasten er een overlap ontstond in de berekening. Waarom geldt dit voor de financiële baten/lasten (die ten laste van de NHC/NIC horen te komen) en niet voor de huur en afschrijvingslasten op vastgoed en inventaris (die ook ten laste van de NHC/NIC horen te komen)?	De correctie voor de NHC/NIC is niet beperkt tot uitsluitend financiële baten en lasten, maar ziet op het voorkomen dat de vastgoedcomponent in bredere zin – waaronder financieringslasten, huur en afschrijvingen – indirect dubbel doorwerkt in de berekening van het kostenpercentage. Daarbij geldt dat ook in de eerdere systematiek sprake was van een zekere overlap, bijvoorbeeld via vastgoedgerelateerde kosten in de exploitatie. In de huidige methodiek is er echter voor gekozen deze overlap expliciet en consistent te corrigeren.
254	Gehele document & bijlagen	U spreekt over T-2: is T het jaar 2024?	Nee, t is het jaar waarvoor de vertrektarieven gelden en jaar t-2 is het jaar waarvan de gegevens worden gebruikt voor de berekening van de vertrektarieven. Voor het komende inkoopjaar is jaar t 2027 waarvoor de vertrektarieven 2027 worden bepaald; jaar t-2 is daarmee 2025.
255	Gehele document & bijlagen	U stelt dat het zorgkantoor aanbieders onderling vergelijkt op doelmatigheid. Welke vergelijkingsmethodiek, indicatoren en correcties hanteert het zorgkantoor, en hoe wordt geborgd dat aanbieders op een onderling vergelijkbare en niet-vertekende basis worden beoordeeld?	Het sturen op doelmatigheid binnen bestaande tarieven vindt plaats via een landelijk tariefmodel waarin per aanbieder een kostenpercentage wordt bepaald op basis van jaarrekeningdata, declaratiedata en maximumtarieven. Zorgaanbieders worden geclusterd op basis van objectieve kenmerken, zoals type zorg en leveringsvorm. Binnen deze clusters wordt de verdeling van kostenpercentages gebruikt voor het bepalen van het vertrektarief. De vergelijking gebeurt via één uniforme kostenmaat (het kostenpercentage), gecorrigeerd en geclusterd zodat zorgaanbieders op een gelijke basis worden meegenomen. Door uniforme rekenregels en het uitsluiten van outliers wordt een consistente en niet-vertekende basis geborgd.

256	Gehele document & bijlagen	U stelt dat het zorgkantoor doelmatigheid beoordeelt op basis van analyses. Welke geanonimiseerde of geaggregeerde onderbouwing kan hierover worden gedeeld, en hoe kunnen aanbieders de juistheid en toepasbaarheid van deze analyses controleren en gemotiveerd betwisten?	De onderbouwing van de doelmatigheidsbeoordeling wordt gedeeld via de beschrijving van het tariefmodel, inclusief de gehanteerde rekenstappen, definities en aannames (zoals opgenomen in de bijlage bij het model). Daarnaast wordt op geaggregeerd niveau inzicht gegeven in de spreiding van kostenpercentages per cluster, bijvoorbeeld via geanonimiseerde weergaven van de individuele kostenpercentages. Zorgaanbieders kunnen de juistheid en toepasbaarheid van de analyses controleren door op basis van hun eigen jaarrekening- en declaratiedata het kostenpercentage volgens dezelfde methodiek te berekenen en dit te vergelijken met het gepubliceerde vertrektarief en de spreiding binnen het cluster.
257	Gehele document & bijlagen	U stelt dat het zorgkantoor inzet op transparantie in doelmatigheid. Op welke wijze worden de gehanteerde normen, vergelijkingen en uitkomsten vooraf kenbaar gemaakt, zodat aanbieders hun positie en investeringsbeslissingen kunnen bepalen?	Transparantie over doelmatigheid wordt geborgd door het vooraf beschikbaar stellen van de systematiek en onderliggende uitgangspunten. De gehanteerde rekenmethodiek, definities en aannames zijn opgenomen in de documentatie van het tariefmodel (zoals de bijlage met de onderbouwing van de vertrektarieven). Daarnaast worden per cluster de vertrektariefpercentages en geaggregeerde inzichten in de spreiding van kostenpercentages gedeeld. Hiermee krijgen aanbieders inzicht in de bandbreedte waarbinnen het tarief tot stand komt. Zorgaanbieders kunnen hun positie bepalen door op basis van hun eigen jaarrekening- en declaratiedata het kostenpercentage volgens dezelfde methodiek te berekenen en dit te relateren aan het vertrektarief en de gepubliceerde spreiding.

258	Gehele document & bijlagen	U stelt dat zorgkantoren sturen op doelmatigheid binnen bestaande tarieven. Welke concrete uitgangspunten hanteert het zorgkantoor hierbij, en hoe wordt rekening gehouden met aantoonbare verschillen in kostprijs, organisatiemodel en zorgconcept tussen aanbieders?	Het sturen op doelmatigheid binnen bestaande tarieven is gebaseerd op een landelijk tariefmodel waarin de feitelijke kosten van zorgaanbieders centraal staan. Op basis van jaarrekeningdata, declaratiedata en maximumtarieven wordt per zorgaanbieder een kostenpercentage bepaald. Om rekening te houden met verschillen tussen aanbieders worden zorgaanbieders geclusterd op basis van objectieve kenmerken, zoals type zorg en leveringsvorm. Binnen deze clusters wordt het vertrektarief vastgesteld op basis van de verdeling van kostenpercentages, waarbij het niveau wordt gekozen waarop het merendeel van de aanbieders kostendekkend kan opereren. Verschillen tussen zorgaanbieders werken daarmee impliciet door in de uitkomsten van het model, maar worden niet afzonderlijk genormeerd. Door toepassing van uniforme rekenregels, clustering en het uitsluiten van extreme waarden wordt geborgd dat aanbieders op een consistente en onderling vergelijkbare basis worden meegenomen.
259	Gehele document & bijlagen	U ziet als aandachtspunt dat de NHC/NIC "niet altijd volledig of doelmatig [worden] benut voor vastgoed." Is het daarom niet beter om het vertrektarief te baseren op de totale kosten minus vastgoedkosten (rente, afschrijving, huur), zodat de financiële capaciteit ontstaat om de NHC/NIC wel volledig te benutten voor vastgoed en tegelijkertijd een kostendekkende zorgexploitatie te krijgen?	Wij maken geen vergelijking tussen de NHC/NIC-vergoeding en de feitelijke vastgoedkosten van individuele zorgaanbieders. Uit een uitvraag in 2024 blijkt dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. Mede hierom hebben wij er bewust voor gekozen om geen aanvullende uitvraag bij zorgaanbieders te doen naar feitelijke financieringslasten en -baten, om de administratieve lasten voor aanbieders te beperken. De NHC/NIC wordt volledig (100%) vergoed tegen het door de NZa vastgestelde tarief. Deze componenten worden door de NZa bepaald.

260	Gehele document & bijlagen	Uitgaande van de stelling dat veel organisaties een negatief resultaat op zorg hebben (en een positief resultaat op vastgoed) bent u het dan met mij eens dat er dan een te hoge aftrekpost plaatsvindt op de ZiN gerelateerde kosten?	Dat kunnen wij niet bevestigen. De ZiN-gerelateerde Wlz-kosten worden objectief en uniform bepaald door de totale kosten te vermenigvuldigen met de Wlz ZiN-ratio; vervolgens worden de NHC- en NIC-opbrengsten in mindering gebracht, omdat deze componenten voor 100% worden vergoed. De correctie is gericht op het voorkomen dat vastgoedgerelateerde kosten doorwerken in het kostenpercentage en overlap veroorzaken, en niet op het afzonderlijk beoordelen van resultaten op zorg of vastgoed. Dat bij sommige aanbieders een negatief resultaat op zorg wordt gecompenseerd door vastgoedresultaten betekent daarom niet zonder meer dat de aftrek te hoog is. Het vertrektarief wordt vervolgens per cluster vastgesteld op het niveau waarop minimaal 75% van de zorgaanbieders én minimaal 75% van het marktaandeel kostendekkend kan opereren. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
261	Gehele document & bijlagen	Van welk resultaat gaan zorgkantoren uit en hoe wordt rekening gehouden met allerlei incidentele baten en lasten die het werkelijke resultaat beïnvloeden?	Vanuit de jaarrekeningen is geen onderscheid te maken naar de kosten die aan de Wlz gerelateerd zijn en kosten uit andere domeinen (Zvw, Wmo en Jeugdwet). Daarom wordt gebruik gemaakt van 'Wlz ZiN ratio': 'de Wlz ZIN omzet' (o.b.v. declaratiegegevens) afgezet tegen 'de totale omzet' van een zorgaanbieder. Incidentele baten en lasten worden meegenomen via de outlier-analyse: afwijkende waarden van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde worden handmatig gecontroleerd, waar nodig gecorrigeerd bij bijzondere uitgaven of inkomsten, en outliers die na twee correctierondes buiten de grens blijven worden uitgesloten bij de bepaling van het vertrektarief.
262	Gehele document & bijlagen	Van welke zorgaanbieders zijn de bronnen gebruikt?	Wij gebruiken de jaarverslagen jaar t-2 die eind juli beschikbaar zijn in het Intrakoop-bestand van Wlz-zorgaanbieders en declaratiegegevens van alle zorgkantoren over jaar t-2 per zorgaanbieder.

263	Gehele document & bijlagen	Vanuit accountancyregelgeving mag je geen voorziening onderhoud meer treffen, echter de inkomsten van de nhc zijn per jaar en zijn gebaseerd op afschrijving in 30 jaar of afschrijving in 2x20jaar met een tussentijdse grote renovatie. Hiervoor dien je toch reserves en liquide middelen aan te houden. Kunnen jullie toelichten hoe de gekozen manier van berekenen zoals gepresenteerd in het inkoopbeleid	De gehanteerde methodiek heeft geen betrekking op de wijze waarop zorgaanbieders hun kasstromen, reserves of investeringen in vastgoed organiseren. De NHC/NIC-component wordt in het tariefmodel buiten beschouwing gelaten, omdat deze volledig (100%) via het NZa-tarief wordt vergoed, terwijl de financieringslasten onderdeel zijn van de kosten die worden meegenomen in de berekening van het vertrektarief. Zonder deze correctie zou de vastgoedcomponent indirect leiden tot overlap in het kostenpercentage. Een alternatief scenario zonder deze correctie maakt geen onderdeel uit van de systematiek en is niet afzonderlijk doorgerekend. De robuustheid van de uitkomsten wordt geborgd door een outlieranalyse en de 75%-systematiek.
264	Gehele document & bijlagen	Vertrektarief is op basis van de data uit 2025; met welke indexering is gerekend om te komen tot een vertrektarief.	Voor het vertrektarief 2027 is niet met een aparte indexering van 2025 naar 2027 gerekend. Het landelijke tariefmodel gebruikt jaarrekeningdata, declaratiedata en NZa-maximumtarieven uit jaar t-2; voor 2027 is dat 2025. Het kostenpercentage wordt berekend door de Wlz ZiN-kosten exclusief NHC/NIC af te zetten tegen een hypothetisch 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC op basis van dezelfde jaar t-2-data.
265	Gehele document & bijlagen	Voor bepaling richttarief worden jaarverslagen van 2025 gebruikt. Er zijn ondanks regelgeving omtrent het opstellen van jaarverslagen wel verschillen in de bepaling van balansposities en resultaat. Wordt hiermee rekening gehouden? Zo ja, op welke wijze wordt hiermee rekening gehouden?	Bij het bepalen van het vertrektariefpercentage wordt gebruik gemaakt van de meest recente, publiek beschikbare en door de accountant gecontroleerde jaarrekeningen van zorgaanbieders. Deze jaarrekeningen zijn opgesteld conform de geldende verslaggevingsregels voor de zorgsector, waaronder de Regeling openbare jaarverantwoording WMG en de toepasselijke Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ), zoals RJ 655 voor zorginstellingen.
266	Gehele document & bijlagen	Voor de bepaling van de vertrektarieven maken zorgkantoren uitsluitend gebruik van de jaarrekeningen van jaar t-2. Kunt u toelichten waarom het zorgkantoor één historisch jaar passend acht bij een zorginkoopbeleid met een looptijd van drie jaren?	Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het tariefmodel jaarlijks opnieuw doorgerekend met de dan meest recente beschikbare gegevens. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele ontwikkelingen in kosten en zorglevering, binnen de randvoorwaarden van beschikbare en betrouwbare data.

267	Gehele document & bijlagen	Voor de berekening van de vertrektariefpercentages NHC/NIC wordt de informatie gebruikt uit de jaarverslagen t-2. De gegevens die nodig zijn om de vergoeding voor toekomstige vastgoedlasten juist vast te stellen (2027) staan niet altijd in jaarverslagen. De vraag is dan ook hoe in de tariefstelling voor de NHC/NIC voldoende rekening wordt gehouden met de werkelijke lasten voor het vastgoed?	De vaststelling van de hoogte van de NHC/NIC-vergoeding valt onder de verantwoordelijkheid van de NZa en is gebaseerd op een normatieve systematiek die rekening houdt met (toekomstige) huisvestings- en kapitaallasten. Deze vergoeding wordt door zorgkantoren volledig gevolgd en vergoed via het NZa-tarief. In het tariefmodel voor de vertrektarieven wordt de NHC/NIC niet opnieuw bepaald, maar uitsluitend gebruikt als correctie om overlap met de zorgkosten te voorkomen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van gerealiseerde data (t-2) om de omvang van de NHC/NIC-opbrengsten te bepalen en deze in mindering te brengen op de kosten. De vraag in hoeverre de NHC/NIC-vergoeding aansluit bij toekomstige vastgoedlasten maakt daarmee geen onderdeel uit van de tariefbepaling door zorgkantoren.
268	Gehele document & bijlagen	Voor de berekening worden de totale kosten berekend als som der bedrijfslasten en financiële baten en lasten. Op welke wijze wordt rekening gehouden met de betaalde vennootschapsbelasting bij het bepalen van de totale kosten?	Betaalde vennootschapsbelasting wordt niet apart meegenomen bij het bepalen van de totale kosten. De totale kosten worden bepaald op basis van de jaarrekeningposten 'som der bedrijfslasten' en het saldo van financieringsbaten en -lasten; er is geen afzonderlijke correctie of opslag voor vennootschapsbelasting opgenomen.

269	Gehele document & bijlagen	Voor de GGZ hanteert u twee clusters waarbij een zorgaanbieder reeds bij meer dan 1% intramurale omzet als 'gedeeltelijk intramuraal' wordt aangemerkt. Binnen het GGZ-cluster 'gedeeltelijk intramuraal' vallen daardoor aanbieders met sterk uiteenlopende kostenstructuren samen. Hoe borgt u dat het vertrektarief representatief en kostendekkend is voor aanbieders met een overwegend intramuraal profiel	Zorgkantoren hechten waarde aan transparantie en uitlegbaarheid van de tariefsystematiek. Er is onderzocht of andere objectieve criteria, zoals zorgzwaarte, statistisch onderbouwd konden worden, maar dit bleek niet mogelijk. Daarom is ervoor gekozen om alle GGZ-aanbieders over twee clusters te verdelen. Binnen het GGZ-cluster 'gedeeltelijk intramuraal' wordt geen verdere differentiatie aangebracht naar de mate van intramuraliteit. De grens van 1% is een modelmatige afbakening om aanbieders met intramurale activiteiten te onderscheiden van volledig extramurale aanbieders. Het vertrektarief wordt vervolgens bepaald op basis van de verdeling van kostenpercentages binnen het cluster, waarbij het niveau wordt gekozen waarop minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers. Daarmee wordt aangesloten bij het merendeel van de aanbieders binnen het cluster, ondanks variatie in kostenstructuren.
270	Gehele document & bijlagen	Voor de V&V sector wordt binnen het volledig extramurale cluster nog onderscheid gemaakt naar hoofdzakelijk VPT en extramuraal divers. Waarom doet u dit niet voor de GGZ en GZ?	Bij de GZ en GGZ zijn er momenteel niet genoeg aanbieders die zich, zoals wel het geval is bij de V&V, focussen op VPT zorg waarbij meer dan 85% van de omzet wordt gegenereerd door het declareren van VPT prestaties. Doordat deze aantallen te klein zijn is het niet mogelijk om een goed onderbouwd vertrektariefpercentage te berekenen. Hierdoor is afgezien van het toevoegen van dit onderscheid voor extramurale aanbieders in de GZ en GGZ.

271	Gehele document & bijlagen	Voor het bepalen van de Wlz ZiN-kosten past u de Wlz ZiN-ratio toe op de totale bedrijfslasten. Daarmee veronderstelt u dat de kostenintensiteit per omzeteuro in alle domeinen gelijk is. Voor geïntegreerde GGZ-aanbieders gaat deze aanname niet op. Op welke wijze houdt het model hiermee rekening en bestaat de mogelijkheid om op basis van de eigen kostprijsadministratie een gecorrigeerde toerekening?	Het model rekent met een uniforme Wlz ZiN-ratio: Wlz ZiN-omzet gedeeld door totale omzet, toegepast op de totale kosten. Daarbij is expliciet gekozen voor de aanname dat deze verhouding een adequate, objectieve en uniforme afspiegeling is van de verhouding tussen Wlz ZiN-kosten en totale kosten. Deze rekenmethodiek wordt ook toegepast door de NZa. Voor het bepalen van de vertrektarieven gebruiken zorgkantoren drie bestaande databronnen: jaarverslagen, declaratiegegevens en NZa-maximumtarieven. Het is niet mogelijk om op basis van eigen administratie andere gegevens aan te leveren. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
272	Gehele document & bijlagen	Voor het vertrektarief worden de jaarverslagen 2025 gehanteerd. Wij bieden zorg aan VG7+ jeugdigen, waarvan de passende ZZP7+ tarieven pas in 2026 ontvangen worden. Hoe gaat het zorgkantoor hiermee om? Hoe wordt dit zichtbaar in het vertrektarief 2027?	Wij gebruiken voor het vertrektariefpercentage de beschikbare declaratiegegevens en jaarrekeningdata uit t-2; voor 2027 zijn dat declaratiegegevens 2025 en jaarrekeningdata 2025. Wijzigingen in tarieven leiden niet tot een andere berekening.
273	Gehele document & bijlagen	Waar en welke informatie bevat bijlage 7B?	Bijlage 7B is de volledige Python-modelcode bij het tariefmodel voor de vertrektarieven. Deze hoort bij bijlage 7, waarin de onderbouwing van de vertrektarieven per cluster wordt beschreven. Met het publiceren van de Python-code maken wij transparant hoe het tariefmodel technisch is uitgevoerd en hoe de vertrektarieven per cluster zijn onderbouwd. De inhoudelijke methodiek staat toegelicht in de bijlage; de code is aanvullend daarop opgenomen als technische verantwoording van de berekening.
274	Gehele document & bijlagen	Waar vindt de zorgaanbieder in deze indeling - die gestoeld is op zorgprestaties en 'kostenkant' - de relevantie terug van de bewaking van kwaliteit? Welke juist in dit inkoopbeleid zo hoog in het vaandel staat. Zie o.a. 1.1, 1.6, 1.7, 1.9, 3.6 'het borgen van passende zorg en kwaliteit van bestaan van de cliënten'	Het vertrektariefpercentage is gebaseerd op zorgprestaties en kosten, maar dat betekent niet dat kwaliteit buiten beeld blijft. Wij bewaken kwaliteit via de contractuele afspraken over kwalitatief goede, doelmatige en doeltreffende zorg, de kwaliteitsdialoog en de bespreking van methodisch werken. Het tariefmodel is niet het instrument waarmee kwaliteit afzonderlijk wordt gewogen.

275	Gehele document & bijlagen	Waarom baseren zorgkantoren vertrektarieven uitsluitend op jaar t-2, terwijl gebruik van meerdere jaren meer stabiliteit en voorspelbaarheid kan bieden, en zijn zij bereid ook t-3 en t-4 mee te nemen; zo nee, wat zijn hiervoor de overwegingen?	Er is gekozen om met de jaarverslagen van jaar t-2 te werken omdat deze het meest representatief en meest actueel zijn.
276	Gehele document & bijlagen	Waarom blijft voor aanbieders in het V&V-cluster hoofdzakelijk VPT de 75%-benchmark gelden, terwijl dit cluster relatief doelmatig presteert en daardoor 25% alsnog een aanvullende doelmatigheidsopdracht krijgt?	Wij houden voor alle clusters, ook V&V hoofdzakelijk VPT, vast aan dezelfde 75%-systematiek om doelmatigheid te blijven stimuleren.
277	Gehele document & bijlagen	Waarom is aangepast wanneer een zorgaanbieder als outlier wordt beschouwd t.o.v. het vorige inkoopkader? Heeft dit meer of minder outliers tot gevolg?	De wijziging is doorgevoerd omdat de standaarddeviatie rekenkundig is gekoppeld aan het gemiddelde en niet aan de mediaan. Vanaf 2027 geldt daarom dat een zorgaanbieder als outlier wordt beschouwd bij een afwijking van meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde; voor 2027 was dat meer dan twee standaarddeviaties ten opzichte van de mediaan. Of dit meer of minder outliers oplevert, is nog niet duidelijk.
278	Gehele document & bijlagen	Waarom is er geen cluster Hoofdzakelijk intramuraal? Wij leveren < 1% aan extramurale zorg en worden vervolgens ingedeeld in Gedeeltelijk intramuraal.	Er is bij de verfijning ook onderzocht of andere objectieve criteria (statistisch) te onderbouwen waren gebaseerd op de voor ons beschikbare data. Dit was niet het geval waardoor alle zorgaanbieders die ten minste gedeeltelijk intramurale zorg leveren in 1 cluster zijn geplaatst.
279	Gehele document & bijlagen	Waarom is er gekozen om GGZ-aanbieders in te delen in twee categorieën (extramuraal of intramuraal) Was er geen verdere diversificatie mogelijk in het intramuraal aanbod? Bijvoorbeeld semimuraal vs intramuraal aanbod	Zorgkantoren hechten waarde aan transparantie en uitlegbaarheid van de tariefsystematiek. Er is wel onderzocht of andere objectieve criteria zoals bijvoorbeeld zorgzwaarte (statistisch) onderbouwd konden worden, maar dit was niet het geval waardoor er is gekozen om alle GGZ-aanbieders over 2 clusters te verdelen.
280	Gehele document & bijlagen	Waarom is ervoor gekozen geen aanvullende gegevens uit te vragen over kosten per financieringsstroom, terwijl deze bij zorgaanbieders beschikbaar kunnen zijn en mogelijk leiden tot een meer representatief vertrektaarf?	Voor het bepalen van de vertrektarieven gebruiken zorgkantoren drie bestaande databronnen: jaarverslagen, declaratiegegevens en NZa-maximumtarieven. Uit een uitvraag in 2024 is gebleken dat een betrouwbare en uniforme splitsing van financiële baten en lasten naar financieringsdomein (zoals Wlz, Wmo en Zvw) op basis van beschikbare gegevens niet goed uitvoerbaar is. Mede hierom hebben wij er bewust voor gekozen om geen aanvullende uitvraag bij zorgaanbieders te doen naar feitelijke financieringslasten en -baten, om de administratieve lasten voor aanbieders te beperken.

281	Gehele document & bijlagen	Waarom is gekozen voor gegevens uit jaar t-2 als basis voor zowel clustering als tariefvorming, gelet op de fluctuerende zorgzwaarte en instroom binnen de GGZ?	Zorgkantoren hebben er, mede naar aanleiding van de door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 ervoor gekozen om de jaarverslagen t-2 als uitgangspunt te nemen. Dit betreft de openbaar beschikbare jaarrekeningen over 2025 en declaratiedata 2025. Voor de onderbouwing van het vertrektariefpercentage zijn daarbij uitvoerig controles uitgevoerd op basis van de beschikbare data. Doordat het vertrektariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Daarbij is gekozen om de methodiek op uniforme wijze toe te passen voor alle sectoren en clusters, in lijn met eerdere jaren.
282	Gehele document & bijlagen	Waarom is niet gekozen voor een benadering waarbij het overwegende zorgprofiel van de aanbieder bepalend is voor de clusterindeling, in plaats van een scherp omzetcriterium zonder bandbreedte?	In de totstandkoming van de clustering is gekeken naar verschillende kenmerken van zorgaanbieders, waaronder ook verschillen in cliëntmix en zorgzwaarte. In de uiteindelijke modelkeuze is er echter voor gekozen om de clustering te beperken tot een aantal objectief vast te stellen kenmerken, zoals sector en intramuraal/extramuraal aanbod. Dit om de methodiek uitlegbaar en transparant te houden.
283	Gehele document & bijlagen	Waarom is stap 1 niet aangepast aan de nieuwe, gedifferentieerde clustering? Kunt u toelichten waarom geen analyse per cluster is gemaakt op basis van specifieke opbrengsten- en kostenstructuren, en waarop de aanname rust dat jaarrekeningen van alle aanbieders onderling voldoende vergelijkbaar zijn?	Stap 1 is niet aangepast omdat deze stap alleen de Wlz ZiN-kosten per zorgaanbieder bepaalt; stap 1, 3 en 4 van deze berekening zijn identiek aan voorgaande jaren. De differentiatie vindt plaats via de clustering vooraf en bij de bepaling van het vertrektarief per cluster: per cluster wordt gekeken naar het niveau waarop het tarief voor 75% van de aanbieders, respectievelijk minimaal 75% van het marktaandeel, kostendekkend is. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de meest recente, publiek beschikbare en door de accountant gecontroleerde jaarrekeningen van zorgaanbieders. Deze jaarrekeningen zijn opgesteld conform de geldende verslaggevingsregels voor de zorgsector, waaronder de Regeling openbare jaarverantwoording WMG en de toepasselijke Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving (RJ), zoals RJ 655 voor zorginstellingen.

284	Gehele document & bijlagen	Waarom kies je voor 75% marktaandeel in deze berekening?	Wij hanteren 75% marktaandeel naast het 75ste percentiel naar aantallen, zodat het vertrektarief per cluster ook kostendekkend is voor minimaal 75% van de markt binnen dat cluster. De twee uitkomsten worden vergeleken en het hoogste percentage wordt het vertrektarief. Voor het 75ste percentiel sluiten wij aan bij eerdere jaren; dit volgt uit eerdere rechtspraak.
285	Gehele document & bijlagen	Waarom wordt de NHC/NIC-component wel volledig op de kosten gecorrigeerd, maar niet op de WLZ ZiN-omzet? Kunt u toelichten hoe hierdoor nog een zuiver en reëel kostenpercentage ontstaat, aangezien de teller wordt geschoond terwijl de noemer de volledige WLZ ZiN-bate inclusief NHC/NIC blijft bevatten?	De veronderstelling dat de NHC/NIC in de berekening alleen aan de kostenkant wordt gecorrigeerd en niet aan de opbrengstenkant is niet juist. Bij de bepaling van het kostenpercentage wordt zowel de kosten- als de opbrengstenkant exclusief de NHC/NIC-component bepaald. De NHC/NIC-opbrengsten worden in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten, en het kostenpercentage wordt vervolgens afgezet tegen het NZa-maximumtarief exclusief NHC/NIC.
286	Gehele document & bijlagen	Waaruit blijkt dat de vorige systematiek onvoldoende leidde tot reële vertrektarieven? Kunt u toelichten op welke analyses de nieuwe clustering is gebaseerd en de uitkomsten daarvan delen?	We willen kostenpercentages tussen zorgaanbieders beter kunnen vergelijken door meer vergelijkbare zorgaanbieders samen te clusteren en hebben hierom de tariefssystematiek verfijnd. We verwijzen u naar de onderbouwing in bijlage 7. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
287	Gehele document & bijlagen	Wat is de afweging geweest om deze rekensystematiek te volgen?	Om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen gebruiken zorgkantoren een landelijk tariefmodel. Aan de hand van dit landelijke tariefmodel wordt een vertrektarief voor clusters berekend, welke dient als uitgangspunt voor de zorgkantoren in hun tariefafpraak met zorgaanbieders. Door te kiezen voor een landelijk tariefmodel dragen zorgkantoren bij aan duidelijkheid en transparantie over de gemaakte modelkeuzes. Het landelijke tariefmodel biedt daarmee een onderbouwd vertrektarief dat als uitgangspunt dient voor zorgkantoren om binnen de regio tot definitieve tariefafspraken te komen met zorgaanbieders.
288	Gehele document & bijlagen	Wat is de impact is van de tariefverdeling tussen de nieuwe clusters? In hoeverre kan dit leiden tot hogere tarieven voor intramurale aanbieders?	De exacte impact verschilt van jaar tot jaar, doordat de groep van zorgaanbieders die dat betreft elk jaar verschilt. De definitieve vertrektarieven van elk cluster worden uiterlijk 4 september 2026 gepubliceerd.

289	Gehele document & bijlagen	Wat is de kwantitatieve impact van het uitsluiten van outliers (>2 standaarddeviaties van het gemiddelde) op het vertrektarief per cluster?	De exacte impact van de outlier correctie op het vertrektarief van de clusters verschilt per cluster en is qua omvang verwaarloosbaar.
290	Gehele document & bijlagen	Wat is de reden dat zorgorganisaties worden geclassificeerd op 1 sector? Hoe verhoudt zich dit tot het sectoroverstijgend werken en hoe worden evt. nadelen hierin gecompenseerd?	Zorgaanbieders worden op één hoofdsector ingedeeld om meer gelijksoortige zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken en zo per cluster tot een reëler vertrektarief te komen. Bij aanbieders die Wlz-zorg leveren aan cliënten uit meerdere sectoren is de sector met de hoogste Wlz-omzet maatgevend; de indeling gebeurt op basis van declaratiedata uit jaar t-2. Dit staat sectoroverstijgend werken niet in de weg: de clustering is alleen de methodiek voor het bepalen van het vertrektarief.
291	Gehele document & bijlagen	Wat is uw reactie op de stelling: bij een negatief resultaat op zorg (wat wordt gecompenseerd met resultaat op (veelal verouderd) vastgoed is het vertrektarief (huidig richttariefpercentage) te laag	Die conclusie volgt niet zonder meer. Het vertrektarief wordt bepaald op basis van ZiN-gerelateerde Wlz-kosten, waarbij NHC en NIC uit het model worden geschoond omdat deze componenten afzonderlijk en volledig worden vergoed. De systematiek maakt geen afzonderlijk onderscheid tussen resultaten op zorg en resultaten op vastgoed. Het uitgangspunt is de geschoonde kostenbasis en de verdeling daarvan binnen het cluster, niet de herkomst van het resultaat. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.
292	Gehele document & bijlagen	Wat voor componenten kunnen er per instelling nog worden toegevoegd aan het vertrektarief, dit wordt niet duidelijk uit de documentatie.	Het is niet duidelijk wat er bedoeld wordt met het toevoegen van componenten aan het vertrektarief
293	Gehele document & bijlagen	We maken bezwaar omdat gelijktijdige sturing op afbouw, omzetting en beperking van capaciteit ontstaat feitelijk een tariefverlaging zonder expliciete tariefgrondslag of motivering, wat leidt tot onvoorzienbare financiële effecten en strijd oplevert met het evenredigheids- en rechtszekerheidsbeginsel.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.

294	Gehele document & bijlagen	Welk deel van het totale WLZ tarief bestaat uit NHC en NIC componenten? Hoe hoog zijn de afzonderlijke componenten nu in 2026 en wat is de verwachting voor 2027? En hoe worden deze berekend?	De omvang van de NHC- en NIC-componenten per prestatie en de berekening daarvan worden door de NZa vastgesteld en maken onderdeel uit van het NZa-maximumtarief; vragen over de hoogte, samenstelling en afzonderlijke componenten in 2026 en 2027 zijn de verantwoordelijkheid van de NZa. Wij vergoeden voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief. In het tariefmodel 2027 corrigeren zorgkantoren voor de NHC/NIC-component, omdat anders overlap ontstaat met lasten die al via de 100%-vergoeding voor NHC/NIC worden vergoed.
295	Gehele document & bijlagen	Welk rendement zou een gezonde zorgaanbieder volgens ZN moeten halen?	De zorgkantoren noemen geen afzonderlijk normrendement dat een gezonde zorgaanbieder zou moeten halen.
296	Gehele document & bijlagen	Welke alternatieve referentieperiodes (bijvoorbeeld meerdere historische jaren) zijn overwogen bij het ontwerp van het tariefmodel, en op grond van welke overwegingen is ervoor gekozen deze alternatieven niet toe te passen, ondanks het meerjarige karakter van het zorginkoopbeleid?	Naar aanleiding van de eerder 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 naar t-2. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2.
297	Gehele document & bijlagen	Welke concrete correcties worden toegepast om niet structurele of niet Wlz gerelateerde posten buiten beschouwing te laten?	Niet-Wlz-kosten worden buiten beschouwing gelaten door totale kosten toe te rekenen aan Wlz ZiN via de Wlz ZiN-ratio; daarnaast worden NHC- en NIC-opbrengsten in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten.
298	Gehele document & bijlagen	Welke mechanismen worden toegepast om risico's zoals ziekteverzuim, arbeidsmarktkrapte en stijgende materiële kosten evenwichtig te verdelen tussen zorgkantoor en aanbieder?	De tariefsystematiek kent geen expliciete afzonderlijke mechanismes voor specifieke risico's zoals ziekteverzuim, arbeidsmarktkrapte of stijgende kosten. Daarbij is de NZa verantwoordelijk voor het vaststellen van de tarieven per prestatie, en niet het zorgkantoor. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is, kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule.

299	Gehele document & bijlagen	Wij menen dat met het bereiken van een neutraal resultaat geen sprake is van een reëel tarief, immers voor een gezonde bedrijfsvoering is een zeker resultaat onontbeerlijk. Hoe ziet u dan de mogelijkheden van zorgaanbieders om risico's op te vangen?	Het vertrektarief is een uitgangspunt: met de 75%-norm wordt een doelmatigheidsprikkels beoogd, terwijl het model per 2027 is verfijnd om meer recht te doen aan verschillen tussen zorgaanbieders. Als de tariefsystematiek voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend uitpakt en u doelmatig werkt, kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.
300	Gehele document & bijlagen	Wij maken bezwaar op het punt 'In het Zorginkoopbeleid en Bijlage 7 is opgenomen dat financieringslasten worden gecorrigeerd vanwege een veronderstelde overlap met de NHC/NIC, terwijl het kostenpercentage wordt bepaald ten opzichte van een NZa-maximumtarief exclusief NHC/NIC'.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
301	Gehele document & bijlagen	Wij maken bezwaar tegen de Wlz-kostenmethodiek. De aanname dat het Wlz-omzetaandeel gelijk is aan het kostenaandeel miskent dat de Wlz een andere kostenstructuur heeft. Er wordt geen rekening gehouden met de afwijking ten opzichte van de realiteit. Deze verdeelsleutel mist ruimte voor werkelijke kostenontwikkelingen, wat leidt tot onzuivere toerekening en een realistische uitkomst.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de teksten in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor over de juridische procedure.
302	Gehele document & bijlagen	Wij maken hierbij bezwaar tegen het Zorginkoopbeleid Wlz 2027-2029, in het bijzonder tegen de tariefsystematiek voortvloeiend uit het Zorginkoopbeleid alsmede uit bijlage 7. Wij verwijzen daarbij naar onze vragen ten behoeve van de NvI, waarin onze bezwaren en aandachtspunten zijn geadresseerd. Dit bezwaar wordt per e mail nader gemotiveerd. Wij verzoeken u het beleid te heroverwegen.	Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
303	Gehele document & bijlagen	Wij missen de relatie tot de inkoop- en tariefsystematiek in deze passage. Kunt u toelichten welke Zvw-declaratiegegevens worden meegenomen in de beoordeling, mede gezien het feit dat ook systeemfuncties in de declaraties zijn opgenomen die buiten het kerngebied van de organisatie vallen.	Voor de tariefsystematiek worden enkel Wlz-declaratiegegevens gebruikt en geen Zvw-declaratiegegevens.

304	Gehele document & bijlagen	Wij vinden het bezwaarlijk dat voor de bepaling van de vertrektarieven maken zorgkantoren uitsluitend gebruik van de jaarrekeningen van jaar t-2. Het betrekken van meerdere jaren zou leiden tot een minder grillige systematiek en daarmee tot meer financiële stabiliteit en voorspelbaarheid voor aanbieders. Kunt u toelichten waarom ervoor is gekozen om uitsluitend jaar t-2 als basis te hanteren?	Naar aanleiding van de eerder door zorgaanbieders geuite bezwaren over de representativiteit van de jaarverslagen t-3 is besloten om het proces omtrent de berekening van de vertrektarieven aan te passen naar t-2. Jaarverslagen t-2 vormen nu het uitgangspunt. Wij gebruiken jaar t-2 omdat dit de meest recente bestaande databron is die tijdig beschikbaar is voor het bepalen van de vertrektarieven: jaarverslagen die eind juli jaar t-2 beschikbaar zijn in het Intrakoopbestand, declaratiegegevens over jaar t-2 en de NZa-maximumtarieven van jaar t-2.
305	Gehele document & bijlagen	Wij zijn een thuiszorg organisatie die enkel medische kindzorg levert. Deze zorg wijkt sterk af van de reguliere zorg die in de Wlz wordt geleverd. Vandaar onze vragen over de gestelde uitgangspunten: Bent u bereid te heroverwegen of een indeling binnen de zorgsoort V&V beter recht doet aan de aard van onze dienstverlening, de kenmerken van onze organisatie en de daarbij behorende bekostiging?	Dit is een zorgaanbieder-specifieke vraag die wij niet via de Nota van Inlichtingen beantwoorden. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper.
306	Gehele document & bijlagen	Wij zijn een thuiszorg organisatie die enkel medische kindzorg levert. Deze zorg wijkt sterk af van de reguliere zorg die in de Wlz wordt geleverd. Vandaar onze vragen over de gestelde uitgangspunten: In hoeverre sluit de indeling van onze organisatie binnen het cluster GZ aan bij het feit dat wij uitsluitend zorg leveren binnen de zorgsoort V&V, specifiek op het gebied van medische kindzorg?	Dit is een aanbieder-specifieke vraag die wij niet via de Nota van Inlichtingen beantwoorden. Wij adviseren u om uw vraag te bespreken met uw zorginkoper
307	Gehele document & bijlagen	Wilt u aangeven wat uw verwachtingen rondom dit format zijn i.r.t. de inschrijving?	Als u het format 'Uitvraagformat declaratiegegevens 2025 Wlz.xlsx' bedoelt dan hoeft u daar niets mee te doen. De zorgkantoren gebruiken dit format voor het aanleveren van de declaratiegegevens 2025 als input voor de berekening van de vertrektarieven.

308	Gehele document & bijlagen	WLZ ZiN: Hebben zorgkantoren voorafgaand aan de gekozen differentiatie onderzocht of jaarrekeningen van voornamelijk VPT-aanbieders onderling voldoende vergelijkbaar zijn? Zo ja, welke analyse is uitgevoerd en wat waren de uitkomsten daarvan?	Zorgkantoren hebben op basis van voor hen beschikbare data een model ontwikkeld waarmee zij tot een onderbouwing van de vertrektarieven kunnen komen. In verband met de vertrouwelijkheid van gegevens op zorgaanbiederniveau kunnen wij de feitelijke berekening niet delen.
309	Gehele document & bijlagen	WLZ ZiN: Hoe beoordelen zorgkantoren wat een reële vergoeding is voor geleverde zorg bij geclusterde VPT-aanbieders, wanneer een relatief hoge woonomzet leidt tot een lagere Wlz-ZiN-ratio, terwijl die ratio niet noodzakelijk iets zegt over de daadwerkelijke zorgkostenstructuur? ...	Zorgkantoren bepalen het kostenpercentage per aanbieder op basis van integrale jaarrekeningkosten in combinatie met declaratiedata en NZa-tarieven. Omdat jaarrekeningen geen onderscheid maken naar zorgdomein, wordt de Wlz ZiN-ratio gebruikt als uniforme methode om kosten toe te rekenen aan Wlz-ZiN. Wij onderkennen dat deze ratio een benadering is en niet per definitie de feitelijke zorgkostenstructuur weergeeft. Deze methodiek is echter gekozen als objectieve en consistent toepasbare benadering op basis van beschikbare data. Het vertrektarief wordt vervolgens op clusterniveau vastgesteld, waarbij minimaal 75% van de aanbieders of het marktaandeel kostendekkend kan opereren, exclusief outliers.
310	Gehele document & bijlagen	Worden deze cijfers afgeleid uit de geconsolideerde jaarrekening of de enkelvoudige jaarrekening?	Het model rekent met de geconsolideerde jaarrekening.
311	Gehele document & bijlagen	Worden toekomstige indexaties en tariefaanpassingen gebaseerd op de V&V-sector of op de GZ-cluster waarin de aanbieder is ingedeeld?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Een zorgaanbieder wordt ingedeeld in een hoofdsector gebaseerd op de sector-specifieke omzet zoals toegelicht in bijlage 7 deel 1 stap 1, en zal het vertrektariefpercentage van desbetreffend cluster ontvangen. Vervolgens wordt voor elk cluster een vertrektariefpercentage berekend zoals toegelicht in deel 2 van bijlage 7.
312	Gehele document & bijlagen	Wordt de clusterindeling jaarlijks vastgesteld of geldt deze indeling voor de totale periode van het inkoopbeleid 2027-2029?	De clusterindeling wordt jaarlijks vastgesteld.

313	Gehele document & bijlagen	Wordt de opschoning van de NHC en NIC aan de kostenkant van de berekening vanuit de NZa tarieven berekend (opbrengstendeel) of vanuit de werkelijke NHC en NIC kosten? In het rekenvoorbeeld wordt vanuit de opbrengstendeel gerekend.	De opschoning van de NHC/NIC aan de kostenkant wordt gebaseerd op de NHC/NIC-opbrengsten, berekend op basis van NZa-tarieven per prestatie en gedeclareerde aantallen (t-2). Er wordt dus niet uitgegaan van de feitelijke NHC/NIC-kosten uit de jaarrekening. Deze werkwijze is gekozen omdat de NHC/NIC een normatieve, eenduidig vast te stellen component is, terwijl feitelijke vastgoedkosten niet consistent en vergelijkbaar beschikbaar zijn. Door te corrigeren met de opbrengsten wordt overlap verwijderd en wordt voorkomen dat de NHC/NIC zowel in de kosten als in de opbrengsten doorwerkt. Het rekenvoorbeeld sluit hierop aan en illustreert deze systematiek.
314	Gehele document & bijlagen	Wordt met het vaststellen van het vertrektarief op een niveau waarop 75% van de aanbieders kostendekkend kan werken, bewust geaccepteerd dat een deel structureel niet kostendekkend is, en hoe verhoudt zich dit tot de zorgplicht en het borgen van voldoende en passend zorgaanbod?	Nee, dit betekent niet dat wij bewust accepteren dat zorgaanbieders structureel niet kostendekkend moeten werken. Het vertrektarief is een uitgangspunt: met de 75%-norm wordt een doelmatigheidsprikkel beoogd, terwijl het model per 2027 is verfijnd om meer recht te doen aan verschillen tussen aanbieders. Als de tariefsystematiek voor een individuele aanbieder onvoorzien en onredelijk benadelend uitpakt, kan een beroep gedaan worden op de hardheidsclausule. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model in vulling 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.

Onze visie op de regio

N r	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	Onze visie op de regio	Wanneer en via welk kanaal informeert Zorg en Zekerheid zorgaanbieders over de verdere uitwerking van zorgzame buurten, inclusief beoogde rollen, planning en eventuele financiering?	Wanneer Zorg en Zekerheid dit heeft uitgewerkt, zullen wij u hiervan op de hoogte brengen via de reguliere kanalen. We denken dan aan e-mail, nieuwsbrief en/of website. Dit zal na de zomer plaatsvinden.
2	Onze visie op de regio	Welke rol en verantwoordelijkheid krijgt de afdeling Klant bij het geven van een eerlijk en duidelijk verhaal aan inwoners en cliënten over Wlz, MPT/VPT en alternatieven, in afstemming met OCO's, gemeenten en aanbieders?	Onze afdeling klantondersteuning neemt dit mee in hun communicatie met cliënten, zorgaanbieders en OCO's en desgevraagd informatievoorziening aan inwoners.
3	Onze visie op de regio	Hoe wil het zorgkantoor omgaan met initiatieven die aantoonbaar bijdragen aan zorgzame buurten en het versterken van informele netwerken, maar waarvan de baten niet uitsluitend binnen de Wlz vallen?	Hiervan willen we in gezamenlijkheid (alle stakeholders) het gesprek aangaan om de (on)mogelijkheden te bespreken.
4	Onze visie op de regio	Welke kwaliteitseisen en randvoorwaarden stelt het zorgkantoor aan de inzet van vrijwilligers en informele ondersteuning?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopdocument. We beantwoorden hem daarom niet. Ga in gesprek met uw inkoper.

Inkoopdocument 2027-2029

Nr	Paragraaf	Vraag	Antwoord
1	1. Managementsamenvatting	Welke rol neemt Zorg en Zekerheid bij het verbinden van gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders bij nieuwe woonvormen met zorg nabij, en worden concrete initiatieven van bestaande aanbieders actief geagendeerd?	Wij zijn al jaren in gesprek met gemeenten en overige stakeholders. Het woonvraagstuk kent niet één eigenaar en per subregio is het dan ook zaak een passende werkvorm te kiezen. Wij willen ook komende jaren actief een bijdrage leveren in dergelijke gesprekken. Formeel gezien zijn vanuit het ministerie (BZK) provincies en gemeenten aangesteld als trekker op dit vraagstuk.
2	1. Managementsamenvatting	Met ingang van 1 januari 2026 is de wet Domein overstijgende samenwerking (DOS) in werking getreden. Wanneer maakt het zorgkantoor het DOS-beleid bekend met de voorwaarden voor nieuwe projecten en de continuering van de bestaande projecten?	Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren binnenkort afzonderlijk beleid hierover.
3	1. Managementsamenvatting	Kunt u toelichten wat uw visie en beleid zijn ten aanzien van de wet DOS en om welke reden dit geen expliciete plaats heeft gekregen in het inkoopbeleid?	Domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van middelen voor preventieve maatregelen maken geen onderdeel uit van de reguliere Wlz-zorginkoop. De zorgkantoren publiceren binnenkort afzonderlijk beleid hierover.
4	1. Managementsamenvatting	Hoe gaat het zorgkantoor om met zorgaanbieders die de regionale toegankelijkheidsopgave of afgesproken samenwerking onvoldoende dragen, en welke escalatie- of sturingsinstrumenten zet het zorgkantoor dan in?	Het zorgkantoor verwacht van elke zorgaanbieder een constructieve bijdrage aan de regionale opgave voor het toegankelijk houden van de zorg. Vanuit dialoog wordt besproken met aanbieders wat het zorgkantoor verwacht. Uiteindelijk kan het leiden tot inperking van inkoopafspraken als men niet de juiste beweging voorstaat.
5	1. Managementsamenvatting	Voorwoord: U stelt dat minder professionele zorg en meer inzet van het netwerk nodig is om zorg toegankelijk te houden. Op basis van welke concrete data en voor welke cliëntgroepen is vastgesteld dat deze verschuiving verantwoord en uitvoerbaar is?	Dit is op basis van de verwachting dat er minder personeel beschikbaar is. Zie relevante analyses van werkgeversorganisaties rondom de arbeidsmarkt. Wij gaan komende jaren samen met de zorgaanbieders (en cliëntvertegenwoordiging) in de regio het gesprek aan hoe we de zorg toegankelijk houden.
6	1. Managementsamenvatting	U stelt dat meer moet worden aangesloten bij wat cliënten zelf kunnen en wat het netwerk kan dragen. Welke concrete en objectief toetsbare criteria hanteert u om te bepalen wanneer professionele zorg kan worden verminderd?	Dit sluit aan bij de beweging rondom reablement en soortgelijke initiatieven. De (eerste) resultaten en ervaringen hieromtrent zijn positief. Het gedachtegoed geeft voldoende handvatten om een afweging te maken wat (een) passende interventie/zorg is.
7	1. Managementsamenvatting	Voorwoord: U stelt dat het beleid is gebaseerd op regionale consultatie. Hoe wordt geborgd dat deze input representatief is en niet onevenredig wordt bepaald door grotere of dominante aanbieders?	Al onze zorgaanbieders zijn uitgenodigd voor de consultatiesessie over het inkoopbeleid. Daarnaast is het altijd mogelijk om tijdens of buiten de inkoopdialoog knelpunten of suggesties onder de aandacht te brengen van uw inkoper.

8	1. Managementsamenvatting	Voorwoord:U schetst een ontwikkelrichting van het zorglandschap. Hoe wordt geborgd dat aanbieders die aantoonbaar passende zorg leveren maar niet volledig binnen deze richting passen niet worden benadeeld?	De ontwikkelrichting die wij schetsen gaat over de gehele langdurige zorg in onze regio's. Hier vallen alle zorgaanbieders onder die wij contracteren voor langdurige zorg.
9	1. Managementsamenvatting	U stelt dat toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid in samenhang moeten worden gewaarborgd. Welke van deze doelen is leidend bij conflicten, en hoe wordt deze afweging objectief en toetsbaar gemaakt?	Toegankelijkheid van de langdurige zorg staat voorop. We hebben een maatschappelijke opgave om de zorg toegankelijk te houden. Hiervoor kunnen we niet eindeloos budget uitgeven en is het wenselijk dat er een kwalitatieve ondergrens in stand wordt gehouden.
10	1. Managementsamenvatting	U beschrijft een beweging naar lichtere zorg en meer zelfstandigheid. In hoeverre wordt dit vertaald naar concrete contractcriteria, en hoe wordt voorkomen dat dit leidt tot impliciete normstelling zonder kenbare eisen?	We bewegen niet toe naar lichtere zorg. Dit wordt dan ook niet naar contractcriteria vertaald. Het inzetten op de zelfredzaamheid (bijv. door reablement) van cliënten is een beweging die we ondersteunen, mede door de (verwachte) uitdagingen op de arbeidsmarkt. Hierdoor kunnen we de zorg toegankelijk houden.
11	1. Managementsamenvatting	U stelt dat samenwerking essentieel is. Welke concrete prestaties en meetbare indicatoren hanteert u om te beoordelen of aanbieders hieraan voldoen?	Samenwerking laat zich niet vatten in een dashboard of dmv KPI's. Ons uitgangspunt is dat we vanuit dialoog samen blijven werken aan het toegankelijk houden van de zorg.
12	1. Managementsamenvatting	U stelt bij de HHC dat voorbehouden gelden voor afspraken met aanbieders. Onder welke concrete omstandigheden maakt u gebruik van deze voorbehouden en hoe wordt geborgd dat deze niet leiden tot discretionaire besluitvorming?	Wij maken alleen gebruik van voorbehouden binnen de kaders die in de inkoopdocumenten en de Nota van Inlichtingen zijn opgenomen. Daarbij handelen wij transparant, non-discriminatoir en proportioneel; de procedure wordt ingevuld vanuit de aanbestedingsrechtelijke beginselen, althans de precontractuele redelijkheid en billijkheid. De rechten en verplichtingen van zorgaanbieders en zorgkantoor Zorg en Zekerheid liggen vervolgens vast in de overeenkomst.
13	1. Managementsamenvatting	Hoe wordt geborgd dat toepassing van voorbehouden bij de HHC niet leidt tot onvoorzienbare wijzigingen voor aanbieders gedurende de contractperiode?	Wij borgen dit doordat voorbehouden niet bedoeld zijn om afspraken willekeurig te wijzigen. Dit doen wij alleen in de situatie zoals opgenomen in onze disclaimer.
14	1. Managementsamenvatting	In het landelijk kader wordt gezegd dat het een aanvulling is op regionaal beleid maar in het stuk van Z&Z (ook in het voorwoord) wordt aangegeven dat het beleid van Z&Z een aanvulling is op het landelijk beleid. Wat is nu een aanvulling op wat? Dan weten we ook wat voorliggend is bij discussie.	In het voorwoord staat geschreven dat de regionale visie een aanvulling is op de landelijke visie op zorginkoop. Het landelijk beleidskader is een aanvulling op ons inkoopdocument.
15	2. Leeswijzer	U stelt dat het document één integraal kader vormt. Hoe wordt geborgd dat dit niet leidt tot cumulatie van open normen die vooraf niet toetsbaar zijn?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. Wij beantwoorden hem daarom niet.

16	2. Leeswijzer	U verwijst naar meerdere documenten voor beoordeling. Kunt u bevestigen dat alle relevante stukken definitief beschikbaar zijn bij inschrijving, en zo niet, hoe wordt rechtszekerheid geborgd?	Alle stukken zijn definitief beschikbaar bij inschrijving, behalve het voorschrift zorgtoewijzing 2027, dat een andere publicatiemoment heeft. De inschrijving kan pas starten na definitieve publicatie van het inkoopbeleid. De informatie in het voorschrift zorgtoewijzing heeft geen directe relatie met het zorginkoopproces.
17	3.1 Inkoopprocedure inleiding	U stelt dat het inkoopdocument richting geeft aan de aanvraag van een overeenkomst. Welke onderdelen van dit document zijn juridisch bindend en welke hebben een indicatief of richtinggevend karakter?	Het inkoopdocument geeft richting aan de inkoop van langdurige zorg in onze regio. In hoofdstuk 7 kunt u de uitgangspunten bij de contractering nalezen. Het inkoopdocument is onderdeel van het contract.
18	3.2 Welke zorg contracteren wij?	Hoe wordt geborgd dat uitsluiting van zorgvormen of aanbieders niet leidt tot strijd met de zorgplicht of gelijke behandeling?	We streven er (behoudens situaties van overmacht) naar voldoende passende zorg in te kopen bij partijen die hierin voorzien en voldoen aan (wettelijke) kaders.
19	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U maakt onderscheid tussen bestaande en nieuwe aanbieders. Op basis van welke concrete criteria worden toetreding en doorontwikkeling beoordeeld en hoe wordt gelijke behandeling geborgd?	De concrete criteria van toetreding van nieuwe aanbieders leest u in hoofdstuk 7. Doorontwikkeling van bestaande aanbieders kunt u meenemen in de (inkoop)dialog.
20	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat het zorgkantoor besluiten kan nemen bij tegenstrijdigheden of onduidelijkheden. Hoe wordt geborgd dat deze besluiten niet eenzijdig of discretionair worden genomen en op basis van welke concrete criteria dit gebeurt?	Besluiten bij tegenstrijdigheden of onduidelijkheden worden niet zonder kader genomen. Bij tegenstrijdigheden geldt een vaste rangorde tussen de documenten: de getekende overeenkomst gaat voor, daarna de meest recente Nota's van Inlichtingen, daarna het sectorale inkoopbeleid inclusief bijlagen, daarna het landelijk beleidskader en daarna de landelijke inkoopvisie. Voor onduidelijkheden is de Nota van Inlichtingen de route: zorgaanbieders kunnen tijdig vragen stellen en de gepubliceerde Nota van Inlichtingen prevaleert boven de inkoopdocumenten en maakt onderdeel uit van de inkoopprocedure.
21	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat misbruik, oneigenlijk gebruik en gepast gebruik (MOG) worden beoordeeld. Welke concrete indicatoren en drempelwaarden hanteert u hierbij en hoe worden deze vooraf kenbaar gemaakt?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopbeleid. Wij beantwoorden deze daarom niet.
22	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat maatregelen kunnen volgen bij vermeend oneigenlijk gebruik. Hoe wordt geborgd dat aanbieders eerst worden gehoord en hun zienswijze kunnen geven voordat maatregelen worden getroffen?	Wij treffen maatregelen bij uitkomsten van een (materiële) controle of fraudeonderzoek. Dit onderzoek doen wij conform geldende wet- en regelgeving. De overeenkomst legt vast dat de zorgaanbieder moet meewerken aan fraudeonderzoek en dat bij fraude de vigerende Maatregelenrichtlijn wordt gehanteerd.
23	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat beoordeling plaatsvindt op basis van signalen en analyses. Welke bronnen worden hiervoor gebruikt en hoe wordt geborgd dat deze signalen betrouwbaar en controleerbaar zijn?	Bronnen kunnen divers zijn en worden gecontroleerd op betrouwbaarheid.

24	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat gedrag en governance een rol spelen bij beoordeling. Op basis van welke concrete criteria wordt dit beoordeeld en hoe wordt willekeur of subjectieve interpretatie voorkomen?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. Wij beantwoorden hem daarom niet.
25	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat besluiten kunnen worden gebaseerd op eerdere ervaringen met aanbieders. Hoe wordt geborgd dat historische gegevens correct, actueel en toetsbaar zijn voor aanbieders?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. We beantwoorden hem daarom niet.
26	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat interpretaties van beleid door het zorgkantoor leidend kunnen zijn. Hoe wordt geborgd dat deze interpretatie niet eenzijdig plaatsvindt en hoe kunnen aanbieders deze laten toetsen?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. We beantwoorden hem daarom niet.
27	3.2 Welke zorg contracteren wij?	U stelt dat maatregelen kunnen worden genomen bij afwijkingen in gebruik of governance. Welke mogelijkheden hebben aanbieders om deze beoordeling te laten heroverwegen of te laten toetsen?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopdocument. Wij beantwoorden deze daarom niet.
28	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	In het beleid staat "u hebt een overeenkomst tot en met 31 december 2025". Bedoelt u hier 31-12-2025 of 31-12-2026?	Wij bedoelen 31 december 2026. De tekst over de inschrijving voor bestaande zorgaanbieders gaat over zorgaanbieders die een overeenkomst tot en met 31 december 2026 hebben met het zorgkantoor waar wordt ingeschreven. Wij passen dit aan in het inkoopdocument.
29	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	In het beleid staat "Als uw inschrijving op uiterlijk 31 juli 2025 17.00 wordt afgewezen, n.a.v. de inschrijving uiterlijk 31 juli 2026 17.00u, heeft u geen mogelijkheid meer.." Deze tijdslijn is onduidelijk, graag nader toelichten omdat de inschrijving kan niet een jaar eerder afgewezen worden dan wanneer deze is ingediend.	Dit betreft een verschrijving: bedoeld is 31 juli 2026 17.00 uur. We passen dit aan in het inkoopdocument.
30	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	U stelt dat zorgaanbieders een overeenkomst kunnen aanvragen. Welke concrete criteria en beoordelingsmomenten worden gehanteerd om te bepalen of een aanbieder wordt toegelaten?	In hoofdstuk 7 van ons inkoopdocument leest u welke criteria er zijn voor de toelating van zorgaanbieders.
31	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	Hoe wordt geborgd dat bestaande aanbieders niet impliciet opnieuw worden beoordeeld zonder vooraf kenbare criteria?	Het is onduidelijk wat u bedoelt met 'beoordelen'. In paragraaf 7.2.1 van ons inkoopdocument leest u wat wij vragen van bestaande aanbieders voor de inschrijving. Wij verwachten dat bestaande aanbieders zich houden aan de vereisten opgenomen in de overeenkomst.
32	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	Formeel bezwaar moet worden ingediend via een email richting Z&Z. Formeel bezwaar op de landelijke beleidsstukken moeten ook naar dit email adres?	Het is niet mogelijk een formeel bezwaar in te dienen over ons inkoopbeleid. In paragraaf 3.5 van ons inkoopdocument leest u welke rechtsmiddelen u kunt aanwenden na publicatie van de Nvl.

33	3.3 Wat moet u doen om een Wlz-overeenkomst te krijgen?	In paragraaf 7.3 wordt beschreven hoe inschrijvingen worden beoordeeld. Kan Zorg en Zekerheid toelichten op welke wijze aanbieders hun expertise het beste kunnen onderbouwen wanneer zij gespecialiseerd zijn in de begeleiding van cliënten met hoog complexe en chronische psychiatrische problematiek en het leveren van intensieve zorg in de thuissituatie ter voorkoming van crisisopname en verblijf?	Zorgaanbieders kunnen dit laten blijken uit het ondernemingsplan.
34	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	wanneer start de inschrijvingstermijn ; is mijn interpretatie terecht dat dat 1 juli is? en wordt de vragenlijst in vecozo per die datum geopend?	De inschrijving start op 1 juli 2026. Dit betekent dat vanaf 1 juli 2026 de vragenlijst in VECOZO is geopend.
35	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Op 21 juli is de vervalttermijn voor bezwaren tegen inkoopbeleid en NvI afgelopen (kort geding). Bij het indienen van kort geding moet je materiële belang verduidelijken, wil de rechtbank het in behandeling nemen. Het echte financiële effect is op zijn vroegst begin september bekend. Kunnen de zorgkantoren de termijnen aanpassen, zodat zorgaanbieders ook serieus een juridische procedure kunnen starten?	Nee. Wij passen de termijnen niet aan. Voor een kort geding tegen het inkoopbeleid inclusief de Nota van Inlichtingen geldt een vervalttermijn van 20 kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen. Voor bezwaren en kort geding tegen de onderbouwing van de definitieve vertrektarieven geldt een aparte vervalttermijn van 20 kalenderdagen na publicatie van de definitieve vertrektarieven.
36	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	in het document staat dat het zorgkantoor nieuwe zorgaanbieders kan contracteren als dit nodig is aan zorgplicht te voldoen. In hoeverre worden bestaande zorgaanbieders in de regio hierin meegenomen dan wel betrokken?	Het is ook mogelijk dat zorgkantoren met bestaande zorgaanbieders in gesprek gaan indien dit nodig is om aan de zorgplicht te kunnen voldoen.
37	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	In deze paragraaf staat dat "Menzis Zorgkantoor zich het recht voorbehoudt om tussentijds nieuwe zorgaanbieders te contracteren als dit nodig is om aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen." Deze paragraaf staat ook opgenomen in het inkoopbeleid van de andere zorgkantoren. Dit is een verandering ten opzichte van het vorige inkoopbeleid, waarin ieder inkoopbeleid stond dat er de mogelijkheid was	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
38	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	We dienen voor 31 juli ons in te schrijven via de digitale inschrijfmodule, echter op 4 september krijgen we pas meer inzicht in de definitieve vertrektariepercentages. Is het mogelijk om de definitieve aanmelding te verplaatsen naar na 4 september?	Nee, wij verplaatsen de definitieve aanmelding niet. U dient uw inschrijving uiterlijk 31 juli 2026 om 17.00 uur in via het VECOZO zorginkoopportaal. De definitieve vertrektarieven publiceren wij uiterlijk 4 september 2026.

39	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Voor het inkoopbeleid en de NVI is er geen bezwaarprocedure voorzien, voor het opkomen tegen het RTP wel. Waarom is dit?	Voor het inkoopbeleid en de Nota van Inlichtingen geldt geen formele bezwaarprocedure, omdat we in de praktijk geen meerwaarde zien voor een bezwaarprocedure op dit punt in het proces. Dezelfde punten als in de bezwaren komen doorgaans terug in de Nota van Inlichtingen, door geen bezwaarprocedure te hanteren voorkomen we hiermee dubbel werk; ook aan de kant van de zorgaanbieders.
40	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Wij hebben op zes onderdelen bezwaar bij u ingediend. Kunt u bevestigen dat wij per ommegaande uw reactie tegemoet kunnen zien?	Dit kunnen wij niet bevestigen. Het nieuwe zorginkoopbeleid kent geen bezwaarprocedure meer. Zorgaanbieders die een bezwaar hebben ingediend zijn hierover door hun zorgkantoor per mail geïnformeerd.
41	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Op 4 september worden de vertrekpercentages per cluster gepubliceerd. Zorgkantoren kunnen hiervan afwijken, naar wij aannemen alleen op basis van de in dit inkoopbeleid benoemde gronden. Wanneer wordt hier uitsluitsel over gegeven per zorgaanbieder?	Zorgkantoren kunnen hier inderdaad van afwijken op basis van de in het inkoopbeleid benoemde gronden. U leest hier meer over in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
42	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Planning en termijnen: In het stappenoverzicht missen wij de uiterste datum waarbinnen het mogelijk is bezwaar aan te tekenen tegen (onderdelen van) het inkoopbeleid. Wat is de uiterste datum om bezwaar aan te tekenen?	Er is geen mogelijkheid om afzonderlijk bezwaar aan te tekenen. De uiterste datum om op te komen tegen het inkoopbeleid Wlz 2027-2029, inclusief Nota van Inlichtingen en de bijlagen, is 21 juli 2026. Dit is opgenomen als vervalltermijn voor een kortgeding tegen het inkoopbeleid, inclusief Nota van Inlichtingen en de bijlagen.
43	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	De geboden termijn om inhoudelijk te reageren (tot 15 juni 12.00) biedt te weinig tijd om alle stukken grondig door te nemen en te doorleven, zeker omdat de uitwerking en daarmee de impact nog niet bekend is. Wij houden ons dan ook het recht voor om op een later moment meer inhoudelijk te reageren en bezwaar te maken.	Voor het inkoopbeleid, inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen, geldt dat een kortgedingprocedure binnen 20 kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen aanhangig moet worden gemaakt; die termijn is een vervalltermijn. Voor bezwaar en kort geding tegen de definitieve vertrektarieven geldt een vervalltermijn van 20 kalenderdagen na publicatie van de definitieve vertrektarieven.
44	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Aanbieders worden gestuurd richting van PGB naar ZIN, maar tussentijdse inschrijving op eigen initiatief is vervallen. Hoe beoordeelt het zorgkantoor, gelet op de zorgplicht, de haalbaarheid voor (kleinschalige) aanbieders die deze transitie moeten maken maar niet tijdig kunnen inschrijven door het ontbreken van tussentijdse inschrijving?	Indien het niet haalbaar is om uiterlijk 31 jul 2026 17:00 uur in te schrijven, heeft de aanbieder de mogelijkheid om zich in de zomer van 2027 in te schrijven voor een overeenkomst per 2028.

45	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	Onder welke omstandigheden acht het zorgkantoor tussentijdse inschrijving wél mogelijk, en zijn die criteria transparant en publiek toegankelijk?	Indien het niet haalbaar is om uiterlijk 31 jul 2026 17:00 uur in te schrijven, heeft de aanbieder de mogelijkheid om zich in de zomer van 2027 in te schrijven voor een overeenkomst per 2028. Zorgkantoren behouden zich het recht voor om tussentijds nieuwe zorgaanbieders te contracteren als dit nodig is om aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen. Die beoordeling ligt uitsluitend bij het zorgkantoor en vindt alleen plaats op initiatief van het zorgkantoor.
46	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	De transitie PGB-ZIN vraagt tijd om aan contracteisen te voldoen. Zonder tussentijdse inschrijving kunnen recent besloten transitie pas per 2028 gecontracteerd worden. Is het zorgkantoor bereid tussentijdse inschrijving te heroverwegen voor aanbieders die deze transitie aantoonbaar (voor-)bereiden?	Nee, wij heroverwegen de inschrijftermijn niet.
47	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	voor het inkoopbeleid en de NVI is er geen bezwaarprocedure voorzien (enkel voor opkomen tegen RTP) graag voor inkoopbeleid en NVI deze ook toevoegen. Kunt u uw redenen vermelden als u hier toch vanaf ziet?	Wij voegen geen afzonderlijke bezwaarprocedure voor het inkoopbeleid en de Nota van Inlichtingen toe. Voor het inkoopbeleid en de bijlagen is een vervalttermijn voor kort geding opgenomen; daarnaast kunnen zorgaanbieders vragen stellen voor de Nota van Inlichtingen. Voor het inkoopbeleid en de Nota van Inlichtingen geldt geen formele bezwaarprocedure, omdat we in de praktijk geen meerwaarde zien voor een bezwaarprocedure op dit punt in het proces. Dezelfde punten als in de bezwaren komen doorgaans terug in de Nota van Inlichtingen, door geen bezwaarprocedure te hanteren voorkomen we hiermee dubbel werk; ook aan de kant van de zorgaanbieders.
48	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	U stelt dat zorgkantoor deadlines hanteert voor inschrijving en besluitvorming. Onder welke voorwaarden kan hiervan worden afgeweken, en hoe wordt geborgd dat dit niet leidt tot ongelijke behandeling?	Afwijkingen van deadlines voor inschrijving en besluitvorming zijn niet mogelijk omdat het inkoopproces tijdig moet worden afgerond. De budgetafspraken 2027 moeten uiterlijk 13 november bij de NZa zijn ingediend.
49	3.4 Welk tijdspad geldt voor het inkoopproces 2027?	U stelt dat het zorgkantoor beslissingen neemt binnen de gestelde planning. Binnen welke termijn ontvangen aanbieders een gemotiveerd besluit, en welke mogelijkheid bestaat om tegen deze beslissing bezwaar of heroverweging te verzoeken?	We verwijzen u naar het tijdspad en de passages over de rechtsmiddelen in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.

50	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Wij krijgen slechts twee weken om op het door u gepresenteerde inkoopbeleid 2027-2029 te reageren door middel van het stellen van vragen. Daar maken wij bezwaar tegen. Deze termijn vinden wij veel te kort om de vele aangeboden documenten goed te kunnen beoordelen. Is het mogelijk wij na de Nvl nog een extra periode krijgen om aanvullende vragen te kunnen stellen?	Nee, dit is niet mogelijk.
51	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	U stelt dat er een vaste termijn geldt voor het indienen van vragen en bezwaren. Hoe wordt geborgd dat aanbieders volledig inzicht hebben in alle relevante informatie vóór het verstrijken van deze termijn?	Wij borgen dit door het inkoopbeleid en de bijbehorende documenten op 1 juni 2026 te publiceren.
52	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Hoe wordt geborgd dat de Nota van Inlichtingen geen wezenlijke wijzigingen bevat die de positie van aanbieders nadelig beïnvloeden na sluiting van de vraagtermijn?	Wij borgen dit doordat wij de inkoopprocedure uitvoeren volgens de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, althans de precontractuele redelijkheid en billijkheid.
53	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Vertrektarieven worden in september kenbaar gemaakt, de inschrijving vindt reeds daarvoor plaats. Kunnen jullie aangeven of het mogelijk is om onder een ontbindende voorwaarde in te schrijven ten aanzien van de nog onbekende vertrektarieven, dan wel de inschrijving in te trekken nadat de tarieven bekend zijn gemaakt indien deze voor de inschrijver onaanvaardbare financiële consequenties hebben?	Na publicatie van de vertrektariepercentages 2027 kunnen zorgaanbieders bezwaren uiten tegen de hoogte van de vertrektariepercentages 2027 en de (wijze van) totstandkoming daarvan. Hiervoor geldt een vervaltijd van 20 kalenderdagen. Het staat zorgaanbieders vrij om binnen deze termijn mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van de op 4 september 2026 gepubliceerde vertrektariepercentages 2027.
54	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Kunt u verduidelijken of nieuwe zorgaanbieders die uiterlijk 31 juli 2026 niet inschrijven, gedurende 2027 alsnog tussentijds voor contractering in aanmerking kunnen komen?	Zorgaanbieders hebben geen mogelijkheid om tussentijds in te schrijven voor het betreffende jaar (2027). Zij kunnen pas in de zomer van 2027 inschrijven om voor een overeenkomst voor 2028 in aanmerking te komen.
55	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Waarom kunnen afgewezen zorgaanbieders niet opnieuw tussentijds inschrijven, terwijl zorgkantoren wel tussentijds nieuwe aanbieders kunnen contracteren? Een categorische uitsluiting van eerder afgewezen inschrijvers is niet verenigbaar met het gelijkheids- en proportionaliteitsbeginsel. Gelet daarop verzoeken wij te bevestigen dat herstelde afgewezen inschrijvers opnieuw beoordeeld kunnen worden.	Wij bevestigen dit niet. Als de inschrijving van de zorgaanbieder wordt afgewezen n.a.v. de inschrijving uiterlijk 31 juli 2026 17:00 uur, kan de zorgaanbieder zich in de zomer van 2027 weer inschrijven om voor een overeenkomst voor 2028 in aanmerking te komen. Deze werkwijze is voor alle zorgaanbieders gelijk.
56	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	Kunt u aangeven welke inschrijfmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders gedurende de looptijd van het inkoopbeleid 2027–2029 worden verwacht? Wordt jaarlijks een reguliere inschrijfronde opengesteld voor het daaropvolgende jaar, en onder welke voorwaarden kan tussentijdse contractering plaatsvinden buiten die jaarlijkse ronde?	Als een inschrijving voor 2027 wordt afgewezen, kan de zorgaanbieder zich niet opnieuw tussentijds inschrijven voor 2027 en kan hij zich pas in de zomer van 2027 weer inschrijven om voor een overeenkomst voor 2028 in aanmerking te komen. Ook in de zomer van 2028 zal de mogelijkheid bestaan om in te schrijven voor een overeenkomst voor 2029.

57	3.4 Welk tijdpad geldt voor het inkoopproces 2027?	In het inkoopproces worden zorgaanbieders gevraagd vragen te stellen en in te schrijven, terwijl tarieven en percentages pas later duidelijk worden. Dit punt wordt al jaren benoemd, maar wordt niet aangepast. Hoe verhoudt dit zich tot de nieuwe tariefsystematiek en waarom is hierin opnieuw geen wijziging doorgevoerd, zodat aanbieders vooraf meer inzicht hebben op de impact?	Het is voor zorgkantoren niet mogelijk om op het moment van publicatie van het inkoopbeleid (1 juni) inzicht te geven in de impact, omdat op dat moment de vertrektarieven nog niet bekend zijn. Wij gebruiken hiervoor - op verzoek van zorgaanbieders - de meest recente jaarrekeningen, en die zijn dan nog niet beschikbaar. Deze werkwijze geldt ook in de nieuwe tariefsystematiek. Wij passen het proces daarom niet aan.
58	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Gaat u ermee akkoord om na publicatie van de Nota van Inlichtingen een tweede vragenronde te organiseren, gezien de omvang en impact van dit meerjarige inkoopbeleid, of zo nee, waarom niet?	Nee, wij organiseren geen tweede vragenronde na publicatie van de Nota van Inlichtingen.
59	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Mogen wij er (gezien het ontbreken van duidelijke instructies voor bezwaren) vanuit gaan dat alle bezwaren die ingediend zijn via het portaal als formeel bezwaar worden behandeld?	Nee, binnen de procedure van het zorginkoopbeleid is geen mogelijkheid opgenomen om formeel bezwaar in te dienen tegen het Zorginkoopbeleid Wlz 2027–2029. Uw vragen die zijn ingediend via het Nvl formulier bekijken we zorgvuldig. U kunt onze reactie hierop terugvinden in de Nota van Inlichtingen en – indien van toepassing – in de aangepaste inkoopdocumenten die we naar aanleiding hiervan publiceren. Zorgaanbieders kunnen, als zij het niet eens zijn met het inkoopbeleid inclusief de gepubliceerde Nota van Inlichtingen, binnen een termijn van 20 kalenderdagen na de dag van de publicatie van de Nota van inlichtingen een kortgedingprocedure starten.

60	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Bezwaar: de beperking tot 400 tekens per vraag, gecombineerd met de eis dat vragen specifiek, volledig, duidelijk en juist moeten zijn, vormt gezien de omvang en complexiteit van het inkoopbeleid een wezenlijke beperking om bezwaren en vragen zorgvuldig en inhoudelijk adequaat te formuleren.	Wij passen het formulier niet aan. Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij. In eerdere Nota's van Inlichtingen werd frequent geconstateerd dat meerdere vragen in één vraag werden opgenomen. Eventuele subvragen kunnen als afzonderlijke vragen worden ingediend. Daarnaast geldt dat een Nota van Inlichtingen is bedoeld om beleid te verduidelijken of om fouten te corrigeren, niet om voorstellen voor alternatief beleid te doen. Het signaleren van onduidelijkheden, tegenstrijdigheden of onjuistheden kan in de regel binnen de gestelde 400 tekens plaatsvinden. Verder is van belang dat in het vragenformulier al wordt aangegeven op welk document en welke passage een vraag betrekking heeft. Het is daarmee niet noodzakelijk deze informatie integraal in de vraagtekst op te nemen. Indien citaten worden gebruikt, kan worden volstaan met een verkorte verwijzing.
----	--	---	--

61	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Waarom heeft het zorgkantoor ervoor gekozen om het aantal tekens per vraag te beperken tot 400, gezien deze beperking het voor zorgaanbieders bemoeilijkt om vragen en bezwaren volledig, specifiek en duidelijk te formuleren binnen de context van een complex inkoopbeleid?	Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij. In eerdere Nota's van Inlichtingen werd frequent geconstateerd dat meerdere vragen in één vraag werden opgenomen. Eventuele subvragen kunnen als afzonderlijke vragen worden ingediend. Daarnaast geldt dat een Nota van Inlichtingen is bedoeld om beleid te verduidelijken of om fouten te corrigeren, niet om voorstellen voor alternatief beleid te doen. Het signaleren van onduidelijkheden, tegenstrijdigheden of onjuistheden kan in de regel binnen de gestelde 400 tekens plaatsvinden. Verder is van belang dat in het vragenformulier al wordt aangegeven op welk document en welke passage een vraag betrekking heeft. Het is daarmee niet noodzakelijk deze informatie integraal in de vraagtekst op te nemen. Indien citaten worden gebruikt, kan worden volstaan met een verkorte verwijzing.
62	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Bezwaar: clustering van vragen door zorgkantoor tast de effectieve rechtsbescherming aan, doordat vragen door clustering niet eenduidig herleidbaar zijn en het indienen van bezwaren vooraf verplicht wordt gesteld op straffe van rechtsverwerking. Hierdoor worden rechtsmiddelen feitelijk beperkt en minder effectief inzetbaar.	Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdubbelen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.

63	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Waarom kiest het zorgkantoor ervoor om van zorgaanbieders te verlangen dat alle bezwaren vooraf individueel worden ingediend, terwijl de beantwoording vervolgens geclusterd en generiek plaatsvindt, wat kan leiden tot extra administratieve lasten en verminderde herleidbaarheid?	Wij vragen zorgaanbieders om onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden of tegenstrijdigheden zelf en tijdig aan de orde te stellen, omdat alleen dan daarop rechtsgeldig een beroep kan worden gedaan. De beantwoording via de Nota van Inlichtingen is bedoeld om verduidelijking voor alle deelnemers tegelijk te geven. Zorgkantoren bundelen of clusteren daarnaast geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord.
64	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In het beleid staat: "Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, vanwege onvoorziene omstandigheden of als de overheid na bekendmaking van deze documenten maatregelen treft die: ..." Wat is de bezwaarprocedure voor zorgaanbieders rondom deze wijzigingen?"	Voor wijzigingen als bedoeld in deze bepaling is geen aparte bezwaarprocedure vastgelegd. Indien er sprake is van een wijziging of aanpassing, worden zorgaanbieders hierover tijdig geïnformeerd. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.
65	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In het beleid staat: "Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen, vanwege onvoorziene omstandigheden of als de overheid na bekendmaking van deze documenten maatregelen treft die: ..." Op welke termijn, voorafgaand aan de wijziging worden zorgaanbieders geïnformeerd?	Het zal geheel afhangen van de aard en impact van de correctie, wijziging en/of aanpassing op welke termijn wij zorgaanbieders hierover kunnen informeren. Daar kan op voorhand niets over worden gezegd. Wij streven ernaar dit zo tijdig mogelijk te doen. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.
66	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In het beleid staat: "Wanneer tijdens de looptijd van de overeenkomst blijkt dat zorgorganisaties afspraken niet nakomen, niet aan gestelde voorwaarden blijken te kunnen voldoen of hun financiële positie of kwaliteit onder druk staat, dan treffen zorgkantoren passende maatregelen." Op welke manier wordt bepaald dat er maatregelen getroffen worden?	Wij bepalen dit op basis van signalen, gesprekken, (materiële) controles en zo nodig aanvullende informatie. Als daaruit blijkt dat afspraken niet worden nagekomen, voorwaarden niet worden gehaald of kwaliteit of financiële positie onder druk staat, beoordelen wij welke maatregel passend is bij de situatie.
67	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In het beleid staat: "gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van het zorginkoopbeleid of aanpassing van de tariefpercentages - tussentijds, tijdelijk of definitief" Geldt dit ook met terugwerkende kracht? Indien ja, dan maken we hier bezwaar tegen	Het is niet uit te sluiten dat het hier ook kan gaan om een aanpassing met terugwerkende kracht. Het kan hierbij overigens ook gaan om een wijziging met terugwerkende kracht ten gunste van de zorgaanbieders.
68	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In het beleid staat: "gehele of gedeeltelijke aanpassing of opschorting van het zorginkoopbeleid of aanpassing van de tariefpercentages - tussentijds, tijdelijk of definitief" Kunnen zorgaanbieders hier bezwaar tegen maken? Indien ja, welke termijn staat hiervoor?	Voor wijzigingen als bedoeld in deze bepaling is geen aparte bezwaarprocedure vastgelegd. Indien er sprake is van een wijziging of aanpassing, worden zorgaanbieders hierover tijdig geïnformeerd. De aanbestedingsbeginselen zullen daarbij evenwel te allen tijde in acht genomen worden.

69	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Hoe wordt geborgd dat het wijzigingsrecht van het zorgkantoor niet leidt tot onvoorspelbare financiële risico's voor zorgaanbieders gedurende de contractperiode?	Wij nemen eventuele financiële risico's voor zorgaanbieders mee in ons besluit gebruik te maken van ons wijzigingsrecht.
70	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om het beleid, tarieven en procedure aan te passen. Kunt u toelichten welke concrete grenzen en waarborgen gelden om proportionaliteit en voorspelbaarheid voor zorgaanbieders te borgen?	De grenzen zijn dat wij dit recht alleen gebruiken bij onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures, overheidsmaatregelen die de contracteerruimte of te maken afspraken raken, wijzigingen betreffen van beleidsregels of voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Binnen die gevallen kunnen wij documenten corrigeren, de procedure aanpassen, het zorginkoopbeleid of tariefpercentages geheel of gedeeltelijk aanpassen of opschorten, de procedure gedeeltelijk stoppen, de aard en omvang van in te kopen zorgprestaties wijzigen, maatregelen treffen voor niet-voorzienbare situaties en de planning wijzigen. Voorspelbaarheid wordt tijdens de looptijd geborgd door zorgvuldige toepassing van en communicatie over de wijzigingen.
71	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Hierbij maak ik bezwaar tegen de beperking van het maximaal aantal tekens voor het stellen van vragen over het Wlz-inkoopbeleid. Deze beperking belemmert zorgaanbieders om complexe en inhoudelijke vragen volledig te formuleren. Hierdoor kunnen belangrijke nuances verloren gaan, wat de kwaliteit van de dialoog en een juiste interpretatie van het inkoopbeleid kan schaden.	Vragen moeten binnen het beschikbare veld zo concreet mogelijk bij de betreffende sectie worden gesteld. Het is niet nodig hier citaten uit het beleid over te nemen. Zorgkantoren zijn van mening dat dit kan binnen het aantal van 400 karakters. Dit draagt bij aan een snelle en goede beantwoording van alle ingediende vragen.
72	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Omdat het gaat voor een inkoopbeleid voor 3 jaar verzoeken wij u om na het verschijnen van de Nota van Inlichtingen nogmaals de gelegenheid te geven voor het stellen van vragen. Gaat u ons verzoek voor een tweede ronde van de vragenprocedure overnemen? Zo nee, waarom niet? 2/2	Nee, wij stellen geen tweede vragenronde open. U kon vanaf 1 juni 2026 tot uiterlijk 15 juni 2026 12.00 uur vragen stellen; na deze sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over het inkoopbeleid en bijbehorende documenten.
73	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Hoe wordt de voorspelbaarheid en stabiliteit voor zorgaanbieders geborgd bij tussentijdse wijziging van beleid, tarieven en inkoopvoorwaarden door het zorgkantoor, en hoe wordt voorkomen dat deze wijzigingsruimte leidt tot een onevenwichtige risicoverdeling, mede in relatie tot meerjarige investeringen en contractverplichtingen?	Bij een beslissing over een tussentijdse wijziging nemen wij de impact op voorspelbaarheid en de risico's voor zorgaanbieders nadrukkelijk mee.

74	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om tariefpercentages tussentijds, tijdelijk of definitief aan te passen of op te schorten "om redenen die voor ons overtuigend zijn", zonder schadevergoedingsplicht. Kunt u toelichten hoe deze ruime en eenzijdige bevoegdheid zich verhoudt tot de beginselen van transparantie en proportionaliteit en tot het geschetste meerjarige perspectief?	De bevoegdheid is bedoeld voor uitzonderlijke situaties, zoals onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures, overheidsmaatregelen die wijzigingen in beleidsregels betreffen of voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Wij passen deze bevoegdheid toe binnen de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit en de precontractuele redelijkheid en billijkheid. Het meerjarige perspectief blijft het uitgangspunt, maar sluit niet uit dat wij bij genoemde omstandigheden het zorginkoopbeleid, de procedure of tariefpercentages tussentijds moeten kunnen aanpassen.
75	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Het zorgkantoor behoudt zich het recht voor om tariefpercentages tussentijds aan te passen of op te schorten; hoe verhoudt deze bevoegdheid zich tot transparantie, proportionaliteit en het meerjarig perspectief, en welke concrete criteria en aankondigingstermijnen worden hierbij gehanteerd?	De bevoegdheid is bedoeld voor uitzonderlijke situaties, zoals onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures, overheidsmaatregelen die wijzigingen in beleidsregels betreffen of voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Wij passen deze bevoegdheid toe binnen de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit en de precontractuele redelijkheid en billijkheid. Het meerjarige perspectief blijft het uitgangspunt, maar sluit niet uit dat wij bij genoemde omstandigheden het zorginkoopbeleid, de procedure of tariefpercentages tussentijds moeten kunnen aanpassen. Er zijn geen concrete criteria of aankondigingstermijnen voor het tussentijds aanpassen of opschorten van tariefpercentages. Wij streven zorgaanbieders tijdig te informeren indien hier sprake van is.
76	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	"Een wijziging betreffen...in de zorg". Dit is een zeer ruime marge die genomen wordt. E.e.a. zou eerst goed onderbouwd en (onafhankelijk) uitlegbaar moeten zijn. Ook zou de zorgaanbieder voldoende tijd moeten krijgen te reageren. Bent u het hier mee eens?	Wij passen de procedure alleen aan in de beschreven situaties, zoals onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures en overheidsmaatregelen die wijzigingen betreffen van beleidsregels of voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg. Zorgkantoren passen dergelijke wijzigingen zorgvuldig, gemotiveerd en proportioneel toe. Zorgaanbieders worden via publicaties geïnformeerd en krijgen waar passend gelegenheid om te reageren.
77	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Is het zorgkantoor bereid te bevestigen dat een zorgaanbieder in kort geding ook bezwaren mag aanvoeren die door andere aanbieders tijdig zijn gemeld en in de Nota van Inlichtingen staan, omdat deze voor iedereen zichtbaar zijn en gelijke behandeling en transparantie dat rechtvaardigen?	U kunt alleen een rechtsgeldig beroep doen op onvolkomenheden, onduidelijkheden, vermeende onrechtmatigheden, tegenstrijdigheden of bezwaren die door uzelf, als individuele zorgaanbieder, uiterlijk 15 juni 2026 12.00 uur aan de orde zijn gesteld.

78	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Wij maken bezwaar tegen de wijzigingsclausule. Hoewel externe omstandigheden aanleiding kunnen geven tot aanpassingen van het inkoopbeleid, rechtvaardigt dit niet een onbeperkte bevoegdheid tot wijziging zonder vooraf vastgestelde voorwaarden, motiveringsplicht, consultatie van betrokken zorgaanbieders of een redelijke overgangstermijn. Wij verzoeken het beleid op deze onderdelen aan te passen.	Wij passen dit niet aan. De wijzigingsbevoegdheid is bedoeld voor uitzonderlijke, onvoorziene omstandigheden (zoals wijzigingen in wet- en regelgeving of andersoortige overheidsmaatregelen). Deze wordt zorgvuldig, gemotiveerd en proportioneel toegepast. Zorgaanbieders worden tijdig geïnformeerd en waar mogelijk betrokken.
79	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	In paragraaf 10.6 geeft u aan dat u de inkoopprocedure nog kan wijzigen. Klopt onze interpretatie dat dat alleen het geval is als er redenen zijn die buiten de macht van het zorgkantoor liggen?	Ja, die interpretatie klopt. Wij kunnen de procedure wijzigen naar aanleiding van onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures of als na bekendmaking van deze documenten de overheid maatregelen treft die: 1) van invloed zijn op de beschikbare contracteerruimte; of 2) van invloed zijn op de afspraken die het zorgkantoor met zorgaanbieders op grond van deze maatregelen dient te maken; of 3) een wijziging betreffen van de beleidsregels of een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg.
80	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	De nieuwe methodiek van vragen stellen is vermoedelijk efficiënt voor het zorgkantoor, door handmatige indiening per vraag is dit administratief helaas wel meer belastend voor aanbieders. Staat u er voor open om voor opvolgende jaren te onderzoeken hoe ook voor aanbieders een efficiëntieslag gemaakt kan worden?	Ja. Wij nemen uw signaal mee en staan ervoor open om voor opvolgende jaren te bekijken of het proces voor aanbieders efficiënter kan worden ingericht.
81	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Kunt u bevestigen dat inhoudelijk verschillende vragen afzonderlijk en inhoudelijk volledig worden beantwoord, ook wanneer het zorgkantoor vergelijkbare vragen bundelt? Zo nee, hoe wordt geborgd dat specifieke onderdelen van vragen niet verloren gaan bij clustering of samenvoeging?	Ja. Wij beantwoorden de inhoudelijk verschillende vragen afzonderlijk. Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.

82	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Tijdens het indienen van vragen is de tool een aantal keer geblokkeerd met de mededeling "Deze vraag is al eerder ingediend". Dat blijkt niet uit de pdf met verstuurde vragen. Ik kan de vraag niet opnieuw indienen, want krijg dan dezelfde foutmelding. Kan ik de vraag/vragen alsnog indienen als uit de Nota van Inlichtingen blijkt dat de vraag/vragen niet zijn beantwoord? Zo nee, waarom niet?	Nee, er volgt geen tweede Nota van Inlichtingen. Vragen konden alleen tot uiterlijk 15 juni 2026 om 12.00 uur via het digitale formulier worden ingediend. Na die sluitingsdatum is het niet meer mogelijk om vragen te stellen over het inkoopbeleid en bijbehorende documenten. Als u meent dat een tijdig ingediende vraag door een technische fout niet is meegenomen, neem dan contact op met uw inkoper.
83	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Wij maken bezwaar tegen het feit dat via de tool alleen vragen kunnen worden ingediend met maximaal 400 karakters. Dat beperkt soms om de context van de vraag goed toe te lichten. Wij hebben vragen aan moeten passen. Als uit de Nota van inlichtingen blijkt dat uw antwoord voorbij gaat aan de context van onze vraag, kunnen wij de vraag dan opnieuw aan u voorleggen. Zo nee, waarom niet?	Nee. Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij. In eerdere Nota's van Inlichtingen werd frequent geconstateerd dat meerdere vragen in één vraag werden opgenomen. Eventuele subvragen kunnen als afzonderlijke vragen worden ingediend. Daarnaast geldt dat een Nota van Inlichtingen is bedoeld om beleid te verduidelijken of om fouten te corrigeren, niet om voorstellen voor alternatief beleid te doen. Het signaleren van onduidelijkheden, tegenstrijdigheden of onjuistheden kan in de regel binnen de gestelde 400 tekens plaatsvinden. Verder is van belang dat in het vragenformulier al wordt aangegeven op welk document en welke passage een vraag betrekking heeft. Het is daarmee niet noodzakelijk deze informatie integraal in de vraagtekst op te nemen. Indien citaten worden gebruikt, kan worden volstaan met een korte verwijzing.
84	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Ik krijg regelmatig de melding 'Deze vraag is al eerder gesteld'. Ik kan niet zien door wie (mijn collega of een andere organisatie). Volgens 10.4 van het Inkoopbeleid kunnen wij alleen een rechtsgeldig beroep doen vragen en bezwaren die door onszelf, als individuele zorgaanbieder, aan de orde zijn gesteld. Wij maken bezwaar tegen deze eis, omdat wij niet alle vragen zelf kunnen indienen.	Wij passen deze eis niet aan.
85	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat het zorgkantoor aanvullende informatie kan opvragen. Welke grenzen gelden hierbij, en hoe wordt geborgd dat geen disproportionele administratieve lasten ontstaan voor aanbieders?	Het opvragen van aanvullende informatie is beperkt tot verduidelijking van bestaande inschrijving en geschiedt alleen op verzoek van het zorgkantoor.

86	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat zorgkantoor vragen en toelichtingen verwerkt via de NVI-procedure. Hoe wordt geborgd dat antwoorden volledig, consistent en juridisch bindend zijn voor alle aanbieders?	Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De Nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd, prevaleert boven het inkoopdocument en maakt integraal onderdeel uit van de procedure, waardoor deze juridisch bindend is voor alle aanbieders.
87	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat rechten kunnen worden ontleend aan het inkoopbeleid binnen de geldende kaders. Welke juridische status heeft het inkoopbeleid, en hoe kunnen aanbieders zich beroepen op de daarin opgenomen uitgangspunten?	We begrijpen uw vraag niet volledig. De inkoopprocedure maakt onderdeel uit van het inkoopbeleid en omvat de kaders waarbinnen de inkoop van Wlz zorg plaatsvindt.
88	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat zorgkantoor besluiten neemt binnen het kader van het inkoopbeleid. Op welke wijze worden deze besluiten juridisch gemotiveerd, en welke rechtsbescherming hebben aanbieders bij afwijking van het beleid?	Besluiten worden gemotiveerd aan de hand van het inkoopbeleid, de Nota van Inlichtingen en de aanbestedingsbeginselen (o.a. transparantie en gelijkheid). Voor informatie over rechtsbescherming verwijzen we u naar de betreffende passages in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
89	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat het zorgkantoor uitgaat van redelijkheid en billijkheid. Hoe wordt dit concreet ingevuld in de praktijk, en hoe kunnen aanbieders zich hierop beroepen in geval van geschil?	Het zorginkoopbeleid bevat de voorwaarden en kaders waarbinnen besluitvorming plaatsvindt. De invulling van de redelijkheid en billijkheid hangt af van de omstandigheden van het geval. Indien een zorgaanbieder van mening is dat de redelijkheid en billijkheid niet in acht zijn genomen, kan dit worden voorgelegd aan de civiele rechter.
90	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	"Veel voorkomende vragen ... een antwoord voorzien" Wilt u van deze werkwijze afzien en elke vraag beantwoorden. Zo nee waarom niet? Want hierdoor kunnen we niet zelfstandig en volwaardig antwoorden op onze vragen beoordelen en toetsen.	Nee, wij zien geen aanleiding om van deze werkwijze af te wijken. Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.

91	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt in paragraaf 5.7 dat zorgkantoor beleid en procedures kan wijzigen. Hoe borgt zorgkantoor in deze gevallen de rechtszekerheid voor aanbieders, en op welke wijze worden wijzigingen tijdig, transparant en onder gelijke voorwaarden toegepast?	Wij kunnen de procedure alleen wijzigen bij de genoemde omstandigheden, zoals onvoorziene omstandigheden, gerechtelijke procedures, overheidsmaatregelen die een wijziging van beleidsregels betreffen of een voortschrijdend inzicht. Wijzigingen vinden alleen plaats binnen wet- en regelgeving en contractuele kaders. Aanbieders worden tijdig over de wijzigingen of aanpassingen geïnformeerd. Daarbij zullen de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit en de redelijkheid en billijkheid evenwel te allen tijde in acht genomen worden.
92	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat vragen binnen de gestelde termijn moeten worden ingediend om rechtsgeldig bezwaar te maken. Hoe wordt geborgd dat onduidelijkheden die pas later blijken alsnog kunnen worden ingebracht?	Als er later onduidelijkheden blijken, kunt u dit melden aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal een inschatting maken van de impact van de onduidelijkheden. Al naar de gelang de impact ervan, zal het zorgkantoor al dan niet een verduidelijking publiceren.
93	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat de Nota van Inlichtingen onderdeel wordt van de procedure en voorrang heeft. Hoe wordt geborgd dat deze antwoorden volledig en juridisch bindend zijn?	De Nota van Inlichtingen wordt gepubliceerd, maakt integraal onderdeel uit van de inkoopprocedure en prevaleert boven het inkoopdocument, inclusief bijlagen.
94	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	U stelt dat een vervaltermijn geldt voor het starten van een kortgedingprocedure. Hoe wordt geborgd dat aanbieders voldoende tijd hebben om een juridisch onderbouwd bezwaar voor te bereiden?	De vervaltermijnen die het zorgkantoor hanteert zijn gebruikelijk en gangbaar en gebaseerd op jurisprudentie. Er kan van worden uitgegaan dat zij daarmee voldoende tijd bieden om een kortgedingprocedure voor te bereiden.
95	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Hoe wordt geborgd dat het digitale vraagproces geen belemmering vormt voor rechtsbescherming van aanbieders?	Het digitale vraagproces borgt gelijke toegang doordat alle aanbieders via één verplicht kanaal vragen indienen en bevestiging ontvangen. Alleen tijdig gestelde vragen zijn rechtsgeldig, wat rechtszekerheid creëert. Daarnaast blijft onafhankelijke rechtsbescherming geborgd via de mogelijkheid tot kort geding binnen een vaste termijn na publicatie van de Nota van Inlichtingen.
96	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Vragen dienen digitaal gesteld te worden, per stuk met een max. aantal tekens. Deze werkwijze is onwerkbaar, tijdrovend en het aantal tekens ontnemt zorgaanbieders om de vraag of zorg duidelijk kenbaar te maken. Dit past niet bij onze gezamenlijke afspraak (HLO/AZWA) om administratieve lasten te verlagen. Is het zorgkantoor bereid deze wijze voor inkoop 2028 aan te passen? Zo nee, waarom niet?	Voor de inkoop 2028 doen wij nu geen toezegging om de wijze van vragen stellen aan te passen.

97	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Onder 3.5 staat: "een wijziging betreffen...in de zorg." Wijziging in beleidsregels kan beleid fundamenteel wijzigen waar het zorgkantoor geen invloed op heeft, logisch. Maar In het tweede deel staat echter een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen. Dit kan van alles zijn en is dus niet wenselijk om zo op te nemen. Kan dit concreter toegelicht worden in voorbeelden?	Hier kunnen wij geen verdere voorbeelden van geven, maar de zinsnede 'een voortschrijdende inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg' is nog steeds afhankelijk van de zinsnede 'als.....de overheid maatregelen treft die:' Dus ook 'een voortschrijdend inzicht op basis van ontwikkelingen in de zorg' is gekoppeld aan overheidsmaatregelen.
98	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Vanuit 3.5 wordt de indruk gewekt dat de NZa beleidsregels leidend zijn voor hoe zorg geleverd moet worden etc. Graag zien wij echter ook formeel bevestigd dat de NZa product omschrijvingen (in de beleidsregels) ook leidend zijn en blijven.	Ja. De NZa stelt de prestatiebeschrijvingen en maximumtarieven vast; voor declaratie en vergoeding sluiten wij aan bij de NZa-beleidsregels en de afspraken in de overeenkomst met bijlagen.
99	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Wij hebben bezwaar tegen het bundelen van inhoudelijk verschillende vragen, aangezien dit de precisie en volledigheid van beantwoording vermindert, de mogelijkheid tot gerichte toetsing beperkt en risico's geeft op onvolledige beantwoording, strategische formulering en verminderde rechtsbescherming. Deze werkwijze is onvoldoende gemotiveerd en strijdig met zorgvuldigheid en transparantie.	Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.
100	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	De nieuwe restricties rondom het vragen stellen in 400 woorden, levert ons problemen op met het specifiek, duidelijk en volledig formuleren. Het beperkt ons in ons vraagrecht. Kunt u aanvullend op deze nieuwe procedure gelegenheid geven om -indien gewenst- vragen later aan te vullen, te verduidelijken of nader te specificeren?	Wij geven geen aanvullende gelegenheid om vragen later aan te vullen, te verduidelijken of nader te specificeren.
101	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	De beperkingen van een maximum van 400 tekens per vraag kan ertoe leiden dat vragen onvolledig zijn of anders geïnterpreteerd worden. Dit vinden wij een ernstig tekort in de procedure. Wij verzoeken u om het aantal tekens uit te breiden en een vervolgvraag ronde na de nota van inlichtingen in te stellen.	Nee, wij breiden het aantal tekens niet uit en stellen geen vervolgvraagronde in. Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij.

102	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Het formulier biedt geen mogelijkheid om een document te uploaden om bezwaar te maken. Op welke wijze kunnen wij dit doen als dit niet middels dit formulier kan en aan wie kunnen wij dit richten.	Binnen de procedure van het zorginkoopbeleid is geen mogelijkheid opgenomen om formeel bezwaar in te dienen tegen het Zorginkoopbeleid Wlz 2027–2029 of tegen de Nota van Inlichtingen die op 1 juli 2026 wordt gepubliceerd. Uw vragen die zijn ingediend via het Nvl formulier bekijken we zorgvuldig. U kunt onze reactie hierop terugvinden in de Nvl en – indien van toepassing – in de aangepaste inkoopdocumenten die we naar aanleiding hiervan publiceren. In het inkoopbeleid van uw zorgkantoor leest u wat u kunt doen als u het niet eens bent met het inkoopbeleid, inclusief de Nvl.
103	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Wij maken bezwaar op het punt 'Het voornemen van het Zorgkantoor om alle inhoudelijke verschillende vragen te bundelen onder 1 vraag'.	Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdebellen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.
104	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	Hoe verifieert u dat de vragen daadwerkelijk afkomstig zijn van de aanbieder aangezien deze vragen door een ieder in te dienen zijn?	Wij vertrouwen erop dat deelnemers aan de Nota van Inlichtingen procedure belanghebbenden zijn en daarmee een zorgvuldige afweging maken om vragen in te dienen.
105	3.5 Welke juridische voorwaarden gelden voor het inkoopproces?	BEZWAAR: Wij maken bezwaar tegen het feit dat via de tool alleen vragen kunnen worden ingediend met maximaal 400 karakters. Dat beperkt soms om de context van de vraag goed toe te lichten. Wij hebben vragen aan moeten passen. Als uit de Nota van inlichtingen blijkt dat uw antwoord voorbij gaat aan de context van onze vraag, kunnen wij de vraag dan opnieuw aan u voorleggen. Zo nee, waarom niet?	Nee, dit is niet mogelijk. Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij. Desgewenst kunnen zorgaanbieders subvragen indienen.
106	4. Hoe pakken we de uitdagingen in onze regio's aan?	Hoe gaat Z&Z er voor zorgen dat we aan de regiotafel komen	Zorgaanbieders kunnen aangeven op thema waar ze willen samenwerken in de uitvoering van de regiovisie.
107	4. Hoe pakken we de uitdagingen in onze regio's aan?	Zijn er andere mogelijkheden dan een certificaat om aan te tonen wat je aan duurzaamheid doet als organisatie?	In paragraaf 2.7 van het landelijk beleidskader leest u: Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ.

108	4.1 Levenslooppaanpak	Het ontbreken van passende huisvesting voor doelgroepen is niet primair een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, is het realiseren hiervan daarom een terecht onderdeel van het zorginkoopbeleid?	Het klopt dat het realiseren van passende huisvesting niet uitsluitend de verantwoordelijkheid is van zorgaanbieders. Tegelijkertijd kan passende huisvesting een randvoorwaarde om Wlz-zorg verantwoord te kunnen leveren. Passende zorg en passende huisvesting gaan daarmee onlosmakelijk samen. Zorgkantoren hebben op grond van hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende passende zorg in te kopen. Wanneer gebrek aan passende huisvesting deze zorg belemmert, is het logisch en noodzakelijk dat dit onderwerp onderdeel is van het zorginkoopbeleid. Wij zien dit nadrukkelijk als een gezamenlijke opgave. Zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten en andere stakeholders moeten hierin samenwerken. Vanuit het inkoopbeleid sturen en stimuleren wij waar nodig, en brengen wij knelpunten onder de aandacht bij partners, zodat het benodigde aanbod gerealiseerd kan worden.
109	4.1 Levenslooppaanpak	Hoe wordt de coördinatie van zorg en behandeling bij MPT bekostigd wanneer de aanbieder zelf geen behandeling levert en MPT vooral directe cliënttijd vergoedt?	Alleen zorgaanbieders die zijn aangewezen als levenslooppaanbieder kunnen de prestatie H540 (coördinatiekosten levenslooppaanpak) declareren bij het zorgkantoor. Dit is naast de reguliere prestatie voor zorg.
110	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke juridische consequenties verbindt Zorg en Zekerheid aan het niet of niet tijdig voldoen aan duurzaamheids-, gegevens-, onderaannemings- of bestuursverklaringseisen, en welke hersteltermijnen of sanctiestappen gelden daarbij?	Bij niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomen van contractuele verplichtingen stellen wij de zorgaanbieder in beginsel schriftelijk in gebreke en geven wij een redelijke, fatale hersteltermijn. Daarna kunnen wij onder meer een verbeterplan vragen, een klantenstop invoeren, volume-, prestatie- en tariefafspraken aanpassen, onrechtmatige of ondoelmatige declaraties en onderzoekskosten terugvorderen of verrekenen, maximaal 5% tariefkorting opleggen, melding of aangifte doen, de overeenkomst opzeggen of geheel/gedeeltelijk ontbinden. Een onjuiste of niet nagekomen verklaring bij de zorginkoop geldt als tekortkoming waarbij wij zonder ingebrekestelling tot gehele of gedeeltelijke ontbinding kunnen overgaan.
111	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Is certificering voor het aantonen van de ontwikkeling in duurzaamheid verplicht? Zo ja, dan wij maken hier bezwaar tegen	In paragraaf 2.7 van het landelijk beleidskader leest u: Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ.

112	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	In het beleid staat: "Ook als u zorg (in de thuissituatie) levert zonder behandeling, bent u degene die de zorg en behandeling van uw cliënten coördineert." Kan het zorgkantoor uitleggen hoe deze uitspraak zich verhoudt, tot het feit dat de eigen huisarts in het geval van cliënten zonder behandeling, regiehouder is?	De alinea onder het kopje MGZ blijkt verschillende te worden gelezen. Daarom hebben wij de tekst in ons inkoopbeleid verduidelijkt. Wij verwijzen daarnaar.
113	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	In het beleid staat: "Ook als u zorg (in de thuissituatie) levert zonder behandeling, bent u degene die de zorg en behandeling van uw cliënten coördineert." Wij maken bezwaar tegen deze uitspraak aangezien de zorgaanbieder niet verantwoordelijk is voor de volledige coördinatie van zorg en behandeling van cliënten	In paragraaf 3.5 leest u welke rechtsmiddelen u kunt inzetten na publicatie van de Nvl.
114	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	In het beleid staat: "We denken dan bijvoorbeeld aan het maken van afspraken op doelgroep- in plaats van cliëntniveau." Kan het zorgkantoor nader toelichten en specificeren wat ze bedoelt met het maken op afspraken op doelgroep- in plaats van cliëntniveau?	Met 'doelgroep' bedoelen we de cliënten op één of alle intramurale locatie(s) van een zorgaanbieder.
115	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U vraagt aanbieders om op (sub-)regionaal niveau te komen tot een verdeling van expertises. In hoeverre is deze verdeling van expertises bindend?	Het gaat hier vooral om het herkennen en erkennen van expertises en het voorkomen van teveel versnippering in het zorglandschap.
116	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U vraagt aanbieders om op (sub-)regionaal niveau te komen tot een verdeling van expertises. Mag een aanbieder afwijken van deze verdeling van expertises door bijvoorbeeld een expertise die al gedekt wordt door een andere aanbieder, toe te voegen?	Wij vragen in de eerste instantie dat zorgaanbieders elkaars expertise herkennen en erkennen. Mocht het passend zijn dat meerdere zorgaanbieders bepaalde expertzorg leveren voor de regio (zoals dat nu al is met crisiszorg) dan zou dat kunnen. Bij bijvoorbeeld LVHC is dit niet mogelijk.
117	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	In deze paragraaf staat: "Wij vragen u om op (sub-)regionaal niveau samen met ons te komen tot een verdeling van expertises." Vraag 1: Hoe wil het zorgkantoor dit organiseren? Hoe gaat het zorgkantoor hierop sturen? Op basis van doelgroep of ZZP? Vraag 2: Welke rol wordt hierin verwacht van zorgaanbieders? Welke invloed hebben zorgaanbieders zelf op de expertise die ze (willen) hebben?	Wij doelen hier in de eerste plaats op het herkennen en erkennen van elkaars expertises binnen het regionale samenwerkingsverband dan de kwantitatieve verdeling van cliënten. Het gaat hier dus om een gesprek mét en tussen zorgaanbieders en niet óver zorgaanbieders.
118	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	MGZ: Hoe waarborgt het zorgkantoor voldoende Huisartsenzorg als er extramurale groei is? En neemt het Zorgkantoor een rol om de bereikbaarheid van huisartsen te stimuleren (zoals het meenemen van de HAP)?	Formeel is het organiseren van voldoende huisartsenzorg iets dat belegd is bij de zorgverzekeraar. Gezien de (grote) uitdaging van het voldoende beschikbaar houden van huisartsenzorg nu en in de toekomst is het zorgkantoor nauw betrokken bij regionale tafels en trekken we samen op met de zorgverzekeraar. In de gesprekken met de stakeholders rondom dit vraagstuk neemt het zorgkantoor het signaal rondom bereikbaarheid mee.

119	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe staat het zorgkantoor tegen de inzet van SOG bij VPT en MPT? Als de inzet van huisartsen niet lukt is structurele inzet van de SOG dan een optie?	Daar waar de zorg/ behandelvraag in het zorgplan om een SO vraagt, kan deze worden ingezet. Innovatieve voorstellen van samenwerkende MGZ partijen in een (sub)regio denken wij graag over mee.
120	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	'We nodigen Wlz-behandeldiensten en huisartsen uit om samen te bespreken hoe we de MGZ voor Wlz-cliënten verder kunnen verbeteren.' Kunt u toelichten of Zorgkantoor Zorg & Zekerheid in gesprek gaat met behandeldiensten of met Wlz-zorgaanbieders?	Wanneer de samenwerkende MGZ-partijen in een (sub)regio met elkaar de belangen van Wlz-cliënten met een MGZ-zorg/behandelvraag willen verbeteren kunnen zij dit gezamenlijk aankaarten bij de inkoper. De inkoper gaat na wie de overlegpartners zijn. Hierbij wordt rekening gehouden met de 3 netwerken ouderengeneeskunde die in onze (sub)regio's worden ingevoerd.
121	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Sluit Zorg en Zekerheid zich aan bij het uitgangspunt dat bij uitblijvende regionale overeenstemming over Wlz-behandeling of MGZ een regiotafel wordt georganiseerd? Zo nee, waarom niet?	Wij verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken. Problemen in regio's worden via een vastgelegde escalatieroute opgepakt door zorgkantoor en zorgverzekeraar. Voor Wlz-behandeling maakt het zorgkantoor vervolgens met zorgaanbieders de inkoopafspraken conform de regels van ons financiële beleid.
122	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Is Zorg en Zekerheid bereid in haar verwachtingen rond MGZ expliciet mee te nemen dat uitvoering afhankelijk is van huisartsen, zorgverzekeraars en andere regionale partners? Zo nee, waarom niet?	Ja. Wij nemen dit al expliciet mee: een goede MGZ-dekking vraagt om nauwe en structurele samenwerking tussen betrokken partijen, waaronder aansluiting op en samenwerking met de huisartsenzorg en de HAP en de behandeldiensten/ zorgaanbieders. Ook het landelijke kader benoemt dat zorgaanbieders en betrokken partijen gezamenlijk regionale afspraken maken over MGZ, taakverdeling, ondersteuning, gegevensuitwisseling en escalatie. De uitvoering is daarmee niet alleen afhankelijk van de zorgaanbieder, maar van de samenwerking met huisartsen en andere regionale partijen.
123	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke escalatieladder geldt in Zuid-Holland Noord wanneer de taakverdeling HA/SO/AVG of de MGZ-samenwerking niet tot stand komt, wie is aanspreekbaar voor escalatie en in welk regionaal document is dit vastgelegd?	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. Wij leggen geen specifieke escalatieladder voor Zuid-Holland Noord vast; per regio moeten MGZ-afspraken, structurele governance en een duidelijk escalatiemodel bij knelpunten worden ingericht. Knelpunten worden actief gedeeld door de regio en/of zorgaanbieder en opgevolgd door het zorgkantoor en de zorgverzekeraar; als regionale oplossingen onvoldoende zijn, kan het zorgkantoor landelijk escaleren.

124	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe vullen Zorg en Zekerheid en de betrokken zorgverzekeraars hun zorgplicht voor MGZ in, nu het beleid beschikbaar mede bij zorgaanbieders neerlegt terwijl de wettelijke zorgplicht bij zorgkantoren en zorgverzekeraars ligt?	De zorgplicht blijft bij zorgkantoren en zorgverzekeraars liggen. Wij vullen die in door MGZ vast onderdeel te maken van regionale gesprekken, contractafspraken en monitoring, toe te zien op regionale afsprakenkaders, governance en escalatie, en knelpunten samen met de zorgverzekeraar op te volgen. Van zorgaanbieders verwachten wij dat zij hun eigen bijdrage aan de borging van MGZ organiseren en knelpunten tijdig melden; als regionale oplossingen onvoldoende zijn, kan het zorgkantoor landelijk escaleren.
125	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Wie bedoelt het zorgkantoor met 'we' bij het regelen van goede MGZ voor cliënten thuis of in de wijk? Betreft dit het zorgkantoor zelf, zorgaanbieders, huisartsen, zorgverzekeraars of een gezamenlijke verantwoordelijkheid?	We is de samenwerkende MGZ-partners/ zorgaanbieders in de (sub)regio die huisartsen, SO's en Arts VG vertegenwoordigen. Zorgkantoor en zorgverzekeraar ondersteunen dit proces.
126	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke verantwoordelijkheid neemt het zorgkantoor om huisartsen en zorgverzekeraars actief te betrekken bij regionale MGZ-afspraken, zodat MGZ-behandeling in de hele regio beschikbaar komt?	Wij werken samen met huisartsen en zorgverzekeraars in onze regio's samen aan transformatieplannen voor het 24/7 beschikbaar en toekomstbestendig organiseren van MGZ in onze (sub)regio's.
127	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Werkt Zorg en Zekerheid bij de regionale Wlz-visie ook samen met inkopers van huisartsenzorg? Zo ja, welke concrete afspraken, resultaten en verantwoordelijkheden mogen zorgaanbieders hiervan verwachten?	Ja, wij werken samen met inkopers Zvw en Wlz voor onze regio's. Het doel is een toekomstbestendige regionale effectieve en efficiënte inrichting van deze zorg.
128	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat regionale samenwerking en regiotafels centraal staan bij het organiseren van zorg. Hoe wordt geborgd dat besluitvorming binnen deze structuren niet feitelijk wordt gedomineerd door grotere of historisch dominante aanbieders?	Regiotafels geven in gezamenlijkheid invulling aan de transitie van de zorg maar niet de organisatie van de zorg in zijn geheel. Wij horen graag van u hoe u wilt bijdragen aan deze transitie.
129	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat regionale afstemming nodig is voor de invulling van zorgopgaven. Hoe wordt geborgd dat kleinere aanbieders een gelijkwaardige stem hebben, en niet slechts participeren zonder daadwerkelijke invloed op besluitvorming?	We benoemen in het inkoopdocument dat zorgaanbieders de transitie van de zorg in gezamenlijkheid vorm moeten geven. We streven ernaar om kleine zorgaanbieders hierin ook een stem te geven.
130	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat aanbieders via regionale tafels betrokken worden bij de invulling van beleid. In hoeverre zijn aanbieders daadwerkelijk mede bepalend in de totstandkoming van keuzes, en niet enkel reactief betrokken bij reeds genomen besluiten?	Zorgaanbieders zijn medebepalend geweest in de totstandkoming van onze inkoopsystematiek (o.a. dmv consultatie). We proberen hierbij ook in gezamenlijkheid uitvoering te geven aan het (veelal landelijke) beleid.
131	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat regionale afspraken worden gemaakt tussen aanbieders. Hoe wordt geborgd dat deze afspraken transparant, inzichtelijk en toetsbaar zijn voor alle aanbieders, inclusief partijen die niet direct aan tafel zitten?	We stellen in ons inkoopbeleid niet dat er regionale afspraken gemaakt worden tussen aanbieders. Wij beantwoorden de vraag daarom niet.

132	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat binnen de regio expertise wordt verdeeld over aanbieders. Op basis van welke concrete criteria vindt deze verdeling plaats en hoe wordt voorkomen dat dit leidt tot ongewenste marktverdeling of beperking van toetreding?	We bedoelen dat we het gesprek aangaan over expertise in de regio opdat zorgaanbieders dit van elkaar erkennen. Zo verbeteren we de regionale afstemming. Zorginkoop vindt nog altijd plaats met individuele zorgaanbieders. Er is dus geen sprake van marktverdeling.
133	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U nodigt partijen uit om gezamenlijk invulling te geven aan MGZ. Kunt u toelichten welke partijen hierin leidend zijn en hoe wordt geborgd dat kleinere aanbieders hierin een gelijkwaardige positie hebben?	We verwachten dat alle zorgaanbieders MGZ borgen voor hun eigen cliënten. We nodigen alle zorgaanbieders uit om hier gezamenlijk invulling aan geven. We horen graag van u wat uw ideeën hierover zijn.
134	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U stelt dat regiotafels een belangrijke rol spelen bij beleidsvorming. Hoe wordt geborgd dat besluitvorming binnen deze tafels niet alleen representatief is, maar ook objectief, controleerbaar en niet-discretionair?	Wij lezen dit niet terug in 4.1. Daarom kunnen wij uw vraag niet beantwoorden.
135	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	In het inkoopbeleid wordt ingezet op samenwerking bij ontwikkeling van intramurale behandeling. Tegelijk zien we dat niet alle zorgaanbieders behandeling mogen leveren, leidend tot verschillen in zorgaanbod voor cliënten met vergelijkbare zorgvraag. Kan het zorgkantoor toelichten hoe dit zich verhoudt tot passende zorg en hoe wordt toegewerkt naar een evenwichtiger verdeling van behandelcapaciteit?	De landelijke overheid is bezig met het nieuw vormgeven van intramurale behandeling in het verpleeghuis. We gaan ervan uit dat de toepassing hiervan leidt tot een meer evenwichtige verdeling van de behandelcapaciteit. In de tussentijd horen we graag van zorgaanbieders hoe zij de behandelcapaciteit evenwichtiger willen verdelen over de regio. Hierover worden regionaal gesprekken gevoerd.
136	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe ziet Z&Z MGZ concreet voor zich om dit te borgen als het aantal Huisartsen en SO's tekort gaan schieten? (Graag een paar concrete voorbeelden of ideeën hiervoor om een beeld te krijgen hoe het zorgkantoor het voor zich ziet)	Wij willen de oplossing voor eventuele tekorten borgen door met de stakeholders in gesprek te gaan, zie ook paragraaf 4.1. Desgewenst kunnen we u voorzien van voorbeelden elders uit de regio.
137	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Inzetten van reeds bewezen technologieën en werkwijzen. Wie of waar wordt gedefinieerd welke technologieën "bewezen" zijn?	Voor digitale en hybride zorg sluiten de zorgkantoren aan bij bewezen oplossingen die Digizo.nu heeft aangemerkt. Voor regionale implementatie kan daarnaast gebruik worden gemaakt van de inventarisatie van Vilans van werkende interventies en van de waardebeoordelingen die via DigiZo zijn uitgevoerd voor bewezen effectieve technologieën.
138	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Als zorgaanbieder zijn wij op veel onderdelen regionaal inzetbaar op bestaande expertises (Technische Thuiszorg/Wondzorg) en expertises in ontwikkeling (denk aan Parkinson). Wat betekent dat voor financiering in de WLZ?	Het is niet duidelijk waar u precies op doelt. Onze tariefsystematiek gaat uit van een vertrektarief dat we toepassen op de Nza-tarieven. Voor zorginkoopgerelateerde vragen kunt u zich wenden tot uw zorginkoper.

139	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe ziet het zorgkantoor de regierol van de WLZ aanbieder bij cliënten thuis t.o.v. huisarts, specifiek indien meerdere behandelaren betrokken zijn?	De alinea onder het kopje MGZ blijkt verschillende te worden gelezen. Daarom hebben wij de tekst in ons inkoopbeleid verduidelijkt. Wij verwijzen daarnaar.
140	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	"Ook als u ... uw cliënten coördineert." Wat wordt hier nu gesuggereerd? Zegt dit dat ongeacht of een Wlz aanbieder voor een WLZ cliënt betaald krijgt (met/zonder behandeling) hij altijd verantwoordelijk is voor coördinatie van de MGZ zorg? Hoe gaat dit gefinancierd worden?	De alinea onder het kopje MGZ blijkt verschillend te worden gelezen. Wij hebben daarom de tekst in ons inkoopbeleid verduidelijkt. Wij verwijzen daarnaar. Er is geen aparte financiering.
141	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Over veel onderwerpen wil Z&Z met elkaar in gesprek (innovatie/MPT en VPT/etc). Betekent dat je in samenspraak kan afwijken van regionaal beleid? Graag zien wij dit bevestigd.	Nee, dat is niet wat we bedoelen. We bedoelen dat we graag samen met zorgaanbieders uitvoering geven aan het zorginkoopbeleid.
142	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	"Er wordt daarom ... van integrale behandeling." Nu hebben aanbieders x% met behandeling en x% zonder behandeling intramuraal in hun afspraken. Als alle intramurale plekken met behandeling worden (zonder extra budget) wat wordt dan de basis voor de nieuwe afspraken, de (historische) x%/x% afspraak of wordt er dan op regionaal niveau of landelijk niveau opnieuw gekeken en verdeeld?	Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe hier precies invulling aan gegeven gaat worden door VWS. We gaan ervan uit dat alle cliënten integrale behandeling zullen krijgen en dat de NZa-tarieven hierop aangepast gaan worden. Er hoeft dan geen herverdeling plaats te vinden.
143	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Z&Z geeft aan dat overgangsregeling GGZ-behandeling een sector overstijgende uitdaging is. In het landelijk kader is het GGZ specifiek. Wat prevaleert boven wat?	Onder deze paragraaf zijn landelijke issues opgenomen die de sectoren van de Wlz overstijgen. De GGZ-overgangsregeling die op dit moment geldt moet integraal worden geleverd ongeacht uit welke domein de financiering volgt.
144	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Eenduidige afspraken over ... een belangrijke randvoorwaarde. Hoe en waar gaan deze afspraken gemaakt worden?	Deze afspraken worden gemaakt met en tussen zorgaanbieders op regionaal niveau. In de eerste plaats is er de bedoeling dat men elkaars expertise (h)erkent. Indien ergens een mismatch zit tussen zorgvraag en zorgaanbod (positief of negatief) kijken we hoe we hier afspraken over kunnen maken. Let wel, het gaat hier dus niet over generieke zorg.
145	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Wij vragen u om op (sub-)regionaal niveau samen met ons te komen tot een verdeling van expertises. Over welke expertises gaat dit dan precies?	We bedoelen hier kleinere doelgroepen waar specifieke kennis en expertise voor nodig is, zoals bijvoorbeeld de LVHC-doelgroepen.
146	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke concrete uitwerking is beschikbaar voor afspraken op doelgroepniveau bij intramurale behandeling, en welk financieel effect verwacht het zorgkantoor hiervan voor zorgaanbieders bij de inschrijving 2027-2029?	Momenteel is er geen concrete uitwerking beschikbaar. We horen graag wat uw ideeën hier over zijn.

147	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Op welke wettelijke, professionele of contractuele grond baseert het zorgkantoor dat een aanbieder zonder behandeling in de thuissituatie ook de zorg én behandeling van cliënten moet coördineren?	De alinea onder het kopje Medisch generalistische zorg blijkt verschillend te worden gelezen. Wij hebben daarom de tekst in ons inkoopbeleid verduidelijkt. Wij verwijzen hiernaar.
148	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke concrete stappen zet het zorgkantoor om Wlz-behandeldiensten en huisartsen daadwerkelijk samen te brengen rond verbetering van MGZ voor Wlz-cliënten, inclusief planning en beoogde uitkomsten?	In beide zorgkantoorregio's wordt een netwerk ouderengeneeskunde naar het voorbeeld van NOA in regio Amsterdam uitgerold. Deze zijn momenteel in verschillende ontwikkelingsstadia. De beoogde uitkomst is om SO's en huisartsen daadwerkelijk samen te brengen, voor zover dit momenteel nog niet mogelijk is.
149	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Welke verantwoordelijkheid neemt het zorgkantoor wanneer overleg tussen Wlz-behandeldiensten en huisartsen over MGZ onvoldoende van de grond komt, en welke escalatieroute geldt dan?	Nadere afspraken over escalatie moeten nog worden gemaakt op regioniveau. Op dit moment loopt in elke (sub)regio de implementatie van een netwerk ouderengeneeskunde. Belangrijk is het om een signaal specifiek te maken en dan terug te leggen bij degene waar dit vandaag komt. U kunt signalen altijd bespreken met uw zorginkoper.
150	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Wanneer verwachten zorgkantoren dat de nieuwe vorm van integrale behandeling uit het HLO ingaat, en welke overgangperiode geldt voor bestaande bekostiging en contractafspraken?	Dat is op dit moment nog niet duidelijk. We houden zorgaanbieders op de hoogte van de ontwikkelingen.
151	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe kunnen zorgaanbieders tijdig aangesloten blijven bij de ontwikkeling van de nieuwe integrale behandeling, zodat zij zich organisatorisch, financieel en contractueel kunnen voorbereiden?	Wij houden zorgaanbieders op de hoogte van de landelijke ontwikkelingen. We gaan ervan uit dat Actiz dit ook zal doen.
152	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Op basis van welke data concludeert het zorgkantoor dat er voldoende vraag is naar logeerszorg/respijtzorg over domeinen heen, en hoe wordt de regionale behoefte periodiek gemonitord?	In regio Zuid-Holland Noord loopt nu twee jaar een pilot waarbij regionale logeerszorg wordt verzorgd. Hieruit blijkt dat er goed gebruik gemaakt wordt van de beschikbare logeerplekken. De projectgroep analyseert de beschikbare data periodiek.
153	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Hoe betreft het zorgkantoor huisartsen bij de ontwikkeling van nieuwe woonvormen met zorg in de nabijheid, welke verantwoordelijkheid neemt het zorgkantoor hierin en welke rol hebben zorgverzekeraars vanuit de Zvw?	Zie paragraaf 4.1 kopje nieuwe woonvormen met zorg in de nabijheid. Een zorgkantoor en zorgverzekeraar brengen de woonbehoefte van mensen met zorg onder de aandacht bij gemeenten en provincies, zodat zij dit meenemen in de gemeentelijk woonzorgvisies en de regionale woondeals. Wij vragen ook aandacht voor praktijkruimte/ gezondheidscentra bij nieuwbouw uitbreidingen bij gemeenten. In levensloopbestendige woonvormen 'met zorg in de nabijheid' groeit de inzet van professionele zorg en ondersteuning flexibel mee met de hulpvraag van bewoners. Bewoners vormen hier een zorgzame gemeenschap die elkaar ondersteunt en krijgen waar nodig ondersteuning van professionals. Alle ontwikkeling agenderen we bij relevante stakeholders, onder wie u als zorgaanbieder.

154	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	U schrijft "Voorbeelden hiervan zijn - van arbeidsbesparende technologieën." kunt u uitleggen wat u bedoelt met nieuwe werkvormen?	Met nieuwe werkvormen bedoelen wij vormen van 'anders werken', passend bij onze visie op toekomstbestendige langdurige zorg. Voorbeeld hiervan is om het netwerk van de cliënt en de inzet van informele zorg anders te benutten.
155	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	u schrijft "Om de zelfredzaamheid ... van arbeidsbesparende technologieën"; Op welke manier wordt het ontwikkelen van deze nieuwe werkvormen ondersteund?	Via een van de regionale samenwerkingsverbanden kan een maatwerkaanvraag worden ingediend (zie paragraaf 4.3).
156	4.1 Welke sectoroverstijgende uitdagingen zien we?	Als Wlz aanbieder inderdaad altijd verantwoordelijk is voor coördinatie van de MGZ zorg, hoe wordt dit dan gefinancierd?	De alinea onder het kopje Medisch generalistische zorg blijkt verschillend te worden gelezen. Wij hebben daarom de tekst in ons inkoopbeleid verduidelijkt. Wij verwijzen hiernaar.
157	4.2.1 Verpleging en Verzorging	In het beleid staat dat er een opname toets ontwikkeld wordt voor opname in het verpleeghuis. Per wanneer zal deze opname toets in werking treden?	De regie van de ontwikkeling van deze opnametoets ligt bij VWS. Het is momenteel bij ons onduidelijk wanneer deze in werking zal treden. Wij zullen zorgaanbieders informeren over verder ontwikkelingen.
158	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Ziet Zorg en Zekerheid geclusterd VPT binnen woonzorgconcepten als passend alternatief voor toekomstige verpleeghuiscapaciteit, voor cliënten bij wie zelfstandig thuis wonen kwetsbaar wordt maar intramurale opname niet noodzakelijk is?	Zorg en Zekerheid is voorstander van passende zorg in combinatie met het voorzien in woonbehoefte. Daarbij dienen een aantal zaken in acht te worden genomen; zorgbehoefte/-zwaarte, de arbeidsmarkt en de impact op reguliere intramurale capaciteit.
159	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Andere zorgkantoren hanteren voor uitbreiding van logeerszorg 100% van het NZa-tarief. Is Zorg en Zekerheid bereid logeerszorg eveneens tegen 100% van het NZa-tarief te contracteren? Het is dan nog altijd niet kostendekkend maar wel een stimulans en draagt bij aan het langer thuis beleid.	Onderzoek bij andere zorgkantoren wijst uit dat de verhoging van tarieven niet tot een toename van logeerszorg heeft geleid. Om die reden (in combinatie met ons verwachte budgettaire kader) zijn wij niet voornemens logeerszorg tegen 100% in te kopen.
160	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Geldt het uitgangspunt MPT is voorliggend op VPT ook voor de gehandicaptenzorg sector	Nee, dit uitgangspunt geldt niet voor de GZ-sector.
161	4.2.1 Verpleging en Verzorging	De tarieven van MPT zijn voor onze organisatie niet kostendekkend. Bent u bereid - als gedeeltelijke compensatie daarvan - om voor de MPT prestaties een tariefpercentage van 100% van het NZa-tarief overeen te komen? Zo, nee waarom niet?	Nee, wij spreken niet generiek voor MPT-prestaties 100% van het NZa-tarief af als gedeeltelijke compensatie. Voor bestaande zorgaanbieders spreken wij het landelijke vertrektariefpercentage af voor zorg, op basis van het cluster waarin de zorgaanbieder valt. In de inkoopdialoog kunt u de knelpunten bespreken met uw inkoper.
162	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U geeft aan dat landelijk leegstand in verpleeghuizen ontstaat. Volgens de monitor van ActiZ over bedbezetting is leegstand sterk afhankelijk van regionale en lokale omstandigheden en niet als landelijk fenomeen te duiden. Hierover loopt bovendien nog een onderzoek bij het RIVM. Kunt u onderbouwen op welke data of analyses deze constatering van landelijke leegstand is gebaseerd?	Er is aantoonbare leegstand in sommige zorgkantorregio's. Wij halen hier het onderzoek van zorgkantoor Zilveren Kruis aan (zie noot).

163	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Welke rol ziet Zorg en Zekerheid voor aanbieders die logeerszorg binnen geclusterde woonvormen kunnen organiseren? Kunnen regionale maatwerkmiddelen worden ingezet voor logeren, mantelzorgondersteuning en zorgzame buurten, voor zover dit bijdraagt aan langer verantwoord thuis wonen?	De aanbieder die VPT levert dient dit voor hun eigen cliënten te organiseren. In paragraaf 4.3 en 4.4 staat omschreven hoe maatwerkafspraken kunnen worden gemaakt.
164	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Niet alle toepassingen, bijv. beeldbellen, zijn van toepassing voor geclusterd VPT. Hoe kijkt u hiernaar?	Wij verwachten niet dat elke digitale toepassing in elke setting passend is. Bij alle vormen van zorg kijkt u samen met de cliënt wat iemand zelf kan of weer kan leren en welke ondersteuning daarbij past; digitale hulpmiddelen, zoals beeldbellen of beeldzorg, kunnen daarbij worden ingezet als dat passend is. Voor geclusterd VPT geldt dus dat u per klant en situatie beoordeelt welke toepassingen bijdragen aan passende zorg.
165	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Kunt u bevestigen of zorgaanbieders vanaf 2027 de principes mogen toepassen uit de DSW-pilot 'Verminder gebruik AAT en rekenmodule'? Bent u het ermee eens dat wij voor MPT-cliënten alleen een AAT indienen als er een nieuwe aanbieder bij de zorg wordt betrokken, de leveringsvorm wijzigt, of de zorg niet verantwoord geleverd kan worden? Zo nee, waarom niet?	We zullen vanaf 2027 elementen van de DSW-pilot overnemen. We informeren zorgaanbieders hier nog verder over.
166	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Wat betekent volgens Zorg en Zekerheid de aanscherping rond invasieve beademing concreet voor hospices, inclusief toelating, toewijzing van profielen, beademingstoelage, bedrijfsvoering en eventuele overgangsafspraken voor bestaande cliënten?	Ga hierover met uw inkoper in gesprek. Landelijk is vastgelegd dat invasieve beademing specialistisch zorgaanbod is dat geconcentreerd wordt ingekocht en alleen kan worden geleverd op een plaats met behandeling; beademingsplekken worden zoveel mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie. Ook gelden aanvullende voorwaarden rond contact met medisch specialisten en CTB, samenwerking met een nabijgelegen ziekenhuis, scholing van betrokken personeel en het continu paraat hebben en bekendmaken van kennis en kunde. Wat dit concreet betekent voor uw hospice, de toelating, profieltoewijzing, beademingstoelage, bedrijfsvoering en eventuele overgangsafspraken voor bestaande cliënten is in de geraadpleegde documenten niet vastgelegd.
167	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Hoe communiceert Zorg en Zekerheid aan cliënten dat MPT voorliggend wordt geacht aan VPT, terwijl de keuze voor de leveringsvorm in beginsel bij de cliënt ligt? Welke tekst gebruikt u hiervoor in cliëntcommunicatie?	Wij zullen dit doorvoeren in alle beschikbare communicatievormen.

168	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat veel cliënten verantwoord thuis kunnen wonen met passende zorg en ondersteuning. Welke concrete en toetsbare criteria hanteert u om te bepalen wanneer thuis wonen voor een cliënt nog verantwoord is?	Wij hanteren geen concrete criteria. Het afwegingskader verpleeghuiszorg dat in ontwikkeling is in opdracht van VWS toetst dit concreet.
169	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat voor langer thuis wonen verschillende randvoorwaarden nodig zijn. Welke minimale randvoorwaarden hanteert u hierbij, hoe zijn deze regionaal geborgd en hoe worden aanbieders hierop beoordeeld?	De uitkomst moet zijn dat iemand passende hulp/zorg ontvangt in de thuissituatie. Dit is onderdeel van de dialoog in de regio voor de komende beleidscyclus.
170	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat de intramurale zorgvraag zwaarder en complexer is geworden. Welke concrete gevolgen verbindt u hieraan voor contractering, tariefstelling en deskundigheidseisen van aanbieders?	Dit verschilt per aanbieder en locatie. Gedurende de (inkoop)dialoog bespreken wij dit met aanbieders. Uitgangspunt: we gaan er vanuit dat de huidige tarieven kostendekkend zijn.
171	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U verwijst naar een toekomstige opnametoets om alleen de meest kwetsbare cliënten op te nemen in verpleeghuizen. Hoe voorkomt u dat vooruitlopende toepassing hiervan leidt tot beperking van toegang zonder landelijk vastgesteld kader?	De opnametoets wordt ontwikkeld onder leiding van VWS. Er zal geen vooruitlopende toepassing plaatsvinden zonder landelijk vastgesteld kader
172	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat vastgoed flexibeler moet worden ingericht omdat toekomstige zorgvraag onzeker is. Welke concrete verwachtingen verbindt u hieraan voor aanbieders, en hoe worden bestaande investeringen daarbij meegewogen?	De verwachting is dat u flexibeler bent, in huisvesting en bedrijfsvoering. We snappen dat dit veel van aanbieders vraagt, maar is noodzakelijk om de zorg naar de toekomst toegankelijk te houden. In de vigerende NZa-beleidsregels leest u wat wel en niet vanuit Wlz wordt vergoed.
173	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat u met de regio het gesprek voert over de balans tussen vraag en aanbod om leegstand te voorkomen. Hoe wordt geborgd dat kleinere aanbieders hierin een gelijkwaardige stem hebben en niet slechts reageren op reeds gemaakte keuzes?	Wij spreken alle zorgaanbieders zowel bilateraal als binnen het regionale samenwerkingsverband.
174	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat naast verpleeghuiszorg behoefte bestaat aan levensloopbestendige woonvormen met zorg in de nabijheid. Welke concrete criteria bepalen wanneer een initiatief binnen deze voorkeursrichting past?	Indien het voorziet in de woonbehoefte van de ouder wordende inwoner en daarnaast voldoende passende zorg georganiseerd kan worden tegen een passend tarief.
175	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat logeerszorg en kortdurend verblijf voor eigen cliënten belangrijk zijn en regionaal samenhang moeten krijgen. Welke concrete verplichtingen of beoordelingscriteria verbindt u hieraan voor aanbieders?	Zorgaanbieders dienen logeerszorg voor hun eigen cliënten te organiseren.
176	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U stelt dat dagbesteding en voorzieningen in de wijk beter passend moeten worden georganiseerd. Welke concrete criteria hanteert u om te beoordelen wat 'beter passend' is, en hoe wordt dit vertaald naar contractering?	Dit is wat ons betreft een samenspel tussen dat wat nodig is voor de cliënt, wat haalbaar is om binnen de huidige arbeidsmarkt te organiseren en passend binnen budgettaire kaders. Hierover gaan wij met de regio en aanbieders in gesprek.

177	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U geeft aan te werken volgens de methode 'reablement'. Kunt u aangeven hoe u verwacht dat aanbieders dit vertalen naar de praktijk van hulp bij het huishouden, begeleiding individueel en begeleiding groep binnen MPT/VPT?	Reablement is een gedachtegoed. Er zijn een aantal methodes om dit te koppelen aan de praktijk van de zorgprofessional. Zo is in de regio Amstelland Meerlanden het 5 stappen model omarmd. Indien gewenst kunnen wij u in contact brengen via uw inkoper.
178	4.2.1 Verpleging en Verzorging	U noemt een andere personeelsmix, nieuwe werkvormen en arbeidsbesparende technologie als denkrichtingen. Kunt u specificeren welke ruimte aanbieders binnen de contractering krijgen om ondersteuning in MPT/VPT anders te organiseren en gefinancierd te krijgen, bijvoorbeeld met inzet van welzijnsmedewerkers, activiteitenbegeleiders, helpenden of informele ondersteuning?	Het is niet helemaal duidelijk wat u vraagt. Wij verwachten dat u declareert in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa en de overeenkomst. Indien nodig stemt u dit af met uw inkoper.
179	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Onder 4.3 (V&V), klopt niet in document paragraaf nummer in dit systeem vs. document staat: Deze transitie is niet vrijblijvend, welke veranderingen verwachten jullie de komende jaren concreet te zien in de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en geleverd?	Zie bladzijde 8 van de Visie op de regio zorgkantoor Zorg en Zekerheid. Hier worden voorbeelden genoemd.
180	4.2.1 Verpleging en Verzorging	In het beleid wordt gesproken over respijtzorg in de gehandicapten zorg. De populatie gehandicapten wordt ook steeds ouder. Zou er in theorie ook respijt zorg voor GHZ cliënten geleverd kunnen worden (als dat passend is) binnen de VVT sector?	Ja, in theorie kan dat als de V&V-aanbieder deze sectorvreemde zorg verantwoord kan leveren en dit met de GZ sector en zorginkoper is afgestemd.
181	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Met u overleggen...regionaal kunnen organiseren. Hiervoor wordt in het landelijk kader beschreven dat ook financiering onderling geregeld moet worden. Dit kost echter vaak een hoop tijd om dat te organiseren. Hoe gaat het zorgkantoor hier nog (financieel) in ondersteunen om deze minimale eisen te realiseren?	Het inkoopbeleid is gebaseerd op de geldende wettelijke kaders van de Wlz, waaronder de zorgplicht om tijdig passende zorg te realiseren. In het landelijke beleidskader is opgenomen dat randvoorwaarden zoals bereikbaarheid en ANW-zorg voor zorg thuis regionaal door zorgaanbieders in samenwerking worden georganiseerd. Het beleidskader bevat geen nadere afspraken over de wijze van bekostiging van deze randvoorwaarden. De invulling hiervan vindt plaats binnen de geldende NZa-kaders en in de regionale contractering. Wij zijn regionaal met aanbieders hierover in gesprek. Deze drie onderwerpen passen onder het HLO-thema Langer Thuis in beide regio's.
182	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Wij zijn benieuwd naar welke gevolgen Z&Z verwacht voor de organisatie van dagbesteding door de beweging naar langer thuis wonen?	Wij verwachten een toename en een nieuwe(re) invulling.

183	4.2.1 Verpleging en Verzorging	In aanvul. hierop heeft de beweging naar langer zelfst. (thuis) ook een effect op de organisatie van voorzieningen in de wijk (o.a. dagbesteding). Graag bespreken we met u de mogelijkheden om het aanbod (beter) passend te krijgen. Dit schuurt met de verandering in beleid omtrent VPT en de financiering van dagbesteding in de MPT vorm (die financieel) veel kwetsbaarder is. Hoe gaan we dit oplossen?	Het is mogelijk passende zorg te organiseren door middel van MPT. Bespreek uw uitdagingen/kansen met uw inkoper.
184	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Verder wordt er ook over logeerszorg en respijtzorg gesproken Welke rol(len) ziet Z&Z hiervoor binnen de beweging naar langer thuis wonen?	De vraag is onduidelijk. We beantwoorden deze daarom niet.
185	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Wanneer aanbieders VPT aanbieden moet logeerszorg ook geleverd (kunnen) worden dit wordt in de regio niet altijd gedaan. Gaat het zorgkantoor hier vanaf nu wel op handhaven of kan hier toch weer van worden afgeweken als het in regionale samenhang en afstemming wordt opgelost? Dit moet dan ook financieel een fair playing field op leveren.	Het is onze wens om meer logeerszorg te organiseren binnen de regio. Wij gaan hierover in gesprek met de aanbieders die het betreft. Handhaven is complex, maar wij gaan er vanuit dat elke VPT-aanbieder dit voor eigen cliënten organiseert, al dan niet in samenwerking met anderen.
186	4.2.1 Verpleging en Verzorging	De kaders van wat nu ZVW/MPT/VPT is staan onder druk. Kan het zorgkantoor meer duidelijkheid geven over de definiëring van ZVW of WLZ zorg en de keuzevrijheid van een cliënt in aanvragen en de keuzevrijheid in welke leveringsvorm?	Het onderscheid tussen Zvw en Wlz-zorg is dat Wlz-zorg geleverd wordt aan een cliënt met een Wlz-indicatie. Een cliënt heeft keuzevrijheid bij de aanvraag van een Wlz-indicatie. Omdat de Wlz stelt dat Wlz-zorg voorliggend is, kan als de zorgvraag binnen de Wlz thuis hoort, de Zvw-zorg gestopt worden. Dan komt de zorg voor eigen rekening als de cliënt niet bereid is een Wlz-indicatie aan te vragen (bron Zorginstituut NL).
187	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Opname toets verpleeghuizen; hoe verhoudt zich dat tot CIZ en indicatiestelling?	De opnametoets wordt in opdracht van het ministerie van VWS ontwikkeld. Op moment van schrijven is onbekend hoe zicht dit verhoudt tot het CIZ. De indicatiestelling gaat niet over de leveringsvorm, dus hier is geen relatie.
188	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Deel 1 vraag: Deze vraag heeft ook betrekking op het inkoopd. Wlz blz 13. Er staat dat de intramurale zorg zwaarder en complexer is geworden door later verhuizen naar verpleegtehuis. En wat ook zo is, is dat kleinschalige woonzorg toeneemt, inderdaad soms via VPT. Uit onderzoek van Iris Wallenburg, prof aan het Erasmus blijkt dat het aantal commerciële partijen, via oa private equity groeit.	Dit is geen vraag. We beantwoorden deze daarom niet.

189	4.2.1 Verpleging en Verzorging	deel 2 vraag: Private equity neemt alleen cliënten met minder complexe zorgvraag met financiering met geclusterde VPT. In dit nieuwe beleidsvoornemen zijn de spelregels voor geclusterde VPT gunstiger dan voor ongeclusterde VPT. Dit ondermijnt de solidariteit in de zorg. De zorgorganisaties zonder winstoogmerk leveren in op de ongeclusterde VPT en zien de clientzorg intramuraal complexer worden.	Dit is geen vraag. We beantwoorden deze daarom niet.
190	4.2.1 Verpleging en Verzorging	deel 3 vraag: De commerciële organisaties profiteren van de gunstiger regels voor de geclusterde VPT en hun lichtere zorgvraag als gevolg van de selectie aan de poort en keren dividend (zorggelden) uit aan de aandeelhouders. Hoe borgen we een fair level playing field?	Wij herkennen het geschetste beeld niet.
191	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Hoe wordt er in de regio geborgd (als we een cliënt die niet aan het kader beschreven in landelijk beleid omtrent VPT valt weigeren, indien dit mag van het zorgkantoor) dat cliënten dan niet gaan "shoppen"?	Ons beleid is voor alle zorgaanbieders gelijk hierin, wat maakt dat shoppen daarin niet zou moeten uitmaken.
192	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Wat wordt er gedaan door de zorgkantoren om het landelijk kader dat de beweging van VPT naar MPT tegen houdt en of complex maakt, aan te pakken?	Vanaf 1-1-2027 is MPT voorliggend op VPT voor nieuwe cliënten. Dit brengt effectief gezien niet een beweging van VPT naar MPT op gang, maar betekent "MPT, tenzij". Deze werkwijze voorkomt complexiteit. Het einddoel is een beweging van MPT én VPT naar de nieuwe leveringsvorm thuis.
193	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Indien de tarieven van MPT voor een organisatie niet kostendekkend zijn. Bent u bereid - als gedeeltelijke compensatie daarvan - om voor de MPT prestaties een afwijkend tariefpercentage overeen te komen om de beweging of herstructurering van VPT naar MPT, te kunnen faciliteren? Zo nee, waarom niet?	Wij gaat uit van kostendekkende tarieven, ook wetende dat er - waar nodig - de HHC is.
194	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Ook dit gaat weer heel veel administratielast brengen. In het kader van het HLO, lastenverlichting is dit echt heel onwenselijk. Hoe kan je dit ooit (eenvoudig/snel/betrouwbaar/gelijkwaardig) toetsen of aantoonbaar maken?	Het is niet duidelijk waar deze vraag betrekking op heeft. Wij beantwoorden deze daarom niet.
195	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Huisvesting: Het is essentieel dat de inrichting van locaties voldoende aansluit om deze zware zorg te kunnen bieden en daarvoor moet ook mede het zorgvastgoed worden aangepast. Deze beweging door wijzigingen in vastgoed is niet eenvoudig hoe gaat het zorgkantoor hieraan bijdragen om dat (financieel) te ondersteunen?	In de systematiek zoals uitgedacht door de NZa wordt de aanbieder door NHC/NIC hiertoe in staat gesteld.

196	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Verwacht het zorgkantoor dat aanbieders aantoonbaar afbouw- of hersteldoelen formuleren bij begeleiding en huishoudelijke ondersteuning in MPT/VPT? En hoe zien jullie het ontwikkel pad van een organisatie?	Wij verwachten dat aanbieders passende zorg leveren op een doelmatige manier om zo de zorg toegankelijk te houden.
197	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Waarop baseert het zorgkantoor de stelling dat mensen gemiddeld ouder worden terwijl het aantal zorgbehoevende jaren gelijk blijft? Welke data of analyse ondersteunt deze aanname?	Dit komt onder andere uit de whitepapers van Reable.nl
198	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Hoe borgt het zorgkantoor dat zorgaanbieders in Zuid-Holland Noord het kritisch beoordelen van hulpvragen vergelijkbaar toepassen, en hoe handelt het zorgkantoor bij aanbieders die zich niet committeren aan regionale afspraken?	We vragen zorgaanbieders om het gedachtengoed van reablement toe te passen. Op het moment dat hierover regionale afspraken zijn waar alle zorgaanbieders in geïnccludeerd zijn, kunnen we ze aanspreken op hun commitment.
199	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Wanneer stelt het zorgkantoor data-analyses en spiegelinformatie beschikbaar over gemiddelde kosten per extramurale cliënt voor MPT en VPT, exclusief PGB, zodat aanbieders de verhouding MPT/VPT kunnen beoordelen?	Het streven is om dit tijdens de inkoop 2027 (eind augustus 2026) te kunnen delen.
200	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Uit welke data blijkt dat de intramurale verblijfsduur korter wordt doordat cliënten later naar het verpleeghuis verhuizen, en kan het zorgkantoor deze analyse regionaal specificeren?	Dit blijkt uit een analyse van onze regionale declaratiegegevens.
201	4.2.1 Verpleging en Verzorging	Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie. Werkt Z&Z met een benchmark systeem?	Ja, wij werken met een benchmark systeem.
202	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Wat is uw visie op digitale dagbesteding	Wij volgen hierin de landelijke visie "Samenwerken aan langdurige zorg 2027-2029", hoofdstuk 4.2: 'zelf als het kan', 'thuis als het kan', 'digitaal als het kan' en 'passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen'.
203	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Hoe concretiseert het zorgkantoor de verwachting dat zorgaanbieders "minder in professionele zorg oplossen" terwijl tegelijkertijd de complexiteit van zorgvragen toeneemt?	Wij volgen hierin de landelijke visie: 'zelf als het kan', 'thuis als het kan', 'digitaal als het kan' en 'passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen'. Door minder zorg in te zetten bij cliënten die zelf meer regie kunnen nemen en/of bewezen innovaties in te zetten waar mogelijk, kan de (gespecialiseerde) zorg ingezet worden voor de intensievere zorgvragen. Voor meer informatie leest u hoofdstuk 4.2 uit de landelijke visie "Samenwerken aan langdurige zorg 2027-2029".

204	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Hoe definieert Zorg en Zekerheid "doelmatige inzet van middelen" binnen de gehandicaptenzorg?	We volgen hierin de landelijke visie "Samenwerken aan langdurige zorg 2027-2029", hoofdstuk 4.2: 'zelf als het kan', 'thuis als het kan', 'digitaal als het kan' en 'passend aanbod voor kwetsbare doelgroepen', waarbij de kosten per cliënt in oogschouw genomen dienen te worden.
205	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Welke verwachting heeft Zorg en Zekerheid van ons als aanbieder als het gaat om domeinoverstijgend werken?	We verwachten een actieve samenwerking bij domeinoverstijgende thema's en het gezamenlijk oplossen van domeinoverstijgende knelpunten.
206	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Hoe ziet Zorg en Zekerheid de rolverdeling tussen zorgkantoor, gemeenten en aanbieders in deze samenwerking tot domeinoverstijgend werken?	In de samenwerking tot domeinoverstijgend werken hebben we elk een actieve rol. Per thema kan deze rolverdeling anders vormgegeven worden.
207	4.2.2 Gehandicaptenzorg	Wat betekent dit op het gebied van specifieke doelgroepen die tussen wal en schip vallen omdat ze net niet erkend zijn als LVHC maar wel complex zijn en een laag volume hebben en wel een belangrijke regionalen en soms zelfs bovenregionale functie hebben. Is het mogelijk om hierover met Zorg en Zekerheid wel nadere afspraken te maken om beschikbaarheid en efficiency te vergroten?	In hoofdstuk 5.2 van ons inkoopbeleid kunt u lezen wanneer wij aanvullende afspraken maken voor een regionale expertiserol voor een specifiek spectrum.
208	4.2.3 Geestelijke Gezondheidszorg	4.2: Op welke wijze betreft het zorgkantoor bij contractering en beoordeling of aanbieders daadwerkelijk bijdragen aan toegankelijkheid voor cliënten met complexe GGZ- of combinatieproblematiek, in plaats van zich hoofdzakelijk te richten op cliënten met een lagere complexiteit of beter planbare ondersteuningsbehoefte? In de regio levert dit problematiek op.	Wij betrekken dit via de regionale afspraken over complexe zorg: zorgaanbieders nemen actief deel aan de regiokaart complex, taskforces en casuïstiekbesprekingen, en maken bestuurlijke afspraken over plaatsing van moeilijk plaatsbare cliënten inclusief escalatieladder. Hierbij houden wij rekening met een passende rol van de zorgaanbieder binnen de keten van samenwerkende zorgaanbieders bij complexe zorg. Bij de beoordeling volgen wij of gemaakte afspraken worden nageleefd; bij signalen dat een aanbieder niet bijdraagt of afspraken niet nakomt, gaan wij in gesprek en kunnen wij passende maatregelen nemen. Gericht contracteren is aanvullend bedoeld om concrete knelpunten in passend aanbod op te lossen, niet om aanbieders te stimuleren zich te richten op laagcomplexiteit zorg.
209	4.2.4 Samenhang tussen de sectoren	Sector overstijgende initiatieven worden gestimuleerd. Hoe wordt dit (financieel) gestimuleerd als dit niet via maatwerk of regiobudget loopt of kan lopen maar wel een geschikt initiatief is?	In paragraaf 4.3 leest u dat regionale maatwerkafspraken ook samenwerking met andere Wlz-aanbieders gemaakt kunnen worden. De sector overstijgende onderwerpen treft u aan in paragraaf 4.2.4.
210	4.2.4 Samenhang tussen de sectoren	Voor de pilot perspectiefbedden welke sector is hiervoor in de lead?	De pilot perspectiefbedden is een samenwerking tussen de GZ en GGZ sector.
211	4.2.4 Samenhang tussen de sectoren	Voor de pilot perspectiefbedden hoe gaat dat gefinancierd worden?	De pilot perspectiefbedden GZ/GGZ kan via een maatwerkaanvraag ingediend worden door de penvoerder vanuit een van de regionale samenwerkingsverbanden.

212	4.2.4 Samenhang tussen de sectoren	Welke compensatie biedt het zorgkantoor voor het dossierhouderschap wanneer zorgaanbieders extra administratieve lasten hebben i.h.k.v. de wachttijdproblematiek?	Uw vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument/deze paragraaf. Onze inkoper gaat graag met u in gesprek over uw vraag.
213	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	En 4.4 Welke voorwaarden stellen wij aan maatwerkafspraken? Bevestigt u dat maatwerkafspraken die door een zorgaanbieder worden geïnitieerd en uitgevoerd, maar aantoonbaar bijdragen aan de regionale opgaven, ook in aanmerking kunnen komen voor beoordeling en toekenning, en welke eisen stelt u daarbij aan regionale afstemming of betrokkenheid?	In hoofdstuk 4.3 en 4.4 leest u waar maatwerkafspraken aan moeten voldoen. Alleen maatwerkafspraken gedragen door het regionaal samenwerkingsverband komen in aanmerking voor beoordeling.
214	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	En 4.4 Welke voorwaarden stellen wij aan maatwerkafspraken? Hoe past u de resultaatverplichting toe bij maatwerkafspraken waarbij het realiseren van resultaten (mede) afhankelijk is van externe partijen, en in hoeverre wordt hierbij rekening gehouden met factoren die buiten de directe beïnvloedingssfeer van de zorgaanbieder liggen?	Er wordt van aanbieders verwacht dat ze realistische doelen stellen die recht doen aan de ambitie en kunnen leiden tot resultaten. Het zorgkantoor is gedurende het jaar met aanbieders in dialoog over de voortgang van maatwerkafspraken. Bespreek eventuele knelpunten tijdens deze dialoog.
215	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	In deze paragraaf staat "Een penvoerder vanuit de Bruggenbouwers moet een gedragen maatwerkaanvraag indienen." Vraag 1: Het indienen van de maatwerkafspraken is op 31 juli. Om tot goede maatwerkafspraken te komen, is er meer tijd nodig om met zorgaanbieders die deelnemen aan de Bruggenbouwers inhoudelijk een maatwerkafpraak in te dienen. Kan dit op een later moment?	31 juli dient er een gedragen maatwerkaanvraag ingediend te worden. Tijdens de zorginkoop 2027 (augustus-september) is het mogelijk deze verder in detail uit te werken.
216	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U stelt dat samenwerking via regiotafels en samenwerkingsverbanden wordt georganiseerd. Welke concrete criteria gelden voor deelname en hoe wordt geborgd dat deze criteria objectief en niet selectief worden toegepast?	Voor de GZ en GGZ sector sluiten alle aanbieders aan bij het regionale samenwerkingsverband. Voor de VV sector geldt dat alle organisaties in de regio op thema kunnen aangeven waar ze willen samenwerken met het regionaal samenwerkingsverband.
217	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U stelt dat samenwerking tussen aanbieders noodzakelijk is voor regionale opgaven. Hoe wordt geborgd dat aanbieders die niet deelnemen aan dominante samenwerkingsverbanden niet feitelijk worden uitgesloten van contractering of groei?	We maken inkoopafspraken met individuele aanbieders en niet met regionale samenwerkingsverbanden.
218	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U stelt dat samenwerking bijdraagt aan betere afstemming in de regio. Hoe wordt geborgd dat besluitvorming binnen deze samenwerking transparant en toetsbaar is voor alle aanbieders, ook voor partijen die niet direct deelnemen?	Wij lezen dit niet terug in ons inkoopdocument. We beantwoorden deze vraag daarom niet.

219	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U gaat uit van gezamenlijke besluitvorming in de regio. Hoe wordt geborgd dat deze besluitvorming niet wordt gedomineerd door aanbieders met schaalvoordeel of een bestaande dominante positie?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. Wij beantwoorden hem daarom niet.
220	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U stelt dat regionaal afspraken worden gemaakt over invulling van zorg. In hoeverre zijn deze afspraken bindend voor individuele aanbieders en hoe kunnen zij hiertegen bezwaar maken?	We maken tweezijdige inkoopafspraken met zorgaanbieders.
221	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	U verwacht actieve bijdrage van aanbieders aan samenwerking. Welke concrete prestatie-indicatoren hanteert u hierbij en hoe wordt beoordeeld of een aanbieder hieraan 'voldoende' bijdraagt?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopdocument, wij beantwoorden hem daarom niet.
222	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	Regionale maatwerkafspraken maken we in samenwerkingsverband met stakeholders. Als er uniform een document wordt opgesteld in regio verband met verschillende penvoerders kan dan iedere aanbieder dit document uploaden voor eenvoud?	Het is voldoende als één zorgaanbieder als penvoerder van het regionale samenwerkingsverband de regionale maatwerkafspraken indient bij de inschrijving. Zie ook paragraaf 4.4.
223	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	Op welke wijze wordt bij innovatie-investeringen prioriteit gegeven aan oplossingen die bijdragen aan arbeidsbesparing en inzet van personeel, en hoe wordt dit meegewogen in de beoordeling?	Het is niet duidelijk wat u precies bedoelt. In paragraaf 4.3 en 4.4 leest u hoe u maatwerkafspraken kunt maken.
224	4.3 Hoe kunt u aan de slag met de uitdagingen?	Welke rol ziet het zorgkantoor voor innovatie binnen regionale samenwerkingsverbanden, en in hoeverre worden gezamenlijke innovatie-initiatieven bevoordeeld bij maatwerkafspraken?	Het thema innovatie wordt besproken binnen de regionale samenwerkingsverbanden. Binnen deze verbanden worden de prioriteiten gesteld.
225	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	welke voorwaarden zijn er voor maatwerk	Dit kunt u lezen in paragraaf 4.4 op bladzijde 17.
226	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Kunt u expliciet en zo concreet mogelijk aangeven welke inhoudelijke en meetbare beoordelingscriteria u hanteert bij maatwerkaanvragen, inclusief hoe u de bijdrage aan regionale opgaven en de invulling van de SMART resultaatverplichting beoordeelt, zodat voor zorgaanbieders vooraf helder is wanneer een aanvraag als voldoende wordt aangemerkt	In hoofdstuk 4.3 en 4.4 leest u waar maatwerkafspraken aan dienen te voldoen. Alleen maatwerkafspraken gedragen door het regionaal samenwerkingsverband komen in aanmerking voor beoordeling.
227	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	En 5.5 Hoe betalen wij uw maatwerkbudget? Kunt u toelichten in hoeverre maatwerkafspraken gedurende het jaar inhoudelijk en/of financieel kunnen worden aangepast bij voortschrijdend inzicht of veranderende omstandigheden, en onder welke voorwaarden dergelijke bijstellingen mogelijk zijn?	Bij de zorginkoop wordt een maatwerkafpraak gemaakt. Gedurende het jaar blijven we hierover in dialoog.

228	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Kunt u nader specificeren hoe u de genoemde (niet inhoudelijke) afwijzings- en prioriteringsgronden weegt, zoals het aantal lopende projecten, eerdere resultaten en financiële positie, en op welke wijze deze transparant en proportioneel worden toegepast bij de beoordeling van maatwerkafspraken?	Deze worden in zijn geheel meegewogen in de beoordeling en/of prioritering van maatwerkafspraken. Hierover blijven we met elkaar in dialoog om keuzes toe te lichten.
229	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Wat moet een aanbieder doen om in aanmerking te komen voor budget voor een innovatieproject en wanneer moet een eventueel plan hiervoor worden ingediend?	Wij kennen geen individuele maatwerkafspraken toe. Voor samenwerking op transitie van de zorg, kunt u op thema aangeven dat u wilt aan sluiten bij de regionale samenwerkingsverbanden.
230	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Welke informatie is minimaal nodig voor de aanvraag van het HLO-regiobudget en welke onderdelen laat Zorg en Zekerheid achterwege om administratieve lasten voor zorgaanbieders te beperken?	Voor de aanvraag is minimaal een volledig ingevuld indieningsformat nodig met de naam van het voorstel, gegevens van de indienende zorgaanbieder(s)/kassier(s), regionale inbedding, HLO-thema en hoofdthema, omschrijving of transitieplan, SMART resultaat/KPI, aangevraagd regiobudget, onderbouwing van de verhouding tussen budget en impact/resultaat en eventuele andere financieringsstromen. We volgen de landelijke afspraken rondom verantwoording en gaan met zorgaanbieders in gesprek hoe we hier aan kunnen voldoen met administratieve lasten in het achterhoofd.
231	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	U stelt dat maatwerkafspraken via samenwerkingsverbanden worden ingediend. Welke concrete verplichtingen gelden voor individuele aanbieders binnen deze verbanden en hoe wordt hun invloed op de inhoud bepaald?	Bij het indienen van een gezamenlijke maatwerkafpraak door een samenwerkingsverband gaan wij er vanuit dat voorafgaand afspraken zijn gemaakt over verplichtingen en rolverdeling. Dit kan per afspraak verschillen.
232	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	U stelt dat maatwerk via samenwerking tot stand komt. Hoe wordt geborgd dat kleinere aanbieders niet feitelijk worden uitgesloten van maatwerk doordat zij geen onderdeel zijn van dominante samenwerkingsstructuren?	Zorgaanbieders kunnen op thema aangeven hoe ze willen aansluiten bij de uitvoering van de maatwerkafspraken van de samenwerkingsverbanden.
233	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	U stelt dat maatwerkafspraken worden beoordeeld op inhoud en bijdrage. Hoe wordt geborgd dat deze beoordeling objectief en toetsbaar plaatsvindt en niet afhankelijk is van de partij die het voorstel indient?	Maatwerkafspraken worden in gezamenlijkheid ingediend door een samenwerkingsverband. Voor de HLO-regiomiddelen wordt gebruik gemaakt van het format in bijlage 2 van het beleidskader. Bij afwijzing geven we een inhoudelijke toelichting.
234	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	U stelt dat samenwerking als voorwaarde geldt voor maatwerk. Onder welke omstandigheden kan een aanbieder zelfstandig maatwerk indienen en hoe wordt deze aanvraag dan beoordeeld?	Het is niet mogelijk om zelfstandig maatwerkafspraken in te dienen.

235	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Wij gaan ervanuit dat eenmaal toegezegd budget rondom maatwerk en regiobudget etc, niet later alsnog ingetrokken worden zonder hoor en wederhoor, graag zien wij dit bevestigd.	Net zoals vorige jaren worden maatwerkafspraken, het maatwerkbudget en verdere afspraken daarover tweezijdig vastgelegd in het addendum van de overeenkomst. We trekken niet zomaar budget in.
236	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Maatwerk biedt volgens de tekst geen mogelijkheden op (on)roerende zaken of goederen, of zaken die daarmee samenhangen. En niet over aanschaf of het onderhoud van activa. Hoe kan dan de beweging naar o.a. meer passende woningen en intramurale zorg worden gemaakt?	Aanpassingen aan vastgoed en huisvesting kan gedaan worden uit de NHC/NIC-component van de tarieven (intramuraal). Voor woningen geldt dat de eigenaar hier aan zet is.
237	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Welke uitkomsten ziet het zorgkantoor als SMART resultaat bij maatwerkafspraken rondom dag invulling, groepsbegeleiding en ontmoetingsgerichte ondersteuning voor thuiswonende cliënten en mantelzorgers?	Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen welke resultaten worden beoogd en om dit binnen een maatwerkafpraak SMART op te nemen.
238	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Kan Zorg en Zekerheid bevestigen dat HLO-regiomiddelen via het proces voor maatwerkafspraken worden aangevraagd en dat voor bestaande zorgaanbieders de deadline 31 juli 2026 via VECOZO geldt?	Ja, dat kunnen wij bevestigen, op 31 juli 2026 dient de eerste aanvraag regiobudget HLO bij ons binnen te zijn. De deadline voor indiening van de eindversie aanvraag regiobudget HLO is 1-7-2027, zoals landelijk vastgesteld.
239	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Bij welke regionale samenwerkingsverbanden kan een WLZ-GGZ-aanbieder van woonzorg aan een complexe doelgroep, waaronder cliënten met middelenverslaving, aansluiten? En op welke wijze kunnen deze ggz-woonzorgaanbieders structureel op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen binnen deze samenwerkingsverbanden?	Een ggz-aanbieder neemt deel aan Regiokaart Complex en de Regiotafel ggz-gz. Als zorgkantoor zoeken we daarnaast naar manieren om zorgaanbieders op de hoogte het houden van regionale ontwikkelingen binnen de samenwerkingsverbanden. We overwegen om onze zorgkantoor nieuwsbrief hiervoor in te zetten. Aanmelden voor de nieuwsbrief kan via de banner van het zorgkantoor.
240	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Wij gaan ervan uit dat als vanuit de bruggenbouwers minimaal 3 zorginstellingen (van de 9) meedoen binnen het strategische thema om collectief een bijdrage te leveren aan de strategische uitdaging in de regio dit voldoende basis is voor het aanvragen van een collectieve maatwerkafpraak. Kan Zorg en Zekerheid dit bevestigen.	Vanuit de Bruggenbouwers dient het plan gedragen te worden ingediend. Dit betekent niet dat elke zorginstelling een actieve rol dient te hebben in de uitvoering van het maatwerkplan.
241	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Mag er nu wel of geen aanvraag worden gedaan in het regiobudget HLO en of maatwerkgelden voor de verduurzaming van vastgoed? Eerder staat (als ik het goed heb in het regionale beleid van Z&Z) dat het niet mag (investeringen en aankoop/onderhoud activate etc) en onder 3.3 lijkt te staan dat het wel mag graag meer duidelijkheid hierover.	Vanuit zowel maatwerkafspraken als regiobudget HLO wordt geen vergoeding voor (aanpassingen van) vastgoed gegeven. Het is wel mogelijk om de HLO-regiomiddelen in te zetten voor ecologische duurzaamheid en verduurzaming van organisaties (zie ook bijlage 2. paragraaf 3.3)

242	4.4 Welke voorwaarden stellen we aan maatwerkafspraken	Uit deze passage maken wij op dat het niet meer mogelijk is om individuele maatwerkafspraken te maken. Kunt u dat bevestigen? Zo ja, kan het zorgkantoor toelichten waarom deze keuze is gemaakt?	Het is niet meer mogelijk om individuele maatwerkafspraken te maken. We willen graag dat de maatwerkafspraken (net als het HLO-regiobudget) ingezet worden voor samenwerken aan de transitie in de regio.
243	5.1 Verfijning tariefmodel	Is het gewogen gemiddelde vertrektarief vervolgens het tarief waartegen de contractering zal gelden? Of insinueert het 'vertrek' dat er daarna nog ruimte is tot onderhandeling/aanpassing?	Wij hanteren de term vertrektariefpercentage in plaats van gewogen gemiddeld vertrektarief. Het vertrektariefpercentage is een gezamenlijk uitgangspunt voor zorgkantoren voor de inkoop en geen minimum- of maximumtarief; zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken.
244	5.1 Verfijning tariefmodel	Waarom kiezen zorgkantoren ervoor om in de clustering onderscheid te maken tussen MPT en VPT terwijl in het Hoofdlijnenakkoord wordt toegewerkt naar één leveringsvorm?	Zorgkantoren zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Een clustering doet meer recht aan verschillen tussen aanbieders. Mochten in de toekomst de leveringsvormen wijzigen, dan wijzigen de zorgkantoren zo nodig het inkoopbeleid op dit punt.
245	5.1 Verfijning tariefmodel	Wat is de aanpak op het moment dat het vertrektariefpercentage significant lager uitvalt dan het richttariefpercentage 2026? Geldt dan bijvoorbeeld een overgangsregeling?	De tariefsystematiek gaat per 1-1-2027 in, er is geen overgangsregeling.
246	5.1 Verfijning tariefmodel	Houdt u in de berekening van het vertrektariefpercentage rekening met de financiële effecten op de exploitatie van zorgaanbieders van de besparingen die in het HLO zijn afgesproken op de WLZ-zorg zonder verblijf (financiële afspraak nummer 12)? Zo nee, waarom niet?	Wij gaan ervanuit dat u doelt op de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm voor zorg thuis. Zorgkantoren zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Een clustering doet meer recht aan verschillen tussen aanbieders. Mochten in de toekomst de leveringsvormen wijzigen, dan wijzigen de zorgkantoren zo nodig het inkoopbeleid op dit punt.
247	5.1 Verfijning tariefmodel	Welke onderbouwing ligt ten grondslag aan de gehanteerde afslag van 2% voor nieuwe zorgaanbieders?	We zien dat nieuwe zorgaanbieders vaak een minder actieve bijdrage leveren aan de regionale ontwikkeling. Ook leveren nieuwe zorgaanbieders vaak niet de volledige breedte van zorg binnen een afgesproken prestatie en/of is de zorgzwaartemix binnen het ZZP lager dan gemiddeld.
248	5.1 Verfijning tariefmodel	Voor bepaling richttarief worden jaarverslagen 2025 gebruikt. Er zijn ondanks regelgeving omtrent het opstellen van jaarverslagen wel verschillen in de bepaling van balansposities en resultaat. Is het niet beter om bij de bepaling van het richttarief KIK-V af te wachten? In KIK-V worden immers de resultaten op beter vergelijkbare wijze gepresenteerd.	Aangezien KIK-V niet breed geïmplementeerd is, kan KIK-V niet gebruikt worden.

249	5.1 Verfijning tariefmodel	Hoe weegt ZN mee dat kleinschalige geclusterde VPT-woonzorgconcepten voorzien in cliëntbehoefte, maar dat een lager vertrektarief hun businesscase en cliëntkeuze kan beperken?	Zorgkantoren werken met een tariefsystematiek die voor alle aanbieders, in elke sector, op dezelfde manier wordt toegepast.
250	5.1 Verfijning tariefmodel	Op welke juridische grondslag baseert ZN dat binnen de bestaande tariefsystematiek een nieuwe clusterindeling mag worden toegevoegd, waaronder een afzonderlijk V&V-cluster hoofdzakelijk VPT?	Bij een nieuw inkoopbeleid mogen wij de tariefsystematiek aanpassen. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. Door vergelijkbare zorgaanbieders te groeperen kunnen zorgkantoren beter recht doen aan de verschillen en overeenkomsten tussen aanbieders. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de tariefsystematiek.
251	5.1 Verfijning tariefmodel	Hoe wordt transparantie geborgd in de clustering van zorgaanbieders en de totstandkoming van vertrektarieven, en welke mogelijkheden hebben aanbieders om hun indeling of tarief onderbouwd te laten herzien?	In bijlage 7 wordt de clustering op transparante wijze uitgelegd. In het bericht waarin u bent geïnformeerd over het cluster waarin u valt, is aangegeven dat – indien deze indeling afwijkt van uw verwachting – vóór 1 juli 2026 contact dient te worden opgenomen met de betreffende zorginkoper. Zorgkantoren kunnen in uitzonderlijke situaties maatwerk toepassen, indien de relatieve omvang van sectoren over de jaren heen nagenoeg stabiel is en een zorgaanbieder daardoor afwisselend in verschillende sectoren wordt ingedeeld. Naar aanleiding van het gesprek met de zorginkoper wordt in landelijk overleg beoordeeld of aanpassing van het cluster passend en wenselijk is.
252	5.1 Verfijning tariefmodel	Wilt u aangeven waar het van afhangt, of er een lager of hoger percentage wordt afgesproken?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbiederniveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.
253	5.1 Verfijning tariefmodel	Voorgaande jaren was er sprake van een richtprijs tarief percentage. Vanaf 2027 hanteert u een vertrektarief percentage. Wat impliceert deze naam voor het lopende jaar of de komende jaren?	Het vertrektariefpercentage is een gezamenlijk uitgangspunt voor zorgkantoren voor de inkoop en geen minimum- of maximumtarief; zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken.
254	5.1 Verfijning tariefmodel	Kan het zorgkantoor toelichten op welke wijze het landelijke cluster- en vertrektariefmodel aansluit bij de uitvoeringspraktijk in de langdurige GGZ?	Zorgkantoren werken met een tariefsystematiek die voor alle aanbieders, in elke sector, op dezelfde manier wordt toegepast.
255	5.1 Verfijning tariefmodel	Voor de bepaling van de vertrektariefpercentages wordt uitgegaan van de jaarverslagen 2025. Krijgen aanbieders de mogelijkheid om dergelijke investeringsplannen toe te lichten voordat op basis van de cijfers over	Nee, de berekening van het vertrektariefpercentage 2027 is op basis van landelijk beschikbare gegevens vanuit declaraties en beschikbare jaarrekeningen uit 2025. Hierna volgen de inkoopgesprekken met uw zorginkoper, waarin u eventuele plannen kunt bespreken.

		2025 conclusies worden getrokken over een passend tariefpercentage?	
256	5.1 Verfining tariefmodel	Kunt u aangeven hoe u voorkomt dat de wijze van berekenen van vertrektariefpercentages een negatieve impact heeft op de investeringsbereidheid van zorgaanbieders (en daarmee onvoldoende ruimte om toekomstbestendig vastgoed te ontwikkelen)?	Wij vergoeden de NHC/NIC voor 100% van het NZa-tarief. Wij verwachten dat u deze NHC-inkomsten inzet voor toekomstbestendig vastgoed.
257	5.1 Verfining tariefmodel	Hoe kunnen wij als betrouwbare zorgaanbieder een stevige bedrijfsvoering, gewenste innovatie en passende zorg met hoge kwaliteit voor al onze cliënten, uitvoeren als tarieven pas vanaf sep 26 worden gepubliceerd? In een wereld waarin duidelijk is dat inflatie stijgt, kosten op alle vlakken hoger worden en verwachting in kwaliteit en passende zorg van o.a. ZK en onze cliënten gelijk blijft of stijgt	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren.
258	5.1 Verfining tariefmodel	Het document stelt dat het tariefdifferentiatie-model "zoals gevraagd door de branches" wordt ingevoerd. Wij herkennen dit niet; brancheorganisaties hebben dit specifieke model niet gevraagd. Verwijder/pas de passage aan, tenzij u onderbouwt wie dit verzocht. Zonder onderbouwing wekt de formulering ten onrechte de indruk van draagvlak. Bent u bereid tot deze wijziging? Zo nee, waarom niet?	In bestuurlijk overleg met alle brancheorganisaties is gesproken over het vraagstuk van een evenwichtige en 'eerlijke' verdeling van beschikbare middelen. Vanuit brancheorganisaties is daarbij nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders, en is de wens geuit om in bekostiging meer recht te doen aan die verschillen dmv tariefdifferentiatie. Deze lijn is door de zorgkantoren vervolgens vertaald naar een verfijnd tariefmodel. Adviesbureau SiRM heeft ZN hierbij projectmatig ondersteund. T.a.v. uw verzoek om onderliggende stukken geldt dat wij al inzicht hebben geboden in de gehanteerde systematiek en daarin gemaakte keuzes. Voor zover uw verzoek is gericht op inzage in onderliggende beleidsmatige en strategische afwegingen, geldt dat dergelijke informatie niet is verstrekt omdat daartoe geen rechtsgrondslag bestaat, dat tot onwenselijke administratieve lasten leidt en deze informatie in belangrijke mate bedrijfsgevoelige informatie betreft.
259	5.1 Verfining tariefmodel	Is het mogelijk een inschrijving aan te passen of in te trekken nadat de financiële consequenties bekend zijn, gezien deze bij inschrijving nog onvoldoende transparant zijn?	Het staat zorgaanbieders vrij om binnen de termijn van 20 kalenderdagen aan het zorgkantoor mee te delen dat zij hun inschrijving niet langer gestand doen naar aanleiding van de op 4 september 2026 gepubliceerde vertrektariefpercentages 2027.

260	5.1 Verfijning tariefmodel	Voor een verantwoorde bedrijfsvoering is het noodzakelijk dat wij vooraf inzicht hebben in de financiële consequenties van deelname. Zonder dit inzicht is het moeilijk om afgewogen keuzes te maken over inzet van capaciteit en middelen.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden. Wij adviseren u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
261	5.1 Verfijning tariefmodel	Aangegeven staat m.b.t. hoogte vertrektariefpercentage: "Vertrektariefpercentage is gezamenlijk uitgangspunt, maar Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als lager tariefpercentage afspreken." Wordt hier een afwijking van het vertrektariefpercentage bedoeld die dan voor alle zorgaanbieders geldt of kan het tariefpercentage per zorgaanbieder verschillen?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbiederniveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.
262	5.1 Verfijning tariefmodel	In het voorwoord wordt gesproken over heldere kaders. Wij constateren echter dat de nieuwe tariefsystematiek leidt tot grote onzekerheid. Hiermee zijn de kaders voor ons als aanbieder niet duidelijk. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat de kaders, ook financieel, helder zijn voor de komende jaren? Als aanbieders hebben wij immers een bepaalde mate van financiële zekerheid en stabiliteit nodig.	Het zorgkantoor publiceert uiterlijk 4 september 2026 het landelijke vertrektariefpercentage per cluster, inclusief onderbouwing en bezwaartermijn. Dit vormt het uitgangspunt voor de contractering, met 100% vergoeding voor NHC/NIC. Hoewel het inkoopbeleid een meerjarige looptijd heeft, wordt het model jaarlijks herijkt op basis van de dan meest recente beschikbare data. Hierdoor sluiten de vertrektarieven steeds aan op de actuele kostenontwikkelingen binnen de sector
263	5.1 Verfijning tariefmodel	Aangegeven staat m.b.t. hoogte vertrektariefpercentage: "Vertrektariefpercentage is gezamenlijk uitgangspunt, maar Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als lager tariefpercentage afspreken." Op welke voor Zorgkantoor en zorgaanbieder beschikbare informatie wordt een dergelijke afwijking van het vertrektariefpercentage gebaseerd?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbiederniveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.
264	5.1 Verfijning tariefmodel	Wij vinden het lastig om in te stemmen met een rekenmethodiek zonder inzicht in de uiteindelijke uitkomsten. Hoe kijkt het Zorgkantoor hiertegen aan?	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren.

265	5.1 Verfijning tariefmodel	"Aanbieders in een groep leveren dezelfde zorg en hebben een vergelijkbare bedrijfsvoering op basis van objectieve kenmerken." Kunt u toelichten wat deze 'objectieve kenmerken' zijn?	Er is geclusterd op basis van de volgende objectieve criteria: sector, intramurale prestaties, extramurale mpt prestatie en extramurale vpt prestaties. Grenswaarden zijn vervolgens obv statistische analyses bepaald (zie beantwoording bij bijlage 7). Alleen bij V&V kan er obv statistiek een duidelijk onderscheid in hoofdzakelijk vpt gemaakt worden. Er is onderzocht of aanvullende, meer verdiepende objectieve criteria (denk aan de omvang van een organisatie, of bijvoorbeeld het leveren van bepaalde systeemfuncties of hoog specialistische zorg) geïdentificeerd en statistisch onderbouwd konden worden, deze zijn echter niet vastgesteld.
266	5.1 Verfijning tariefmodel	In de 2e alinea staat achter het woord 'doelmatigheidsprikkels' een [1]. Echter de toelichting hiervan ontbreekt. Kunt u de toelichting alsnog toevoegen?	Deze voetnoot staat wel in de tekst op de website, maar is in het V&V document abusievelijk niet meegenomen in de PDF-versie. Wij passen dit aan via de Nota van Inlichtingen.
267	5.1 Verfijning tariefmodel	In het document wordt gesteld dat het verfijnde model voor tariefdifferentiatie wordt ingevoerd "om meer recht te doen aan verschillen tussen zorgaanbieders zoals gevraagd door de branches". Wij herkennen ons niet in deze weergave. Wij verzoeken u daarom deze passage te verwijderen dan wel aan te passen, tenzij u kunt onderbouwen welke brancheorganisaties dit verzoek hebben gedaan?	In bestuurlijk overleg met alle brancheorganisaties is gesproken over het vraagstuk van een evenwichtige en 'eerlijke' verdeling van beschikbare middelen. Vanuit brancheorganisaties is daarbij nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders, en is de wens geuit om in bekostiging meer recht te doen aan die verschillen dmv tariefdifferentiatie. Deze lijn is door de zorgkantoren vervolgens vertaald naar een verfijnd tariefmodel. Adviesbureau SiRM heeft ZN hierbij projectmatig ondersteund. T.a.v. uw verzoek om onderliggende stukken geldt dat wij al inzicht hebben geboden in de gehanteerde systematiek en daarin gemaakte keuzes. Voor zover uw verzoek is gericht op inzage in onderliggende beleidsmatige en strategische afwegingen, geldt dat dergelijke informatie niet is verstrekt omdat daartoe geen rechtsgrondslag bestaat, dat tot onwenselijke administratieve lasten leidt en deze informatie in belangrijke mate bedrijfsgevoelige informatie betreft.

268	5.1 Verfining tariefmodel	Het verfinjd model houdt geen rekening met lagere kosten door toekomstige investeringsopgaven. Hierdoor ontstaat het risico dat het richttarief lager uitpakt, waardoor de noodzakelijke investeringen (bijv. vastgoed) onmogelijk worden. Hoe kunnen wij worden gecompenseerd indien het richttariefpercentage aantoonbaar onvoldoende rekening houdt met noodzakelijke vastgoedinvesteringen?	Wij houden hiermee rekening door voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief te vergoeden. Wij verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van uw vastgoed.
269	5.1 Verfining tariefmodel	Is bij deze clustering overwogen te werken met een bandbreedte, afrondingsregel of overgangsregeling om te voorkomen dat marginale en incidentele intramurale zorg leidt tot volledige herclassificatie? Zo nee, waarom niet?	De grenswaarden zijn zo gekozen (op basis van onderliggende data) zodat volledige herclassificatie niet of nauwelijks voorkomt. De clustering vindt plaats conform de in bijlage 7 beschreven systematiek.
270	5.1 Verfining tariefmodel	Hoe wordt geborgd dat structurele modelmatige afwijkingen niet uitsluitend via individuele maatwerkafspraken of een hardheidsclausule worden geadresseerd?	We begrijpen de vraag niet. In de tariefsystematiek zien wij geen structurele modelmatige afwijkingen. Voor eventuele andere tariefsafspraken verwijzen wij naar het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
271	5.1 Verfining tariefmodel	Is het mogelijk om het vertrekpercentage al eerder bekend te maken? Bij publicatie in september kunnen zorgaanbieders onvoldoende rekening houden met de vertrektarieven in bijvoorbeeld het begrotingsproces.	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren.
272	5.1 Verfining tariefmodel	Waarom worden zorgaanbieders gevraagd om voor 1 juli akkoord te gaan met de voorgestelde clusterindeling in een specifiek cluster terwijl de impact van die clusterindeling nog niet duidelijk is?	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren.
273	5.1 Verfining tariefmodel	De informatie die u verstrekt over de clusterindeling is niet transparant en geeft ons als aanbieder geen informatie voor een goede bedrijfsvoering. U kunt zowel een hoger of lager tariefpercentage afspreken dan het vertrektariefpercentage. Is dat hogere of lagere percentage geldend voor alle aanbieders in die cluster of is er sprake van differentiatie? Zo ja wat zijn dan de criteria?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbieder niveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.
274	5.1 Verfining tariefmodel	Hoe wordt in het tariefmodel rekening gehouden met zorgaanbieders die zich in een investeringsfase bevinden met stijgende vastgoedlasten, gezien het model gebaseerd is op historische data? Op welke wijze borgen zorgkantoren dat dit niet leidt tot structurele onderbesteding bij aanbieders met een actuele huisvestingsopgave?	Wij houden hiermee rekening door voor NHC/NIC 100% van het NZa-tarief te vergoeden. Wij verwachten dat u de NHC-inkomsten gebruikt voor exploitatie, onderhoud en verduurzaming van uw vastgoed.

275	5.1 Verfining tariefmodel	Kunt u bevestigen dat ongeclusterd VPT niet financieel of contractueel ongunstiger wordt behandeld dan andere leveringsvormen, tenzij daarvoor een objectieve, transparante en vooraf kenbare rechtvaardiging bestaat? Indien dit niet kan worden bevestigd, kunt u toelichten op basis van welke criteria deze verschillende behandeling plaatsvindt?	Er is geclusterd op basis van de volgende objectieve criteria: sector, intramurale prestaties, extramurale mpt prestatie en extramurale vpt prestaties. Grenswaarden zijn vervolgens obv statistische analyses bepaald. Ongeclusterd VPT is geen aparte prestatie.
276	5.1 Verfining tariefmodel	Op basis van welke objectief toetsbare overwegingen maakt u in de clustering onderscheid tussen MPT en VPT, terwijl wordt toegewerkt naar één leveringsvorm, en hoe borgt u dat dit onderscheid nog passend en consistent is met deze beleidsrichting?	Er is geclusterd op basis van de volgende objectieve criteria: sector, intramurale prestaties, extramurale mpt prestatie en extramurale vpt prestaties. Grenswaarden zijn vervolgens obv statistische analyses bepaald (zie beantwoording bij bijlage 7). Alleen bij V&V kan er obv statistiek een duidelijk onderscheid in hoofdzakelijk vpt gemaakt worden. Er is onderzocht of aanvullende, meer verdiepende objectieve criteria (denk aan de omvang van een organisatie, of bijvoorbeeld het leveren van bepaalde systeemfuncties of hoog specialistische zorg) geïdentificeerd en statistisch onderbouwd konden worden, deze zijn echter niet vastgesteld. Mochten in de toekomst de leveringsvormen wijzigen, dan wijzigen de zorgkantoren zo nodig het inkoopbeleid op dit punt.
277	5.1 Verfining tariefmodel	Het bepalen van het vertrektarief (vh richtlijntarief) op basis van bijvoorbeeld de 75ste percentiel aantallen en 75% marktaandeel riep bij de aanbesteding 2023-2026 de nodige vragen op met een juridische procedure tot gevolg. Waarom is er niet voor een geheel nieuwe systematiek gekozen voor het bepalen van het landelijke vertrektarief?	Naar aanleiding van de gerechtelijke procedures is in de nota van wijziging van 31 mei 2024 de tariefsystematiek aangepast. Deze aanpassing volgt uit de rechterlijke uitspraak en biedt daarmee een duidelijke basis. In het belang van stabiliteit, hebben wij gekozen voor een gerichte verfining van de systematiek in plaats van de ontwikkeling van een geheel nieuw model.
278	5.1 Verfining tariefmodel	Het vertrektarief% voor 2027 wordt op 4 september 2026 gepubliceerd, slechts 4 maanden voor de ingangsdatum van 1-1-2027. Vraag: Wij verzoeken u bij het bepalen van de hoogte van het vertrektarief% rekening te houden met de aanpassingstijd die organisaties nodig hebben om zich tot het vertrektarief% te gaan verhouden. Bent u hiertoe bereid?	Wij passen de planning niet aan. Als de tariefsystematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule.
279	5.1 Verfining tariefmodel	Er wordt geschreven "Het vertrektariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken." Vraag: Welke criteria worden er door zorgkantoren gesteld om af te wijken van het vertrekpercentage?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbieder niveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.

280	5.1 Verfijning tariefmodel	Welk adviesbureau is ingeschakeld omtrent tariefdifferentiatie?	Adviesbureau SiRM heeft ZN bij de doorontwikkeling ondersteund.
281	5.1 Verfijning tariefmodel	Adviesbureau: is er een advies rapport vanuit het bureau waar inzage in gekregen mag worden? Zo nee, waarom niet?	Nee, het adviesbureau heeft procesmatig ondersteund bij de doorontwikkeling.
282	5.1 Verfijning tariefmodel	In hoeverre kan de zorgaanbieder een aanpassing op de totale kosten aanvragen door een fundamentele wijziging in de kostenstructuur met ingang van 2027 waarmee de kosten materieel wijzigen?	De berekening van het vertrektariefpercentage 2027 is op basis van landelijk beschikbare gegevens vanuit declaraties en beschikbare jaarrekeningen uit 2025. Hierna volgen de inkoopgesprekken met uw zorginkoper, waarin u eventuele toekomst plannen kunt bespreken.
283	5.1 Verfijning tariefmodel	Het tariefmodel zorgt voor een viceuze cirkel waarbij telkens als zorgkantoren het tarief verlagen, aanbieders hierop inspelen en besparingen moeten realiseren. Dit zorgt voor een verschraling van de sector met gevolgen voor cliënt en medewerker. Herkent u dit en bent u bereid om de NZa tarieven volledig uit te keren, zodat aanbieders dit kunnen inzetten t.b.v. de doelen uit het inkoopbeleid?	De NZa bepaalt max-tarieven voor de Wlz. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de tariefsystemiek.
284	5.1 Verfijning tariefmodel	U voert een model in met een verdere tariefdifferentiatie voor de ouderenzorg. Het is onduidelijk wat het doel en de financiële effecten hiervan zijn. Met deze invoering zijn wij het dan ook niet zondermeer eens. Wij willen eerst nadere toelichting over de toegevoegde waarde van dit model voor de zorgaanbieders. Kunt u ons deze geven?	Om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen gebruiken zorgkantoren een landelijk tariefmodel. Daarbij willen zorgkantoren met de clustering meer recht doen aan de verschillen (en ook overeenkomsten) die bestaan tussen typen aanbieders in verschillende sectoren.
285	5.1 Verfijning tariefmodel	Welke concrete effecten verwacht het zorgkantoor van de correctie op de NHC/NIC component ?	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meest recente jaarrekeningen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren. Wij kunnen dan ook geen uitspraken doen over de impact op de tarieven.
286	5.1 Verfijning tariefmodel	In het beleid staat: "Het vertrektariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken." Betekent dit dat er landelijk een vertrektariefpercentage bepaald wordt en dat er per regio afgeweken kan worden?	Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbieder niveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.

287	5.1 Verfijning tariefmodel	In het beleid staat: "Het vertrektariefpercentage is voor de zorgkantoren een gezamenlijk uitgangspunt voor de inkoop. Het is geen minimum- of maximumtarief. Zorgkantoren kunnen zowel een hoger als een lager tariefpercentage afspreken." Als er wordt afgeweken is dit dan voor de regio of voor individuele instellingen? Wat is dan de toegevoegde waarde van de landelijke berekening?	Met de clustering willen zorgkantoren meer recht doen aan de verschillen die bestaan tussen typen aanbieders in verschillende sectoren. Het vertrektariefpercentage per cluster is een gezamenlijk landelijk uitgangspunt. Het vertrektariefpercentage per cluster wijzigt niet en blijft het uitgangspunt. Zorgkantoren kunnen bij de contractering op aanbiederniveau een hoger of lager tariefpercentage afspreken op basis van de specifieke mogelijkheden die uitgewerkt zijn in het inkoopbeleid.
288	5.1 Verfijning tariefmodel	Kunt u bevestigen dat de 2%-tariefkorting voor nieuwe zorgaanbieders maximaal één kalenderjaar geldt? Zo nee, waarom is een langere korting proportioneel, wanneer vervalt deze korting en op basis van welke objectieve criteria wordt beoordeeld dat een aanbieder niet langer als 'nieuw' wordt aangemerkt?	De afslag van 2% voor nieuwe zorgaanbieders geldt gedurende het eerste contractjaar. Na dit jaar maakt u nieuwe afspraken met uw zorgkantoor over het tarief in het volgende jaar, een eventueel lager tarief is hierbij niet uitgesloten. Wij verwijzen hiervoor naar het regionale inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
289	5.1 Verfijning tariefmodel	Clustering van vergelijkbare zorgaanbieders. Met dit punt willen zorgkantoren meer recht doen aan de verschillen die bestaan tussen typen zorgaanbieders in verschillende sectoren. - Welk onrecht zit in het huidige systeem die uitgaat van de sectorindeling?	Het gaat niet om vastgesteld 'onrecht', maar om het bepalen van een reeel tarief. Alleen indelen naar sector doet onvoldoende recht aan verschillen tussen typen zorgaanbieders.
290	5.1 Verfijning tariefmodel	Op deze manier kunnen zorgkantoren reële tarieven afspreken, die beter passen bij het type zorgaanbieder. - Welke onrealistische tarieven hebben de zorgkantoren dan nu afgesproken?	Wij stellen niet dat er nu onrealistische tarieven zijn afgesproken. Vanaf 2027 gebruiken zorgkantoren landelijke vertrektariefpercentages per cluster als uitgangspunt, zodat het tariefpercentage beter aansluit bij het type zorgaanbieder.
291	5.1 Verfijning tariefmodel	De nieuwe clustering speelt in op de leveringsvormen, de onderliggende prestaties en de financiering daarvan. De NZA stelt voor de financiering de 100%-tarieven vast van de verschillen prestaties. - Ben u van mening dat de huidige tarieven gesteld door de NZA niet reëel zijn? Zo niet, waarom is ben u dan van mening dat een clustering hierop noodzakelijk is?	De NZa bepaalt max-tarieven voor de Wlz. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de tariefsystemiek.

292	5.1 Verfijning tariefmodel	Deze vraag moet worden gelezen als tijdig en uitdrukkelijk bezwaar: hoe wordt voorkomen dat door de combinatie van vervaltermijnen en procedurele vereisten de rechtsbescherming van zorgaanbieders wordt beperkt, in het bijzonder waar bezwaren tegen de systematiek vooraf moeten worden ingebracht en pas later concrete tarieven worden vastgesteld?	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is. Als u het niet eens bent met de vertrektarieven die worden gepubliceerd in september, kunt u bezwaar maken en/of een kort geding aanhangig maken binnen de termijn van 20 kalenderdagen na datum van publicatie van de definitieve vertrektarieven. Als de tariefsystematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule.
293	5.1 Verfijning tariefmodel	De vertrektarieven zijn nog niet bekend gemaakt. Wat maakt het dat het zorgkantoor vraagt om in te schrijven zonder dat we weten binnen welk financieel kader we de vele eisen uit het inkoopbeleid moeten vormgeven.	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren.
294	5.1 Verfijning tariefmodel	Het voornoemde inkoopbeleid gaat gebruik maken van een vernieuwde berekeningswijze. Wij maken bezwaar tegen de vernieuwde berekeningswijze die ten grondslag ligt aan het vertrektarief. De methode is dermate generiek dat er geen onderscheid wordt gemaakt in resultaat op vastgoed en resultaat op zorg De onderbouwing van ons bezwaar wordt in een separaat schrijven aan u toegelicht.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
295	5.1 Verfijning tariefmodel	Voor hetzelfde product binnen een sector ontstaan door clustering verschillende inkoop tarieven tussen aanbieders. Dit kan aanbieders bevoordelen of benadelen op basis van huidig kostenniveau in plaats van bedrijfsvoering. Deelt u deze zorg en bent u bereid clustering per sector te herzien?	Er ontstaan verschillen in tariefspercentage voor dezelfde prestaties binnen een sector. Deze keuze hangt samen met de wettelijke opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. Met het vertrektariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. In het kader van gelijkheid wordt elk cluster op dezelfde manier genormeerd. We passen de systematiek niet aan.
296	5.1 Verfijning tariefmodel	De tariefstelling en budgetzekerheid worden veel te laat vastgesteld. Dit belemmert tijdige keuzes in personeel, capaciteit en investeringen. Een aanpassing, keuzes in leveringsvorm en inrichten organisatie nemen meerdere jaren in beslag. Van een verlaging kan dus geen sprake zijn. Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat de zorgaanbieder geen financieel risico loopt bij verlaging tarief?	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meeste recente jaarrekeningen van zorgaanbieders om het vertrektariefpercentage te bepalen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren. Als de tariefsystematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, kunt u in uitzonderlijke gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule.

297	5.1 Verfining tariefmodel	Kunt u toelichten hoe is beoordeeld of het passend tarief-mechanisme voldoende transparant en objectief is en voldoet aan inkooprechtvereisten? Hoe wordt geborgd dat aanbieders met vergelijkbare kenmerken en kostenstructuren op gelijke wijze worden behandeld bij de tariefvaststelling?	In bijlage 7 wordt de clustering op transparante wijze uitgelegd. Er is geclusterd op basis van de volgende objectieve criteria: sector, intramurale prestaties, extramurale mpt prestatie en extramurale vpt prestaties. Grenswaarden zijn vervolgens obv statistische analyses bepaald (zie beantwoording bij bijlage 7). Alleen bij V&V kan er obv statistiek een duidelijk onderscheid in hoofdzakelijk vpt gemaakt worden. Er is onderzocht of aanvullende, meer verdiepende objectieve criteria (denk aan de omvang van een organisatie, of bijvoorbeeld het leveren van bepaalde systeemfuncties of hoog specialistische zorg) geïdentificeerd en statistisch onderbouwd konden worden, deze zijn echter niet vastgesteld.
298	5.1 Verfining tariefmodel	Wij maken bezwaar op het punt 'Tariefsystematiek wordt gebaseerd op gegevens uit jaar t-2'. Zie voor een verdere toelichting op ons bezwaar onze bezwaarbrieven aan het zorgkantoor Zilveren Kruis d.d. 15 juni 2026.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
299	5.1 Verfining tariefmodel	Wij maken bezwaar op het punt 'Er wordt bij de vaststelling van de tarieven uitgegaan van een niveau waarbij een substantieel deel van de zorgaanbieders slechts een neutraal resultaat wordt gerealiseerd'. Zie voor een verdere toelichting op ons bezwaar onze bezwaarbrieven aan het zorgkantoor Zilveren Kruis d.d. 15 juni 2026.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
300	5.1 Verfining tariefmodel	Indien de normatieve vergoeding voor NHC/NIC zowel aan de opbrengsten- als kostenkant gecorrigeerd wordt, leidt dit voor de sector, waar de resultaten op het vastgoed gemiddeld positief zijn i.v.m. ouder zorgvastgoed en de daaraan gerelateerde investeringsopgave, tot te hoge grondslagen voor het richttariefpercentage. Wij tekenen hiertegen bezwaar aan.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
301	5.1 Verfining tariefmodel	"Landelijk cluster/ Zorgaanbieders met klanten in meerdere sectoren" Wij zijn een coöperatie met leden die in verschillende sectoren zorg leveren. Wat zijn de gevolgen van de indeling binnen de sector GZ voor leden van de coöperatie die voornamelijk V&V zorg leveren?	Een coöperatie wordt landelijk ingedeeld in een cluster. Dit cluster en bijbehorend tariefpercentage is het uitgangspunt voor alle leden van de coöperatie. Hoe de financiering tussen de leden en de coöperatie geregeld is, is niet onze verantwoordelijkheid en kunnen wij geen uitspraken over doen. De indeling in een sector voor de tariefsystematiek heeft geen relatie met de inhoud van de zorg. De zorg die een client nodig heeft, is bepalend voor welk kader van toepassing is. Afhankelijk van omvang van het sectorvreemde aanbod gaat de zorginkoper met u in gesprek over het aansluiten op sectordoelen.

302	5.1 Verfining tariefmodel	Landelijk cluster/ Zorgaanbieders met klanten in meerdere sectoren. Wij zijn een coöperatie met leden die zowel GZ als V&V leveren. Wij zijn ingedeeld in de GZ. Zijn er daardoor beperkingen ten aanzien van groei, productieafspraken of nieuwe cliënten binnen V&V ten opzichte van aanbieders die in sector V&V zijn ingedeeld?	Afhankelijk van de omvang van het sectorvreemde aanbod gaat uw zorginkoper in gesprek over het aansluiten op sectordoelen. In dit gesprek is ook ruimte om onderwerpen te bespreken die specifiek voor uw organisatie spelen rondom het sectorvreemde aanbod, zoals u in uw vraag aangeeft.
303	5.1 Verfining tariefmodel	Wat is het verwachte financiële effect van de nieuwe manier van berekenen op het richttarief percentage van MPT en VPT	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meest recente jaarrekeningen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren. Wij kunnen dan ook geen uitspraken doen over de impact op de tarieven.
304	5.1 Verfining tariefmodel	"Landelijk cluster/ Zorgaanbieders met klanten in meerdere sectoren" Wij zijn als coöperatie ingedeeld in sector GZ, onze leden bieden zowel V&V, GZ als GGZ zorg. Heeft onze toegewezen sectorindeling (GZ) gevolgen voor toekomstige aanvragen voor woonzorgconcepten, geclusterde woonvormen of andere innovatieve VVT-zorginitiatieven?	Afhankelijk van de omvang van het sectorvreemde aanbod gaat uw zorginkoper in gesprek over het aansluiten op sectordoelen. In dit gesprek is ook ruimte om onderwerpen te bespreken die specifiek voor uw organisatie spelen rondom het sectorvreemde aanbod, zoals u in uw vraag aangeeft.
305	5.1 Verfining tariefmodel	Wij zijn een coöperatie en hebben verschillende leden die zorg leveren binnen de V&V, de GGH en/of de VG. Wij zijn nu ingedeeld in cluster V&V C. Begrijp ik het goed dat dit nu gaat betekenen dat ook de leden die GGZ of VG zorg leveren de zorg betaald krijgen tegen het percentage wat geldt voor de V&V? Dat zou betekenen dat de tarieven voor deze aanbieders naar beneden gaan, dat lijkt niet correc	Een coöperatie wordt landelijk ingedeeld in een cluster. Dit cluster en bijbehorend tariefpercentage is het uitgangspunt voor alle leden van de coöperatie. Hoe de financiering tussen de leden en de coöperatie geregeld is, is niet onze verantwoordelijkheid en kunnen wij geen uitspraken over doen. De indeling in een sector voor de tariefsystematiek heeft geen relatie met de inhoud van de zorg. De zorg die een cliënt nodig heeft, is bepalend voor welk kader van toepassing is. Afhankelijk van omvang van het sectorvreemde aanbod gaat de zorginkoper met u in gesprek over het aansluiten op sectordoelen.

306	5.1 Verfining tariefmodel	Aanbieder is nu ingedeeld in cluster extramuraal. Per 1 januari 2027 fuseren wij met een intramurale organisatie, die ingedeeld is in het cluster 'intramuraal'. Doelstelling is contracten per 1 januari 2027 samen te voegen. Gaat straks bijstelling van de clusterindeling plaatsvinden? Hoe wordt de clusterindeling en tariefpositionering bepaald bij fusieorganisaties?	Voor de fusie is er sprake van 2 entiteiten met elk haar eigen cluster. Na fusie is er sprake van 1 entiteit en wordt 1 van beide clusters het cluster van de nieuwe entiteit. Het cluster van de nieuwe entiteit wordt bepaald op basis van de "spelregels" zoals toegelicht in bijlage 7. Voorbeeld: Een volledig intramurale aanbieder (cluster deels intramuraal) fuseert met volledige extramurale aanbieder (cluster extramuraal divers of cluster volledig extramuraal). Beide organisaties hebben een vergelijkbare omzet. Na de fusie levert de zorgaanbieder zowel intramurale als extramurale zorg en is het cluster (met bijbehorend vertrektariefpercentage) deels intramuraal van toepassing.
307	5.1 Verfining tariefmodel	Op welke wijze heeft het zorgkantoor rekening gehouden bij de clusterindeling met zorgcoöperaties, waarbij de feitelijke zorgverlening door diverse zorgaanbieders uit diverse sectoren geleverd wordt?	Voor zorgcoöperaties geldt dat de feitelijke zorgverlening door verschillende aanbieders uit diverse sectoren kan plaatsvinden. Bij de clusterindeling kijken wij daarom naar het totaalbeeld van de zorgcoöperatie als contractpartij. Daarbij wegen wij de verdeling van het totaal aan geleverde zorg mee om te bepalen in welke sector en cluster de organisatie wordt ingedeeld. Dit betekent dat wij zorgcoöperaties niet afzonderlijk per onderliggende aanbieder indelen, maar op het niveau van de coöperatie als geheel.
308	5.1 Verfining tariefmodel	De rekenkundige overlap tussen het zorgdeel en de NHC/NIC wordt gecorrigeerd door beide componenten volledig buiten de berekening van het richttariefpercentage te houden. Wij zijn het niet eens met de gekozen grondslag en methodiek voor het filteren van de kostenkant. Wij signaleren dat de gehanteerde methodiek leidt tot een materiële vertekening van de werkelijke zorgkosten.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
309	5.1 Verfining tariefmodel	Wat is de impact van deze clustering voor een individuele zorgaanbieder als het gaat om de tarieven?	Op verzoek van zorgaanbieders wordt er gebruik gemaakt van de meest recente jaarrekeningen. De consequentie is dat we het vertrektariefpercentage pas op 4 september kunnen publiceren. Wij kunnen dan ook geen uitspraken doen over de impact op de tarieven.
310	5.1 Verfining tariefmodel	Deelt u onze zienswijze dat de gehanteerde berekeningswijze zorginstellingen in cluster C met veel panden in de spaarfase (einde looptijd) ernstig benadeeld en hun niet in staat stelt nieuwe plannen te ontwikkelen?	Wij vergoeden de NHC/NIC voor 100% van het NZa-tarief. Wij verwachten dat u deze NHC-inkomsten inzet voor toekomstbestendig vastgoed.

311	5.1 Verfining tariefmodel	Vraag 2 Indien geen regionale correctie wordt toegepast, hoe onderbouwt het zorgkantoor dat het 75e-percentielmodel leidt tot een kostendekkend vertrektarief voor aanbieders in regio's met structureel hogere, objectief verklaarbare personeelskosten?	De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt in haar tarieven voor de V&V rekening met niet-beïnvloedbare factoren, zoals regio. Wij verwijzen verder naar de Wlz-beleidsregels van de NZa.
312	5.1 Verfining tariefmodel	Welke branches hebben om meer tariefdifferentiatie gevraagd? Kunt u daarnaast het adviesrapport, de onderzoeksrapport, gehanteerde data, aannames en conclusies van het onafhankelijke adviesbureau delen, zodat zorgaanbieders kunnen beoordelen hoe het verfijnde tariefmodel tot stand is gekomen?	In bestuurlijk overleg met alle brancheorganisaties is gesproken over het vraagstuk van een evenwichtige en 'eerlijke' verdeling van beschikbare middelen. Vanuit brancheorganisaties is daarbij nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders, en is de wens geuit om in bekostiging meer recht te doen aan die verschillen dmv tariefdifferentiatie. Deze lijn is door de zorgkantoren vervolgens vertaald naar een verfijnd tariefmodel. Adviesbureau SiRM heeft ZN hierbij projectmatig ondersteund. T.a.v. uw verzoek om onderliggende stukken geldt dat wij al inzicht hebben geboden in de gehanteerde systematiek en daarin gemaakte keuzes. Voor zover uw verzoek is gericht op inzage in onderliggende beleidsmatige en strategische afwegingen, geldt dat dergelijke informatie niet is verstrekt omdat daartoe geen rechtsgrondslag bestaat, dat tot onwenselijke administratieve lasten leidt en deze informatie in belangrijke mate bedrijfsgevoelige informatie betreft.
313	5.1 Verfining tariefmodel	"Tarief nieuwe zorgaanbieders" Wij kunnen ons niet vinden in de tariefafslag van 2% voor nieuwe aanbieders. Op welke objectieve en verifieerbare gegevens baseert het zorgkantoor de stelling dat nieuwe extramurale zorgaanbieders "vaak niet de volledige breedte van zorg binnen een afgesproken prestatie leveren"?	Wij concretiseren dit niet met een vaste landelijke norm of uitputtende lijst. Het gaat om zorgaanbieders die binnen een prestatie niet het volledige zorgaanbod leveren dat bij die prestatie past, of waarvan de feitelijke zorgzwaarte lager ligt dan gemiddeld.
314	5.1 Verfining tariefmodel	Bezwaar. Het beleid maakt niet inzichtelijk wat de gezamenlijke effecten zijn van verschillende beleidsinstrumenten op financiële positie en kostendekkendheid, waardoor beoordeling van de samenhang onmogelijk is.	Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.

315	5.1 Verfijning tariefmodel	Leidt clustering op totaal aanbod niet tot verschillende tarieven voor dezelfde prestaties binnen één sector? Hoe voorkomt u dat aanbieders hierdoor worden bevoordeeld of benadeeld op basis van historisch kostenniveau in plaats van doelmatige bedrijfsvoering? Bent u bereid de clustering te herzien naar sector/prestatie?	Er ontstaan verschillen in tariefspercentage voor dezelfde prestaties binnen een sector. Deze keuze hangt samen met de wettelijke opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. Met het vertrektariefpercentage willen zorgkantoren stimuleren tot meer doelmatigheid in de organisatie van zorg. In het kader van gelijkheid wordt elk cluster op dezelfde manier genormeerd. We passen de systematiek niet aan.
316	5.1 Verfijning tariefmodel	Op basis van onze landelijke Wlz-omzet van 52% (geleverd door 20% van onze leden) is de sectorindeling voor onze coöperatie bepaald. Pas op 4-9-26 wordt duidelijk of 48% van onze Wlz-omzet (geleverd door 80% van onze leden) door een passend tariefpercentage wordt gedekt. Kan ook na bekendmaking van het landelijk vertrektarief met de inkopers worden gesproken over de indeling in sector en cluster?	Nee, dit kan niet. De clustering vindt plaats conform de in bijlage 7 beschreven systematiek. Dit geldt ook voor een zorgcoöperatie, er is immers sprake van 1 entiteit waar wij afspraken mee maken.
317	5.1 Verfijning tariefmodel	Kunnen we er van uit gaan dat een wijziging in de indeling in sector en cluster mogelijk is voor een coöperatie waarvan leden in verschillende sectoren werkzaam zijn, waarbij het aantal leden dat binnen een bepaalde sector zorg biedt zwaarder weegt dan de omzet? 20% van onze leden biedt 52% van de Wlz-omzet, tegen 80% van onze leden die 48% van de Wlz-omzet biedt.	Nee, de clustering vindt plaats conform de in bijlage 7 beschreven systematiek. Dit geldt ook voor een zorgcoöperatie, er is immers sprake van 1 entiteit waar wij afspraken mee maken.
318	5.1 Verfijning tariefmodel	Kunnen wij er van uitgaan dat een wijziging in de indeling in sector en cluster die wordt overeengekomen met 1 zorgkantoor, landelijk zal worden doorgevoerd?	In het bericht waarin u bent geïnformeerd over het cluster waarin u valt, is aangegeven dat – indien deze indeling afwijkt van uw verwachting – vóór 1 juli 2026 contact dient te worden opgenomen met de betreffende zorginkoper. Zorgkantoren kunnen in uitzonderlijke situaties maatwerk toepassen, indien de relatieve omvang van sectoren over de jaren heen nagenoeg stabiel is en een zorgaanbieder daardoor afwisselend in verschillende sectoren wordt ingedeeld. Naar aanleiding van het gesprek met de zorginkoper wordt in landelijk overleg beoordeeld of aanpassing van het cluster passend en wenselijk is.
319	5.1 Verfijning tariefmodel	Aangezien wij als zorgcoöperatie werkzaam zijn in verschillende sectoren, kunnen wij er van uitgaan dat wij moeten voldoen aan de inkoopvoorwaarden die gelden voor de sector waarin wij werkzaam zijn, ook als dit sectorvreemd zorgaanbod is, ten opzichte van de hoofdsector/ cluster waarin wij zijn ingedeeld?	De indeling in een sector voor de tariefsystematiek heeft geen relatie met de inhoud van de zorg. De zorg die een client nodig heeft, is bepalend voor welk kwaliteitskader van toepassing is. Afhankelijk van omvang van het sectorvreemde aanbod gaat de zorginkoper met u in gesprek over het aansluiten op sectordoelen.

320	5.1 Verfijning tariefmodel	De NZa stelt 100%-tarieven per prestatie vast. Waarom acht het zorgkantoor aanvullende clustering noodzakelijk als deze tarieven reëel zijn? En hoe voorkomt het zorgkantoor dat aanbieders voor dezelfde prestatie binnen dezelfde sector ongelijk worden beloond door indeling op totaal aanbod/kostenniveau, in plaats van op de feitelijk geleverde zorg en bedrijfsvoering?	De NZa bepaalt max-tarieven voor de Wlz. Het is een wettelijke taak van de zorgkantoren om de zorg doelmatig in te kopen. In alle gevallen 100% vergoeding van het NZa tarief past hier niet bij. Door vergelijkbare zorgaanbieders te groeperen kunnen zorgkantoren beter recht doen aan de verschillen en overeenkomsten tussen aanbieders. In bijlage 7 van het inkoopbeleid leest u meer over de onderbouwing van de tariefsystematiek.
321	5.1 Verfijning tariefmodel	Wij missen in deze passage de transparantie over de tariefpercentages. Gezien het feit dat deze tarieven pas op 4 september gepubliceerd worden, kunnen wij de gevolgen daarvan op dit moment onvoldoende overzien.	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
322	5.1 Verfijning tariefmodel	De zorgkantoren gaan zorgaanbieders clusteren. Zit hier ook een beleidssturingsgedachte achter om organisaties te motiveren om te extramuraliseren?	De systematiek voor onderbouwing van de vertrektariefpercentages staat los van de beleidsdoelstellingen.
323	5.1 Verfijning tariefmodel	“Tarief nieuwe zorgaanbieders” Wij kunnen ons niet vinden in de tariefafslag van 2% voor nieuwe aanbieders. Geldt deze alleen voor nieuwe zorgaanbieders, of ook voor zorgaanbieders die vallen onder "bestaand, maar nieuw voor het zorgkantoor"?	De afslag van 2% voor nieuwe zorgaanbieders geldt alleen voor volledig nieuwe zorgaanbieders.
324	5.1 Verfijning tariefmodel	Wij behouden ons het recht voor om met het bekend worden van de vertrektarieven alsnog bezwaar in te kunnen dienen. De impact en materialiteit van de clusterindelingen is nu namelijk niet te overzien. Wilt u dit bevestigen? Kunt u uw antwoord nader toelichten?	Als u het niet eens bent met de vertrektarieven die worden gepubliceerd in september, kunt u bezwaar maken en/of een kort geding aanhangig maken binnen de termijn van 20 kalenderdagen na datum van publicatie van de definitieve vertrektarieven.
325	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Waar is in Paragraaf 5.2 van het inkoopbeleid beschreven mogelijkheid tot afwijken van het vertrektariefpercentage op gericht?	Deze alinea geeft uitleg wanneer het zorgkantoor kan afwijken van het vertrektariefpercentage.
326	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Klopt het dat er dit jaar geen werkgeversopslag is waar zorgaanbieders gebruik van kunnen maken? Indien ja, waarom is er gekozen om geen werkgeversopslag te geven?	Dat klopt. Dit waren incidentele middelen tijdens de vorige beleidsperiode.
327	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Hoe wordt geborgd dat bestaande aanbieders niet impliciet worden benadeeld ten opzichte van regionale voorkeursinitiatieven of samenwerkingen?	Wij hebben geen regionale voorkeursinitiatieven. Bij regionale samenwerkingsverbanden kan worden samengewerkt op thema.

328	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Onder welke andere dan genoemde voorwaarden kan een zorgkantoor afwijken van het landelijk bepaalde richttarief?	Dit leest u terug in paragraaf 5.2.
329	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Bij de richttariefpercentages gaan jullie ervan uit dat 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat bereikt. Groot Hoogwaak is een kleine organisatie en we kunnen niet zoals sommige collega organisaties compenseren tussen winstgevende locaties en verlieslatende locaties. Als we vanwege het richttarief bij die 25% verlieslatend komen kunnen we geen kant op. Is maatwerk hier mogelijk?	Maatwerk is in uitzonderlijke situaties mogelijk via de hardheidsclausule. U moet dan aantonen dat de tariefsystematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dat u doelmatig zorg levert en dat het voor u geldende tariefpercentage niet kostendekkend is. Wij nemen daarbij onder meer uw financiële positie, organisatiestructuur, mogelijke operationele verbeteringen, zorgplicht en langetermijnperspectief mee. Neem hiervoor contact op met uw zorginkoper; de aanvraag verloopt via het standaard aanvraagformulier.
330	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Wat is het effect op het richttariefpercentage voor een deels intramurale instelling van de correctie voor de NHC/NIC component? Kan dit effect inzichtelijk gemaakt worden door een vergelijking te maken tussen het tarief met en het tarief zonder correctie?	Het effect wordt niet per individuele instelling apart gepubliceerd. In het model worden de NHC/NIC-opbrengsten in mindering gebracht op de ZiN-gerelateerde Wlz-kosten en wordt de vergelijking gemaakt met een 100% NZa-maximumtariefscenario exclusief NHC/NIC. Daarmee heeft de NHC/NIC-correctie effect op het kostenpercentage van de aanbieder en vervolgens op het vertrektarief van het cluster; voor een deels intramurale instelling valt dit binnen cluster B, gedeeltelijk intramuraal. Een vergelijking van het tarief met en zonder correctie is geen onderdeel van de gepubliceerde uitkomsten.
331	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Is er ruimte voor maatwerkafspraken wanneer de systematiek van bekostiging niet aansluit op de zorgvraag?	In uitzonderlijke gevallen, zie paragraaf 5.2.
332	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	“Tarief nieuwe zorgaanbieders” Wij kunnen ons niet vinden in de tariefafslag van 2% voor nieuwe aanbieders. Kan Zorg en Zekerheid toelichten hoe de generieke korting voor nieuwe zorgaanbieders zich verhoudt tot de jurisprudentie van de afgelopen jaren over de reële tarieven die zorgkantoren dienen te hanteren?	In de jurisprudentie is er geen uitspraak gedaan over reële tarieven bij nieuwe zorgaanbieders.
333	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Bij zorgaanbieders die binnen de sector een beperkt spectrum aanbieden (zorgprestaties en zorgzwaarte), kunnen wij ervoor kiezen een lager tariefpercentage aan te bieden. - Kunt u specifiek aangeven u verstaan onder een beperkt spectrum?	We verstaan hieronder het niet leveren van alle prestaties die omschreven staan behorend bij alle functies binnen MPT of alle vereisten binnen het VPT-pakket.

334	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Bij zorgaanbieders die binnen de sector een beperkt spectrum aanbieden (zorgprestaties en zorgzwaarte), kunnen wij ervoor kiezen een lager tariefpercentage aan te bieden. - Kunt u onderbouwen waarom het aanbieden van een beperkt spectrum, een lager tariefpercentage rechtvaardigd?	Dit wordt gerechtvaardigd doordat dat bij een beperkt spectrum vaak lager geschoold of minder personeel wordt ingezet.
335	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Kunt u toelichten welke mogelijke uitkomsten het genoemde aanbod bij een 'beperkt spectrum (zorgprestaties en zorgzwaarte)' kan hebben en in hoeverre het zorgkantoor daarbij beleidsruimte heeft om het tarief aan te passen?	Indien u zorg levert in een beperkt spectrum kunt u met uw inkoper hierover in gesprek. De beleidsruimte staat in paragraaf 5.2 omschreven.
336	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Kunt u toelichten hoe wordt omgegaan met zorgaanbieders die een 'beperkt spectrum aanbieden (zorgprestaties en zorgzwaarte)' en zich rond de door het zorgkantoor gehanteerde grens bevindt en hoe een consistente toepassing wordt geborgd?	Deze vraag kunnen we niet beantwoorden omdat dit altijd maatwerk betreft. We bespreken dit met betreffende aanbieders tijdens de inkoopdialoog.
337	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Bij zorgaanbieders die binnen de sector een beperkt spectrum aanbieden (zorgprestaties en zorgzwaarte), kunnen wij ervoor kiezen een lager tariefpercentage aan te bieden. - Verbindt u hier een uiterlijke afslag aan vast? Zo niet, waarom niet en tot hoever wilt u een afslag kunnen hanteren?	We verbinden hier geen maximumafslag aan. Het uitgangspunt is dat de tarieven kostendekkend blijven.
338	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	Kunnen ons niet vinden in tariefafslag 2% nieuwe aanbieders. Is onderzocht of deze veronderstellingen (minder bijdrage aan regio ontwikkeling, niet volledige breedte van zorg en lager dan gem. zorgzwaartemix binnen ZZP) ook gelden voor nw zorgaanbieders die reeds langdurig ervaring hebben binnen de V&V als gecontracteerde partij met andere zorgkantoren maar nog zonder Wlz-overeenkomst met Z&Z?	Nee, onze tarieven niet zijn gebaseerd op de feitelijke situatie van de zorgaanbieder, behoudens de HHC.
339	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	"Tarief nieuwe zorgaanbieders" Kan Zorg en Zekerheid bevestigen dat een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de genoemde omstandigheden omstandigheden (actieve bijdrage leveren aan de regionale ontwikkeling, de volledige breedte van de zorg binnen een afgesproken prestatie leveren en niet lager dan gemiddelde zorgzwaartemix binnen het ZZP) niet met deze korting geconfronteerd wordt?	Nee, alle nieuwe aanbieders krijgen deze afslag.

340	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	"Tarief nieuwe zorgaanbieders" Wij kunnen ons niet vinden in de tariefafslag van 2% voor nieuwe aanbieders. Wij nemen aan dat de tariefafslag niet automatisch permanent zal zijn. Kan Zorg en Zekerheid bevestigen dat een zorgaanbieder die op enig moment aantoonbaar voldoet aan de genoemde omstandigheden niet langer met deze korting geconfronteerd zal worden?	De korting voor een nieuwe zorgaanbieder geldt voor de duur van het éénjarige contract.
341	5.2 Wanneer wijken wij af van het vertrektariefpercentage?	"Tarief nieuwe zorgaanbieders" Wij kunnen ons niet vinden in de tariefafslag van 2% voor nieuwe aanbieders. Op welke wijze heeft Zorg en Zekerheid onderzocht of een individuele beoordeling van de betreffende zorgaanbieder mogelijk is?	Onze tarieven zijn niet gebaseerd op de feitelijke situatie van de zorgaanbieder, behoudens de HHC.
342	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Bezwaar: het betrekken van financiële reserves bij de beoordeling van de financiële positie in de hardheidsclausule achten wij onjuist, aangezien deze reserves veelal bestemd zijn voor toekomstige investeringen en daarmee geen reëel beeld geven van de actuele financiële positie.	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

343	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Kunt u concreet aangeven: 1. welke financiële en inhoudelijke criteria hanteert bij beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. 2. hoe zwaar eigen vermogen/reserves meewegen. 3. welke operationele verbeteringen worden verwacht? 4. wanneer sprake is van een "onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg"?	1) Uw organisatie moet aantonen dat de zorg op een doelmatige manier geleverd wordt en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens toont uw organisatie aan dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn (zie criteria inkoopbeleid). 2) Wij gaan na of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van het eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen beschikbaar is. 3) Doelmatigheid speelt een rol bij de beoordeling van een beroep op de hardheidsclausule. Hierbij wordt o.a. gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn, bijv.
344	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	In de hardheidsclausule staat dat de financiële positie van de zorgaanbieder mede wordt beoordeeld aan de hand van de beschikbare financiële reserves. Wij maken bezwaar tegen het betrekken van doelreserves en voorzieningen die zijn gevormd voor toekomstige investeringen en langetermijnverplichtingen. Kunt u bevestigen dat deze buiten beschouwing blijven bij de beoordeling van de financiële positie?	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
345	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Kunnen zorgkantoren bevestigen dat het uitgangspunt dat de inzet van de NHC niet ten koste mag gaan van de toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed, ook wordt gehanteerd bij toepassing van de hardheidsclausule waarin eigen vermogen en financiële reserves worden meegewogen?	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.

346	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	U stelt dat aanbieders in uitzonderlijke gevallen een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule bij onredelijke benadeling. Hoe moet 'uitzonderlijk' worden geïnterpreteerd? Heeft dit betrekking op de casuïstiek (die meerdere aanbieders kan raken) of op het aantal aanbieders dat ermee te maken heeft? Graag toelichting.	Dit betreft het aantal zorgaanbieders. Afgelopen jaar was het aandeel zorgaanbieders dat een beroep heeft gedaan en in aanmerking kwam voor een afspraak op basis van de hardheidsclausule zeer beperkt.
347	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Zorgaanbieders waarvoor het geldende vertrektariefpercentage aangevuld met eventuele regionale aanvullende afspraken op basis van dit beleid aantoonbaar niet kostendekkend is, kunnen een beroep doen op de hardheidsclausule. Hoe moet de zorgaanbieder aantonen dat het niet kostendekkend is? Wat komt er zoals aan de orde in het standaard vragenformulier?	"Een zorgaanbieder toont aan dat het tarief niet kostendekkend is door het volledig invullen van het landelijk HHC-formulier, waarin inzicht wordt gegeven in de (verwachte) exploitatie. Kort samengevat komt het volgende aan de orde: Financiële gegevens: opbrengsten en kosten voorgaande jaren, verwachte opbrengsten en kosten (o.a. op basis van begroting/voorspelling), leidend tot het verwachte bedrijfsresultaat. Splittings naar domein: duidelijke scheiding tussen Wlz-kosten en overige activiteiten, inclusief toelichting op eventuele schattingen. Structureel vs. incidenteel: onderscheid en toelichting op eenmalige baten en lasten. Toelichtingen op afwijkingen: onderbouwing van opvallende verschillen (bijv. t.o.v. eerdere jaren) en keuzes in de aanlevering. Aanvullende context: zoals organisatiedata (en eventueel organogram), reserves en relevante documentatie."
348	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	U geeft aan dat aanbieder gebruik kan maken van HHC als het basistarief percentage niet kostendekkend is en tot grote verliezen leidt. Ervaring leert dat als er voldoende eigen vermogen is om verliezen in het jaar t+1 op te vangen er geen positieve uitkomst is op de HHC. Is het niet passender dit ook op deze manier in de toelichting op de HHC in de tekst van het inkoopdocument op te nemen?	Nee, wij passen de toelichting niet op deze manier aan. Bij een beroep op de hardheidsclausule nemen wij de financiële positie, organisatiestructuur, mogelijke operationele verbeteringen, zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee; bij de financiële positie kijken wij onder meer naar het eigen vermogen en de financiële reserves. Dat betekent niet dat voldoende eigen vermogen automatisch tot afwijzing leidt: de beoordeling blijft afhankelijk van de individuele situatie en alle genoemde factoren.

349	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Er wordt aangegeven dat ook de financiële reserves van de zorgaanbieder worden betrokken bij beoordeling van de financiële positie. Veel reserves worden gecreëerd met het oog op investeringen op lange(re) termijn. Wij hebben er bewaar tegen dat deze worden betrokken bij de beoordeling. Kunt u dit aanpassen?	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
350	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Onvoorzien wordt hier uitgelegd als onverwacht effect van de tariefsystematiek. Zorgorganisaties hebben te maken met kostenstijgingen. Het is geen onverwacht effect van de tariefsystematiek dat een organisatie die doelmatig zorg levert dat voor het geldende tariefpercentage niet kostendekkend kan doen. Kunnen deze organisaties dan geen beroep doen op de hardheidsclausule? Kunt u dat toelichten?	De tariefsystematiek beoogt een reëel tarief te bieden voor een redelijke efficiënt functionerend zorgaanbieder. Het is echter mogelijk dat de tariefsystematiek leidt tot een onverwacht effect waarbij een individuele zorgaanbieder geen kostendekkend tarief ontvangt. In die gevallen kan een zorgaanbieder beroep doen op de hardheidsclausule ervan uitgaande dat de zorgaanbieder doelmatig werkt en aan de overige voorwaarden voldoet. Doordat het vertrektariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het vertrektarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.

351	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	In het inkoopbeleid staat dat bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen ook de zorgplicht wordt meegenomen. Hoe moeten wij dit interpreteren? Het zorgkantoor heeft vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende en passend zorgaanbod voor hun klanten te borgen. Als de zorgplicht in het geding is, leidt dat dus tot honorering van de hardheidsclausule. Klopt dat?	De criteria voor de hardheidsclausule staan in het inkoopbeleid. U toont aan dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Ook toont u aan dat er onvoldoende eigen vermogen e/o financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Tot slot bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling van de aanvraag. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit doen we conform de toelichting in het inkoopbeleid. De zorgplicht is dus een van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling van een aanvraag. Als de zorgplicht in het geding is, leidt dus niet automatisch tot honorering van de hardheidsclausule.
352	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Hoe motiveren zorgkantoren dat bij toepassing van de hardheidsclausule van zorgaanbieders verwacht kan worden eigen vermogen of reserves aan te spreken voor zorgverlening, wanneer dit mogelijk ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van zorgvastgoed?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling. Vervolgens beoordelen wij of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van het eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen beschikbaar is.
353	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Kunt u aangeven op welk juridisch kader het is gebaseerd dat bij de hardheidsclausule de financiële positie en reserves op concernniveau worden betrokken, ook bij beursgenoteerde VPT-aanbieders?	Bij het meewegen van het eigen vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Beursgenoteerde VPT aanbieders worden in het kader van gelijkheid niet anders behandeld dan andere aanbieders.

354	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	U stelt in paragraaf 7.5 dat bij de beoordeling onder meer wordt gekeken naar financiële positie, eigen vermogen en financiële reserves. Kunt u toelichten op welke wijze u waarborgt dat doelreserves en investeringen voor wonen en services niet leiden tot een onjuiste beoordeling van de kostendekkendheid van Wlz-zorg?	Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling. Vervolgens beoordelen wij of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen waarbij onder andere gekeken wordt naar het eigen vermogen van de organisatie. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van het eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen beschikbaar is.
355	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	U stelt dat de financiële positie bij de hardheidsclausule mede wordt bepaald aan de hand van reserves. Kunt u verduidelijken of doelreserves en voorzieningen hierin worden meegenomen, en op welke gronden? Bent u bereid deze expliciet uit te sluiten? Zo nee, waarom niet?	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.
356	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Hoe werkt de hardheidsclausule als blijkt dat de NHC/NIC-correctie voor de zorgaanbieder nadelig uitpakt ten aanzien van haar vastgoedportefeuille?	Als de verfijning van het tariefmodel impact heeft kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule als u aan de voorwaarden voldoet zoals toegelicht in de paragraaf over de hardheidsclausule.

357	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Wat wordt verstaan onder aantoonbaar maken dat een tarief niet kostendekkend is voor de hardheidsclausule? Graag toelichting met voorwaarden.	Een zorgaanbieder toont aan dat het tarief niet kostendekkend is door het volledig invullen van het landelijk HHC-formulier, waarin inzicht wordt gegeven in de (verwachte) exploitatie. De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule.
358	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Is hier een landelijk kader voor zodat ieder aanbieder juridisch gelijkwaardig wordt behandeld en niet op (gedeeltelijke) willekeur per zorgkantoor?	Ja, er is een landelijk aanvraagformulier en de zorgkantoren beoordelen de aanvragen op uniforme wijze.
359	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	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. --> kunnen jullie dit concreet maken, bijvoorbeeld met een rekenvoorbeeld?	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.

360	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Deze vraag moet worden gelezen als tijdig en uitdrukkelijk bezwaar. Kunt u toelichten hoe binnen de systematiek van de hardheidsclausule wordt geborgd dat bij het betrekken van onder meer het eigen vermogen en de financiële reserves van de aanbieder, bestemmingsreserves, continuïteitsreserves en middelen voor langetermijninvesteringen adequaat en herkenbaar worden beschermd?	We handhaven ons beleid. Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het begrote tekort op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten bij uw aanvraag en te verwijzen naar uw jaarverslag. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling. Er staat geen mogelijkheid open tot het indienen van bezwaar tegen het zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren. Indien u het niet eens bent met het Zorginkoopbeleid Wlz van zorgkantoren en de in verband daarmee gepubliceerde Nota van Inlichtingen verwijzen we u naar de paragraaf in het zorginkoopbeleid van uw zorgkantoor, waarin de juridische procedure beschreven is.
361	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	De NZa voert Wlz kostprijsonderzoeken uit. In de NZa tarieven zit geen opslag voor winstmarge die zorginstellingen nodig hebben om te verduurzamen, te innoveren. Desondanks doen zorgkantoren een afslag op dit tarief. Een afslag van 4% betekent voor ons ten opzichte van de kostprijs van de NZa een netto resultaatsverslechtering van € 2,5 miljoen (!). Gegeven de lage rendementsmarge	Het is voor ons onduidelijk wat uw vraag is. We kunnen deze daarom niet beantwoorden.
362	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Welke hardheidsclausule hanteert het zorgkantoor als de feitelijke inflatie of de stijging van de personeelslasten (boven de OVA-ruimte) in 2027 ertoe leidt dat het toegekende clustertarief niet meer kostendekkend is?	Doordat het vertrektariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het vertrektarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. U kunt bij uw Zorgkantoor een aanvraagformulier (format) hardheidsclausule opvragen.

363	5.3 Wat kan de hardheidsclausule voor u betekenen?	Kunt u toelichten welke gegevens en berekeningen zorgaanbieders moeten aanleveren om niet-kostendekkendheid aan te tonen en hoe de hardheidsclausule in dat geval wordt toegepast? Wordt daarbij gekeken naar begroting 2027, realisatiecijfers, kostprijsberekeningen, benchmarkgegevens of een combinatie hiervan?	Een zorgaanbieder toont aan dat het tarief niet kostendekkend is door het volledig invullen van het standaard HHC-formulier, waarin inzicht wordt gegeven in de (verwachte) exploitatie. De criteria voor de hardheidsclausule zijn toegelicht in het inkoopbeleid. Uw organisatie dient aan te tonen dat uw organisatie op dit moment op een doelmatige manier de zorg levert en het voor u geldende tariefpercentage voor uw organisatie niet kostendekkend is om onverwachte en onvoorziene redenen. Eveneens dient uw organisatie aan te tonen dat er onvoldoende eigen vermogen en/of financiële reserves aanwezig zijn om het begrote tekort te dekken. Ten slotte bekijken wij of er operationele verbetermogelijkheden zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte en de bedbezetting. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken voor de hardheidsclausule.
364	5.5 Hoe financieren wij maatwerkafspraken?	Hoe wordt geborgd dat deze systematiek niet leidt tot willekeur of indirecte beperking van zorgaanbod?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. We beantwoorden hem daarom niet.
365	5.5 Hoe financieren wij maatwerkafspraken?	U stelt dat middelen worden gereserveerd voor specifieke doeleinden. Welke concrete criteria bepalen de inzet van deze middelen en hoe wordt transparantie richting aanbieders geborgd?	Deze vraag heeft geen betrekking op het inkoopdocument. We beantwoorden hem daarom niet.
366	5.5 Hoe financieren wij maatwerkafspraken?	Hoe wordt geborgd dat inzet van gereserveerde middelen niet leidt tot bevoordeling van specifieke partijen of samenwerkingsverbanden?	Deze vraag heeft geen betrekking op deze paragraaf. We beantwoorden hem daarom niet.
367	5.5 Hoe financieren wij maatwerkafspraken?	Hoe wordt geborgd dat aanbieders invloed hebben op deze bijstelling en niet slechts geconfronteerd worden met eenzijdige aanpassingen?	Voorafgaand aan een bijstelling voeren wij een inhoudelijke dialoog met het samenwerkingsverband.
368	5.5 Hoe financieren wij maatwerkafspraken?	Wanneer bij zorgaanbieders maatwerkbudget wordt teruggevorderd gaan wij ervanuit dat het opvolgende jaar meer beschikbaar komt. Graag zien wij dit bevestigd. Zo niet, een toelichting waarom dan niet.	Nee, binnen de Wlz werken we met gesloten boekjaren. Geld kan in principe niet mee naar een volgend jaar.
369	6. Financieel beleid	Op basis van welke criteria kunnen we als bestaande VVT aanbieder in 2027, 2028 of 2029 een ophoging van volume/budget krijgen wanneer de regionale vraagontwikkeling aantoonbaar hoger uitvalt dan de uitgangspositie?	Om groei op te vangen wordt de financiële cyclus gevolgd (zie Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/). Bespreek bijzondere gevallen altijd met uw zorginkoper.
370	6. Financieel beleid	wij verwachten groei als MPT organisatie. hoe kan het zorgkantoor ook garanderen dat die groei vergoed wordt?	Het zorgkantoor kan niet garanderen dat groei vergoed wordt. Zie de tabel in hoofdstuk 6.2 wat er vergoed wordt bij een wel en niet passend budgettair kader.

371	6. Financieel beleid	Hoe kunnen wij groeien als MPT partij met de visie MPT voor VPT als er 5% minder volume wordt toegekend	Groei van MPT kan in bepaalde gevallen worden ingebracht bij deerschikking. In paragraaf 6.2 leest u hoe de herschikking wordt uitgevoerd. Overigens wordt er niet 5% minder volume toegekend, de (95%) budgetafpraak is gegarandeerd in de herschikking.
372	6. Financieel beleid	In paragraaf 6.2 wordt groei van VPT in de V&V-sector niet geprioriteerd. Hoe verhoudt dit zich tot de regionale visie waarin langer thuis wonen en nieuwe woonvormen met zorg in nabijheid centraal staan?	Wanneer u niet-geprioriteerde groei verwacht, dient u dit tijdig in de cyclus (uiterlijk 1 juni) te melden bij uw zorginkoper. In overleg met ons kunnen wij niet-geprioriteerde groei toestaan in de herschikking.
373	6. Financieel beleid	Geldt het niet prioriteren van VPT-groei ook voor geclusterde VPT-concepten, of maakt Zorg en Zekerheid onderscheid tussen ongeclusterd VPT thuis en geclusterd VPT binnen woonzorgconcepten?	We maken hierin geen onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde VPT.
374	6. Financieel beleid	Hoe betreft Zorg en Zekerheid bij het groei- en capaciteitsbeleid dat binnen geclusterde VPT-concepten de zorgzwaarte toeneemt en ook zwaardere profielen, waaronder VV7, worden ondersteund?	Wanneer u niet-geprioriteerde groei verwacht, dient u dit tijdig in de cyclus (uiterlijk 1 juni) te melden bij uw zorginkoper. In overleg met ons kunnen wij niet-geprioriteerde groei toestaan in de herschikking.
375	6. Financieel beleid	Hoe wordt het uitgangspunt van budgettering op basis van productie t-1 (95%) passend gemaakt in situaties van aantoonbare groei van zorgvraag of noodzakelijke transitie-investeringen?	Om groei op te vangen wordt de financiële cyclus gevolgd (zie Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/). Bespreek bijzondere gevallen altijd met uw zorginkoper. Transitie-investeringen worden niet via prestaties vergoed.
376	6. Financieel beleid	Budget tussen leveringsvormen uitruilen is niet toegestaan, uitgezonderd de overheveling van productie van intramuraal/VPT naar MPT die wij hebben goedgekeurd. De keuze voor een leveringsvorm is conform de Wlz echter aan de cliënt en niet aan het zorgkantoor of de zorgaanbieder. het budget, tussen de leveringsvormen, dient de keuze van de cliënt te volgen. Hoe ziet het zorgkantoor dit?	Het zorgkantoor koopt zorg in per leveringsvorm. Het uitruilen van budget tussen leveringsvormen is niet toegestaan. Wij streven ernaar voldoende passende zorg in te kopen om zo te voldoen aan onze zorgplicht. U kunt teruglezen hoe wij omgaan met eventuele overproducties op de verschillende leveringsvormen in de herschikking en nacalculatie in paragraaf 6.2 en 6.3.
377	6. Financieel beleid	6.2: Groei van VPT in de V&V-sector niet wordt geprioriteerd bij herschikking. Wat is de visie van Zorg en Zekerheid op een passende vorm van zorg voor mensen met dementie? Zij kunnen echter niet altijd thuis blijven wonen. Wij gaan hiertegen in bezwaar en gaan graag in gesprek met Zorg en Zekerheid over het leveren van een passende vorm van zorg voor mensen met dementie.	Wanneer u niet-geprioriteerde groei verwacht, dient u dit tijdig in de cyclus (uiterlijk 1 juni) te melden bij uw zorginkoper. In overleg met ons kunnen wij niet-geprioriteerde groei toestaan in de herschikking.

378	6. Financieel beleid	6.2: Z&Z geeft aan geen prioriteit te geven aan groei van VPT. Het kan zijn dat in 2026 een VPT-locatie niet vol zat maar gedurende 2027 wel vol komt te zitten. Is er dan een risico dat de aanbieder niet alle declaraties vergoed krijgt?	Groei in VPT valt onder niet geprioriteerde groei. Er is een mogelijkheid dat niet alle declaraties (volledig) vergoed worden in het geval van een overproductie op deze leveringsvorm. Wanneer u niet-geprioriteerde groei verwacht, dient u dit tijdig in de cyclus (uiterlijk 1 juni) te melden bij uw zorginkoper. In overleg met ons kunnen wij niet-geprioriteerde groei toestaan in de beschikking.
379	6. Financieel beleid	Doelmatige uitbreiding aanbod MPT: welke groeicriteria hanteert ZenZ voor MPT? En komt VPT nog in aanmerking voor groei of uitsluitend substitutie?	Zorg en Zekerheid hanteert geen criteria voor groei in MPT, behalve dat dit doelmatige inzet van zorg is. Groei in VPT wordt geschaard onder niet geprioriteerde groei.
380	6. Financieel beleid	De productieafspraken bij de NZa wordt op €1 gesteld. Welke rechtsmiddelen hebben zorgaanbieders bij een geschil over volume of betaling, en op welke wijze zijn de bilateraal vastgelegde afspraken juridisch afdwingbaar?	De productieafspraken bij de NZa van €1 doet niet af aan de bilaterale afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Afspraken over prestaties en tarieven maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst; ook de ondertekende afspraken over prestaties en tarieven en zorgaanbiedergebonden afspraken maken onderdeel uit van de overeenkomst. De vergoeding vindt plaats overeenkomstig de gemaakte afspraken op grond van de NZa-beleidsregels en de overeenkomst inclusief bijlagen. Bij een geschil proberen partijen dit eerst samen op te lossen; lukt dat niet, dan kan het geschil worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering bij het NAI of aan de bevoegde rechtbank te Den Haag.
381	6. Financieel beleid	U stelt dat bij een "niet passende" manoeuvreerruimte de tekorten evenredig worden verdeeld. Op basis van welke verdeelsleutel vindt evenredige verdeling plaats?	Het tekort wordt relatief (o.b.v. marktaandeel) verdeeld over het totaal van 5% manoeuvreerruimte en geprioriteerde groei.
382	6. Financieel beleid	U stelt dat bij een "niet passende" manoeuvreerruimte een gecorrigeerde vergoeding plaatsvindt voor "groei zonder akkoord" na de onderdelen 1 en 2. Als er al tekorten bij onderdeel 2 zijn, dan ligt voor de hand dat er bij onderdeel 3 geen budget meer is (anders zou er geen tekort in 2 zijn). Wordt in deze situatie niets uitgekeerd bij onderdeel 3?	In deze situatie wordt er een correctie gedaan op niet geprioriteerde groei. Na deze correctie valt deze groei onder geprioriteerde groei en wordt dus onderdeel van het evenredig verdelen van de tekorten.
383	6. Financieel beleid	U stelt bij scenario 1 (passend budget) voor groei zonder prioriteit en zonder akkoord vooraf een gecorrigeerde vergoeding plaatsvindt Is dit altijd het geval bij voldoende budget?	Bij een passend budget wordt niet geprioriteerde groei gecorrigeerd.
384	6. Financieel beleid	Waarom wordt groei van VPT in de V&V-sector niet als prioritaire groei beschouwd? En hoe verhoudt dit zich tot de landelijke beweging om zorg langer thuis te organiseren?	In overeenstemming met het HLO is MPT voorliggend op VPT.

385	6. Financieel beleid	U stelt dat een clicksystematiek wordt toegepast. Welke concrete parameters bepalen deze systematiek en hoe wordt geborgd dat aanbieders vooraf inzicht hebben in de financiële effecten?	In het inkoopdocument wordt geen clicksystematiek benoemd. Wij beantwoorden deze vraag daarom niet.
386	6. Financieel beleid	Hoe wordt geborgd dat budgetsturing via dit systeem niet leidt tot onvoorspelbaarheid of ongelijkheid tussen aanbieders?	Er wordt in het inkoopdocument niet gesproken over budgetsturing. Ook is "het systeem" ons niet bekend. Wij beantwoorden deze vraag daarom niet.
387	6. Financieel beleid	U stelt dat overproductie wordt vergoed onder bepaalde voorwaarden. Op basis van welke concrete criteria wordt bepaald of overproductie wordt vergoed?	In paragraaf 6.2 kunt u lezen hoe we omgaan met overproductie.
388	6. Financieel beleid	U stelt dat overschrijding van contracteerruimte kan optreden. Hoe wordt bepaald welke aanbieders worden geraakt en op basis van welke objectieve criteria deze verdeling plaatsvindt?	Dit leest u in paragraaf 6.2 en 6.3.
389	6. Financieel beleid	U stelt dat herschikking en nacalculatie plaatsvinden. Welke concrete criteria en besluitregels worden gehanteerd bij deze bijstelling?	Dit kunt u nalezen in paragraaf 6.2 en 6.3.
390	6. Financieel beleid	Hoe wordt geborgd dat herschikking niet leidt tot structurele verschuiving van productie naar partijen met grotere regionale invloed?	In paragraaf 6.2 leest u alles over de herschikking.
391	6. Financieel beleid	U stelt dat circa 95% van de budgetafsprake wordt geborgd en het resterende deel afhankelijk is van herschikking. In hoeverre biedt dit feitelijke financiële zekerheid voor aanbieders, en hoe worden risico's van deze onzekerheid verdeeld?	Het resterende deel is afhankelijk van het budgettair kader (zie beleidsregel Budgettair Kader Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_803145_22/2/).
392	6. Financieel beleid	U koppelt budgetafspraken aan contracteerruimte en aanvullende besluitvorming. Hoe wordt geborgd dat aanbieders vooraf voldoende inzicht hebben in hun minimale en maximale financiële positie?	Zie hoofdstuk 6.1 voor informatie over de comfortbrief.
393	6. Financieel beleid	U stelt dat budgetten mede afhankelijk zijn van ontwikkelingen gedurende het jaar. Onder welke concrete omstandigheden kunnen budgetten worden aangepast en hoe wordt rechtszekerheid voor aanbieders geborgd?	Ontwikkelingen gedurende het jaar volgen de financiële cyclus (zie Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/).
394	6. Financieel beleid	U stelt dat herschikking plaatsvindt op basis van prioritering van groei. Welke concrete criteria bepalen welke groei wordt geprioriteerd en hoe worden deze vooraf kenbaar gemaakt?	In hoofdstuk 6.2 staat hoe groei wordt geprioriteerd.
395	6. Financieel beleid	U stelt dat niet-geprioriteerde groei kan worden gecorrigeerd of niet wordt vergoed. Waar ligt het financiële risico voor aanbieders en hoe wordt geborgd dat dit risico niet onevenredig wordt verdeeld?	In hoofdstuk 6.2 staat hoe niet geprioriteerde groei wordt gecorrigeerd.

396	6. Financieel beleid	U stelt dat productieafspraken worden bijgesteld viaerschikking en overleg. Welke invloed hebben aanbieders op deze bijstelling en hoe wordt geborgd dat deze niet eenzijdig plaatsvindt?	Dit gebeurt in overleg met uw zorginkoper.
397	6. Financieel beleid	U stelt dat groei afhankelijk is van contracteerruimte en prioritering. Hoe wordt geborgd dat deze systematiek niet leidt tot indirecte beperking van zorgaanbod voor bepaalde aanbieders?	Tekorten worden evenredig verdeeld en de prioritering is uniform.
398	6. Financieel beleid	U stelt dat bijerschikking keuzes worden gemaakt tussen aanbieders. Hoe wordt geborgd dat deze keuzes objectief, transparant en niet-discretionair plaatsvinden?	Wij voeren deerschikking non-discriminatoire uit. Dit leest u in paragraaf 6.2.
399	6. Financieel beleid	U stelt dat regionale ontwikkelingen worden meegewogen bijerschikking. Hoe wordt voorkomen dat partijen met een sterke regionale positie onevenredig profiteren van deze systematiek?	Regionale ontwikkelingen worden non-discriminatoire meegenomen in deerschikking.
400	6. Financieel beleid	U stelt dat niet-geprioriteerde productie niet wordt vergoed. Onder welke omstandigheden kan dit leiden tot structurele afbouw van zorg en welke overgangsvoorwaarden gelden dan?	We stellen niet dat niet-geprioriteerde productie niet wordt vergoed. Op het moment dat het Wlz kader structureel tekort schiet, zal de zorg structureel afgebouwd moeten worden. Er zijn geen overgangsvoorwaarden. Door periodieke uitnutting te publiceren geven wij inzicht in het kader. Op basis hiervan kan een aanbieder zelf een inschatting maken van eventuele risico's.
401	6. Financieel beleid	U stelt dat productieafspraken afhankelijk zijn van contracteerruimte en prioritering. Hoe wordt geborgd dat deze systematiek niet leidt tot strijd met de zorgplicht richting cliënten?	Er wordt aan de zorgplicht richting cliënt voldaan door passende en doelmatige zorg in te kopen.
402	6. Financieel beleid	U stelt dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor productie binnen afgesproken kaders. Hoe wordt geborgd dat aanbieders niet financieel worden gestraft bij toenemende zorgvraag die buiten hun invloed ligt?	Zorg en Zekerheid is afhankelijk van het budgettaire kader (zie beleidsregel Budgettaire Kader Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_803145_22/2/).
403	6. Financieel beleid	U stelt dat productie kan worden beperkt of bijgesteld. Op basis van welke concrete criteria gebeurt dit en hoe worden deze vooraf kenbaar gemaakt aan aanbieders?	In paragraaf 6.1 leest u hoe wij het budget vaststellen. In 6.2 leest u hoe we productie bijstellen in het kader van deerschikking.
404	6. Financieel beleid	U stelt dat bijstelling plaatsvindt op basis van ontwikkelingen in de regio. Hoe wordt geborgd dat deze bijstelling leidt tot een evenwichtige verdeling van zorg over aanbieders?	De vraag is onduidelijk. Wij beantwoorden hem daarom niet.
405	6. Financieel beleid	U stelt dat productieafspraken worden gemonitord en aangepast. Welke concrete indicatoren worden hierbij gebruikt en hoe kunnen aanbieders deze beoordeling toetsen en betwisten?	Ontwikkelingen gedurende het jaar volgen de financiële cyclus (zie Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/).

406	6. Financieel beleid	U stelt dat groei van productie afhankelijk is van beschikbare middelen. Hoe wordt geborgd dat cliënten niet worden doorverwezen of geweigerd als gevolg van budgettaire beperkingen?	Wij hebben geen invloed op het handelen (doorverwijzen of weigeren) van zorgaanbieders bij budgettaire beperkingen.
407	6. Financieel beleid	U stelt dat zorgaanbieders moeten voldoen aan landelijke en regionale deadlines voor het aanleveren van financiële gegevens. Welke concrete deadlines gelden hierbij en hoe wordt geborgd dat deze termijnen uitvoerbaar zijn voor aanbieders?	De deadlines staan in de tabel in hoofdstuk 6.4. Zorg en Zekerheid informeert ruim van tevoren de stappen en de documentatie die nodig zijn om deze deadlines te halen.
408	6. Financieel beleid	U stelt dat bij te late aanlevering zonder voorafgaande afstemming het tarief voor het volgende jaar kan worden verlaagd. Op basis van welke concrete criteria wordt deze maatregel toegepast en hoe wordt proportionaliteit geborgd?	Het criterium is te late aanlevering zonder voorafgaande afstemming.
409	6. Financieel beleid	U verbindt een financiële sanctie aan administratieve onvolkomenheden. Hoe wordt geborgd dat deze sanctie in verhouding staat tot de ernst van de tekortkoming en losstaat van de kwaliteit van de zorgverlening?	De vraag is onduidelijk. Wij beantwoorden deze daarom niet.
410	6. Financieel beleid	U stelt dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor tijdige en volledige aanlevering van gegevens. Welke herstel mogelijkheden bestaan bij onvolledige of te late aanlevering en binnen welke termijn kunnen aanbieders dit corrigeren?	Binnen de bestaande deadlines is ruimte voor correcties van onvolledige of niet op tijd ingediende gegevens.
411	6. Financieel beleid	U stelt dat bij afwijkingen maatregelen kunnen worden genomen die doorwerken in het volgende jaar. Hoe wordt geborgd dat aanbieders vooraf worden gehoord en hun zienswijze kunnen geven voordat een dergelijke maatregel wordt toegepast?	Dit is in overleg met uw zorginkoper.
412	6. Financieel beleid	U hanteert een systematiek waarbij administratieve processen doorwerken in tariefstelling. Hoe wordt geborgd dat deze systematiek niet leidt tot indirecte differentiatie tussen aanbieders op basis van administratieve capaciteit?	Een goede bedrijfsvoering is de basis voor het leveren van passende en doelmatige zorg. De administratie dient op orde te zijn.
413	6. Financieel beleid	U stelt dat landelijke eisen leidend zijn voor de financiële cyclus. Hoe wordt geborgd dat interpretatie en toepassing van deze eisen door Zorg & Zekerheid transparant en consistent plaatsvindt?	Voor meer informatie over de financiële cyclus zie de Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/ .
414	6. Financieel beleid	U stelt dat afstemming vooraf noodzakelijk is om sancties te voorkomen. Welke concrete eisen gelden voor deze afstemming en hoe wordt geborgd dat deze voor alle aanbieders gelijk toegankelijk is?	De vraag is onduidelijk. We beantwoorden deze daarom niet.

415	6. Financieel beleid	Hoe wordt omgegaan met situaties waarin meerdere zorgaanbieders binnen een regio gelijktijdig groeien binnen het 95%-kader, terwijl het macrobudget ontoereikend is om deze groei te honoreren?	Wij gaan er vanuit dat 95% van het budget wat vastgesteld wordt in de budgettering, binnen de regionale ruimte valt. Groei is productie boven 100% en valt dus niet binnen 95% productieafspraken.
416	6. Financieel beleid	Kunt u toelichten welke ruimte het voorliggende inkoopbeleid biedt voor uitbreiding van intramurale behandelcapaciteit, nu is aangegeven dat er geen (geprioriteerde) groeimogelijkheden zijn voor behandeling?	Zorg en Zekerheid ziet geen ruimte om intramuraal behandelcapaciteit uit te breiden in de V&V sector, vanwege een hoger gemiddeld percentage behandeling dan landelijk met bijbehorende consequenties in het verdeelmodel.
417	6. Financieel beleid	Welke criteria en afwegingskaders hanteert het zorgkantoor bij verzoeken tot (her)verdeling of uitbreiding van intramurale behandeling binnen de regio, gelet op de toenemende zorgvraag en het uitgangspunt van passende behandeling?	Wij hanteren hiervoor geen criteria of afwegingskaders. We stimuleren samenwerking en het bespreken van een gezamenlijke aanpak van behandeling in de V&V sector binnen de regio.
418	6. Financieel beleid	Wij kunnen andere afspraken maken met zorgaanbieders waarbij de strikte scheiding tussen de verschillende leveringsvormen wordt losgelaten. Dit spreken we af op het moment dat we het budget bepalen. Wanneer is dat dan precies?	Zorg en Zekerheid informeert ruim van tevoren de planning van de financiële cyclus op de website. Daarnaast is dit in overleg met uw zorginkoper, waarmee dit wordt afgestemd.
419	6. Financieel beleid	Wij kunnen andere afspraken maken met zorgaanbieders waarbij de strikte scheiding tussen de verschillende leveringsvormen wordt losgelaten. Hoe kunnen we aangeven dat we hier (afhankelijk van voorwaarden) interesse in hebben?	Interesse hierin kan worden aangegeven bij uw zorginkoper.
420	6. Financieel beleid	Graag ontvangen wij een nadere concrete toelichting (met voorbeeld van uitwerking) op wat wordt bedoeld met, dit corrigeren wij met het tarief zonder behandeling? Dit is niet helder.	De groei van behandeling wordt gecorrigeerd met het tarief zonder behandeling. Dit betekent dat de prestatie met behandeling wordt afgetrokken van dezelfde prestatie zonder behandeling om het verschil in tarief te berekenen. Dit wordt vermenigvuldigd met de groei van het aantal vergoede prestaties. Bijvoorbeeld: de groei van Zo63 is 10 vergoede prestaties. Het tarief Zo63 - Zo61 = €30,-. Dan is de correctie $10 * €30,- = €300,-$.
421	6. Financieel beleid	Geldt de data analyse alleen voor niet geprioriteerde groei voor wat betreft corrigeren in de beschikking of ook voor geprioriteerde groei?	Geprioriteerde groei wordt niet gecorrigeerd (op basis van data-analyses en spiegelinformatie).
422	6. Financieel beleid	Overproductie t.o.v. definitieve afspraak in de beschikking is voor eigen risico. Graag helderder verwoorden dat het om overproductie boven beschikking waarde is zodat discussie wordt voorkomen.	We hebben dit verwerkt in het inkoopbeleid.

423	6. Financieel beleid	Fouten in tabel: rondom deadlines soms wordt 2026 genoemd waar 2027 moet staan en soms zelfs 2028. Graag aanpassen om verwarring te voorkomen.	We passen dit aan in het inkoopbeleid.
424	6. Financieel beleid	Waarom is bij crisis gekozen voor een bezetting van 50% a 70% om daarboven/ onder in gesprek te gaan? En eerder inkoopbeleid was dit 40% a 60%. Gaan jullie ervan uit dat het tarief beter past bij deze hogere bezetting? Zo ja, op basis van welke onderzoek?	Op basis van data-analyse zijn deze percentages gekozen.
425	6. Financieel beleid	In uw inkoopdocument stelt u dat voor de budgetafspraken geldt: 1. de productie van jaar t-1 januari t/m juni geëxtrapoleerd naar één geheel jaar, exclusief niet geprioriteerde groei; -> Hoe gaat opdrachtgever om in dit kader met wisselende populatie? Bijv. cliëntenstroom die vanuit de WMO in zorg is en een WLZ indicatie krijgt? Hoe blijft hier ruimte voor binnen de budgetafspraken?	Om groei op te vangen wordt de financiële cyclus gevolgd (zie Beleidsregel Bekostigingscyclus Wlz https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790304_22/1/).
426	6. Financieel beleid	6.1: bij punt 3. vermeldt u drisisafpraak. Bedoelt u crisisafpraak?	Dat klopt. We passen dit aan in het inkoopbeleid.
427	6. Financieel beleid	6.2: u prioriteert doelmatige uitbreiding van het aanbod MPT. Wat bedoelt u met doelmatige uitbreiding?	Met doelmatige uitbreiding van het aanbod MPT wordt bedoelt dat uitbreiding van het aanbod MPT prioriteit heeft, met het in oogschouw houden van de kosten per cliënt, gebaseerd op het aantal uur per cliënt.
428	6. Financieel beleid	Op basis van welke criteria maakt het zorgkantoor keuzes bij de toekenning van budgetten binnen de beschikbare manoeuvreerruimte?	Zie hoofdstuk 6.2 voor de manier waarop budgetten worden toegekend binnen de beschikbare manoeuvreerruimte
429	6. Financieel beleid	6.3, pagina 24; Hoe vindt bij een mogelijk overschot of tekort de verdeling of korting van middelen plaats. Gaat dit op regionaal of landelijk niveau?	Regionale tekorten worden regionaal verdeeld. De manier waarop staat beschreven in hoofdstuk 6.2. In hoofdstuk 6.3 staat beschreven wat er gebeurd bij landelijke onder- en overproductie.
430	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	In de inkoopvoorwaarden wordt voor gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertisefunctie een uitzondering beschreven op de regionale indeling op basis van de feitelijke woonplaats van de cliënt. Kunt u bevestigen of deze uitzondering betekent dat ZG-instellingen niet gebonden zijn aan het woonplaatsbeginsel? En betekent dit dat plaats van levering leidend is voor de declaratie van zorg?	De uitzondering betekent niet dat ZG-instellingen in algemene zin buiten het woonplaatsbeginsel vallen. In eerste aanleg geldt ook voor specialistisch zorg het woonplaatsbeginsel, daar kunnen zorgkantoren in overleg met de zorgaanbieder van afwijken, bijvoorbeeld als specialistisch aanbod te versnipperd dreigt te raken. We merken hierbij op dat dit beleid ten opzichte van anderen jaren niet is gewijzigd.
431	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	In H5.1 staat dat zorgkantoren de procedure kunnen wijzigen. Kunnen wij er van uitgaan, als dat gebeurt, dat u aanbieders daarover informeert?	Ja. Als wij de inkoopprocedure wijzigen of aanpassen, informeren wij zorgaanbieders daarover via de gebruikelijke communicatiekanalen voor de zorginkoopprocedure.

432	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Kan het zorgkantoor toelichten hoe in een regio in de praktijk wordt omgegaan met toestemming voor onderaanneming wanneer gespecialiseerde expertise of tijdelijke capaciteit noodzakelijk is voor continuïteit en kwaliteit van zorg?	Ook bij onderaanneming voor de inzet van gespecialiseerde expertise of tijdelijke capaciteit die door de zorgaanbieder noodzakelijk wordt geacht voor de continuïteit en kwaliteit van zorg, gelden de voorwaarden zoals opgenomen in de inkoopdocumenten.
433	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	In deze paragraaf staat een aangescherpte werkwijze rondom tussentijds contracteren tov het vorige inkoopbeleid. Kan het zorgkantoor toelichten wat de reden is om hier in dit inkoopbeleid terughoudend in te zijn? En kan het zorgkantoor vooruitblikken en iets zeggen over hoe groot zij de kans achten dat ze tussentijds contractering open gaan stellen?	De zorgkantoren zijn van mening dat een jaarlijkse inschrijfmogelijkheid voldoende is om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. We kunnen niets zeggen over hoe groot de kans is dat we in de toekomst weer tussentijds zullen contracteren.
434	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	U stelt dat nieuwe onderaannemers tussentijds gemeld moeten worden. Is dit ook noodzakelijk als het om een incidentele inzet van een onderaannemer gaat?	Ja. Te verlenen zorg in onderaanneming moet altijd vooraf bij ons worden gemeld; daarbij wordt geen uitzondering gemaakt voor incidentele inzet.
435	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Het zorgkantoor verwacht dat aanbieders ten minste 2/3 van de productie zelf leveren en maximaal 1/3 door onderaannemers laten leveren. Kunt u toelichten op welk niveau deze verhouding wordt bepaald (per overeenkomst, per regio, per sector of per prestatie), op welke grondslag (omzet, uren of aantal cliënten) en over welke periode dit wordt gemeten?	Wij bepalen deze verhouding op het niveau van de overeenkomst, waarbij we kijken naar het deel van de (verwachte) totale productie Wlz zorg per jaar dat wordt doorgecontracteerd. Wij verwachten dat op ieder moment (dus continu) wordt voldaan aan de beschreven norm.
436	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	In paragraaf 10.7 stelt u dat aanbieders zich moeten inschrijven bij zorgkantoren in de regio waar zij zorg leveren of willen leveren. Dit is onduidelijk, aangezien 'regio' doorgaans samenvalt met zorgkantoorregio's, waarin één zorgkantoor verantwoordelijk is. Bedoelt u hier het werkgebied van aanbieders (mogelijk over meerdere regio's)? Kunt u dit verduidelijken en/of de formulering aanpassen?	Met 'regio' bedoelen wij de zorgkantoorregio waar de fysieke locatie ligt waar u zorg levert of wilt leveren. Levert of wilt u zorg leveren in meerdere zorgkantoorregio's, dan schrijft u zich in bij de zorgkantoren die voor die regio's verantwoordelijk zijn. Wij passen de formulering niet aan.

437	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	In paragraaf 8.15 geldt dat 2/3 van de productie in loondienst wordt geleverd en 1/3 via onderaannemers. Kunt u toelichten hoe inzet van gezinshuizen hierin wordt beoordeeld, in hoeverre dit als onderaannemerschap geldt en hoe dit zich verhoudt tot 'Van Zorg naar Gewoon Leven'? Tevens: is afwijking van deze verhouding mogelijk en onder welke voorwaarden?	Als een gezinshuis namens u (een deel van) de daadwerkelijke zorg levert en daarvoor door u wordt gecontracteerd, beoordelen wij dit als onderaanneming. De inzet moet vooraf worden gemeld; wij willen weten welke onderaannemers actief zijn en voor welk deel van de productie zij worden ingezet. De beweging 'Van Zorg naar Gewoon Leven' verandert deze kwalificatie niet: ook passende woonvormen moeten voldoen aan de eisen voor onderaanneming. Afwijken van de verhouding is niet mogelijk. Daarnaast is het niet toegestaan een ZZP- of VPT-pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren zonder schriftelijke toestemming van het zorgkantoor.
438	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Wij maken bezwaar tegen het feit dat er voor het stellen van vragen maximaal 400 tekens per vraag gebruikt kunnen worden. Niet alle vragen zijn binnen 400 tekens te vatten.	Wij passen het format voor de Nota van Inlichtingen niet aan. Vragen moeten binnen het beschikbare veld worden gesteld en zo concreet mogelijk bij de betreffende sectie worden geformuleerd; als een vraag niet past, kunt u deze splitsen in afzonderlijke vragen.
439	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Wij maken bezwaar tegen het maximum van 400 tekens per Nvl-vraag, zeker gezien de eisen die u stelt aan volledigheid en precisie. Waarom is deze beperking ingevoerd en hoe is deze gemotiveerd? Wij verzoeken u een tweede Nvl-ronde in te richten zonder dit maximum, omdat de huidige grens disproportioneel is.	Wij passen het formulier niet aan. Het is in ieders belang dat vragen voor de Nota van inlichtingen op een duidelijke en adequate manier worden gesteld. Een beperking op het aantal tekens ondersteunt hierbij. In eerdere Nota's van Inlichtingen werd frequent geconstateerd dat meerdere vragen in één vraag werden opgenomen. Eventuele subvragen kunnen als afzonderlijke vragen worden ingediend. Daarnaast geldt dat een Nota van Inlichtingen is bedoeld om beleid te verduidelijken of om fouten te corrigeren, niet om voorstellen voor alternatief beleid te doen. Het signaleren van onduidelijkheden, tegenstrijdigheden of onjuistheden kan in de regel binnen de gestelde 400 tekens plaatsvinden. Verder is van belang dat in het vragenformulier al wordt aangegeven op welk document en welke passage een vraag betrekking heeft. Het is daarmee niet noodzakelijk deze informatie integraal in de vraagtekst op te nemen. Indien citaten worden gebruikt, kan worden volstaan met een verkorte verwijzing.

440	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	U stelt dat een inhoudelijk gesprek onderdeel kan zijn van de beoordeling. Op basis van welke criteria wordt dit gesprek beoordeeld, en hoe wordt geborgd dat de uitkomst niet afhankelijk is van subjectieve interpretatie?	Een inhoudelijk gesprek kan door het Zorgkantoor worden ingezet om de ingediende informatie te verduidelijken of te verifiëren, met name bij nieuwe zorgaanbieders of zorgaanbieders die nieuw zijn voor het zorgkantoor. Het gesprek vormt geen afzonderlijk beoordelingsmoment en wordt niet beoordeeld aan de hand van aanvullende criteria, indicatoren of drempelwaarden. De beoordeling vindt plaats op basis van de volledigheid en juistheid van de inschrijving, de bestuursverklaring en de ingediende documenten, zoals vooraf kenbaar gemaakt in het zorginkoopbeleid. De uitkomsten van een eventueel gesprek worden uitsluitend betrokken bij de integrale beoordeling in samenhang met de overige ingediende informatie. Aan het voeren van een gesprek kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.
441	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	U stelt dat een aanbod 'onderscheidend' moet zijn. Welke concrete criteria bepalen dit, en hoe wordt geborgd dat deze beoordeling transparant, consistent en niet-discretionair plaatsvindt?	Er zijn geen afzonderlijke, limitatieve criteria vastgelegd voor wanneer een aanbod 'onderscheidend' is. Het gaat om zorgaanbieders die grote, bijzondere of onderscheidende stappen zetten om maatschappelijke vraagstukken en/of onze inkoopdoelen te realiseren. Beoordeling gebeurt volgens de kaders van het inkoopdocument, vier-ogen-principe en aanbestedingsbeginselen om transparantie en consistentie te borgen.
442	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	"Wij willen weten...zij ingezet worden". Bedoelt u daarmee ook zelfstandig ondernemers (zzp'ers) in de zorg en/of zorgprofessionals die ingehuurd worden via een uitzendbureau? Zo ja, gaat u ermee akkoord dat, mede gelet op de AVG, deze gegevens op geanonimiseerd en op totaalniveau bij u melden?	Ja, zelfstandig ondernemers (zzp'ers) in de zorg vallen hier onder, maar zorgprofessionals die ingehuurd worden via een uitzendbureau (uitzendkrachten) niet. Voor ZZP'ers vult u het percentage van de verwachte productie in, maar hoeft u geen namen en KvK-nummers op te geven. 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.
443	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	U stelt dat maatregelen kunnen doorwerken in contractering. Op welke wijze worden deze gevolgen vooraf kenbaar gemaakt en welke rechtsbescherming hebben aanbieders hiertegen?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf waar deze bij gesteld is. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.

444	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Hoe verhoudt het inkoopbeleid zich tot de vereisten van de AVG, in het bijzonder ten aanzien van de gegevensverwerking die noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorginkoop en de controle op de declaraties?	Het inkoopbeleid is opgesteld binnen de geldende wet- en regelgeving, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Voor zover in het kader van de uitvoering van de zorginkoop en de controle op declaraties persoonsgegevens worden verwerkt, gebeurt dit conform de daarvoor geldende wettelijke kaders en met inachtneming van de geldende eisen ten aanzien van rechtmatigheid, doelbinding en dataminimalisatie.
445	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	U schrijft daarbij: "De fysieke locatie waar u zorg levert, bepaalt met welk zorgkantoor u een contract moet sluiten, op basis van de in die regio geldende inkoopvoorwaarden (inclusief tarief)." Dit is niet duidelijk, indien het zorgkantoor voor alle zorgkantoorregio's dezelfde inkoopprocedure met dezelfde voorwaarden en tarieven hanteert.	De passage betekent dat u inschrijft bij het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de regio waar u fysiek zorg levert of wilt leveren. Dit hoeven daarmee niet allemaal regio's te zijn van hetzelfde zorgkantoor. In dat laatste geval dient u dus bij meerdere zorgkantoren in te schrijven.
446	7.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Bezwaar. Het bundelen van inhoudelijk verschillende vragen verhindert dat afzonderlijke bezwaren zelfstandig en volwaardig worden beoordeeld en getoetst.	Wij merken op dat de werkwijze van zorgkantoren op dit punt niet is gewijzigd ten opzichte van eerdere jaren. Zorgkantoren bundelen of clusteren geen inhoudelijk verschillende vragen. Er is uitsluitend sprake van het ontdubbelen van identieke vragen of vragen van gelijke strekking, zodat deze één keer efficiënt en uniform worden beantwoord. Met deze werkwijze worden alle unieke vragen afzonderlijk behandeld en beantwoord. Indien een zorgaanbieder van mening is dat een door hem gestelde vraag niet is beantwoord, bestaat de mogelijkheid om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor.
447	7.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de wlz?	Hoe beoordeelt het zorgkantoor de status van een aanbieder die via een overeenkomst met een ander zorgkantoor reeds structureel Wlz zorg levert aan cliënten binnen diens regio? Is in dat geval per definitie sprake van "bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor", of kan de feitelijke zorglevering in de regio leiden tot kwalificatie als "bestaand voor het zorgkantoor"?	Een aanbieder is alleen "bestaand voor het zorgkantoor" als hij op het moment van inschrijven een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar wordt ingeschreven. Als de aanbieder al via een overeenkomst met een ander zorgkantoor Wlz-zorg levert aan cliënten in de regio, maar geen overeenkomst heeft met het zorgkantoor waar hij inschrijft, kwalificeert hij niet op grond van die feitelijke zorglevering als "bestaand voor het zorgkantoor". Dan is sprake van "bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor" als hij minimaal heel 2026 een overeenkomst heeft met ten minste één ander zorgkantoor en vanaf 1-1-2026 daadwerkelijk zorgkosten declareert; anders geldt hij als nieuwe zorgaanbieder.
448	7.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de wlz?	Wij hebben al jarenlang alleen een overeenkomst met zorgkantoor Drenthe. Nu willen wij ook een overeenkomst met zorgkantoor Friesland. Blijven wij aangemerkt als bestaande zorgaanbieder als wij ook inschrijven voor zorgkantoor Friesland (beide vallen onder Achmea) en volstaat alleen een bestuursverklaring?	Drenthe en Friesland zijn beide zorgkantoorregio's van Zilveren Kruis zorgkantoor. Indien u al een overeenkomst heeft met het zorgkantoor waarvoor u inschrijft (in dit geval Zilveren Kruis) valt u onder de definitie 'Bestaand voor het zorgkantoor' en kunt u dus volstaan met alleen een bestuursverklaring.

449	7.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de wlz?	Wij zijn een bestaande zorgaanbieder met een overeenkomst met zorgkantoor Drenthe. Als wij de contractering gaan uitbreiden met een overeenkomst met zorgkantoor Friesland geldt dan alleen voor die regio een één jarige overeenkomst en voor de bestaande regio een meerjarige overeenkomst?	Ja. Voor het zorgkantoor waar u op het moment van inschrijven al een overeenkomst mee heeft en die overeenkomst het hele jaar 2026 heeft gehad, komt u in aanmerking voor een meerjarige overeenkomst 2027-2029. Voor een voor u nieuw zorgkantoor, zoals Friesland in uw voorbeeld, kwalificeert u als 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' (mits aan de voorwaarden daarvoor is voldaan) en komt u in aanmerking voor een eenjarige overeenkomst voor 2027.
450	7.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de wlz?	Wat moet er aangeleverd worden voor inschrijving als je een bestaande aanbieder bent?	Wat u als 'bestaand voor het zorgkantoor' en 'bestaand maar nieuw voor het zorgkantoor' moet aanleveren, kunt u teruglezen in de betreffende paragraaf van het inkoopbeleid van uw zorgkantoor.
451	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	U schrijft: "Als er wijzigingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van de gegevens en/of (inschrijvings)documenten die ten grondslag lagen aan de laatste contracteringsronde, dan dient u deze wijzigingen te melden aan het Zorgkantoor en de eventueel gewijzigde documenten aan te leveren." Op welke manier en bij wie moeten deze wijzigingen binnen het Zorgkantoor gemeld worden?	Wanneer deze wijzigingen bekend zijn op het moment van inschrijving kunnen gewijzigde documenten worden geüpload bij de inschrijving in VECOZO. Wijzigingen op een later moment kunnen worden gemeld bij de Zorginkoper.
452	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	Wij vallen als aanbieder onder punt 1, alleen hebben wij een nieuwe voorzitter raad van bestuur en lid raad van bestuur ten opzichte van voorgaande jaar. Volstaat het dan om bij de aanmelding een nieuw uittreksel Kvk aan te leveren of zijn er meer gegevens nodig?	Wanneer er sprake is van een wijziging in de raad van bestuur gaat dit om een nieuw gewaarmerkt afschrift uit het Handelsregister van de KvK. Daarnaast zijn een nieuwe VOG RP en een nieuw gewaarmerkt afschrift van inschrijving UBO('s) in het UBO-register van toepassing.
453	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	Heeft een bestaande instelling standaard bij het indienen van de bestuursverklaring voor 2027 en daarmee ook voor 2027 - 2029 een meerjaren overeenkomst en volsta je dan met het invullen van een toestemmingsverklaring voor de jaren 2028 en 2029?	Niet iedere bestaande zorgaanbieder krijgt standaard een meerjarenovereenkomst, dit is afhankelijk van het inkoopbeleid van het betreffende zorgkantoor. Indien voor 2027-2029 een meerjarenovereenkomst wordt afgesloten, kan de zorgaanbieder volstaan met het indienen van een instemmingsverklaring voor de jaren 2028 en 2029.
454	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	Wilt u de complete vragenlijst in Vecozo beschikbaar maken voor downloaden? Eerdere jaren werden sommige vragen pas zichtbaar bij het daadwerkelijk invullen van de vragenlijst – en niet in de download - wat afstemming vooraf aan de inschrijving lastig maakt. Het downloaden van de vragenlijst maakte niet alle vragen zichtbaar.	Wij adviseren u om hierover met VECOZO in gesprek te gaan.

455	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	U beschrijft dat als er wijzigingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van de gegevens en/of inschrijvingsdocumenten die ten grondslag lagen aan de laatste contracteringsronde, deze wijzigingen gemeld dienen te worden en eventueel gewijzigde documenten aangeleverd moeten worden. Kunt u toelichten hoe deze gegevens aangeleverd dienen te worden? Moet dit via Vecozo?	Wanneer deze wijzigingen bekend zijn op het moment van inschrijving kunnen gewijzigde documenten worden geüpload bij de inschrijving in VECOZO. Wijzigingen op een later moment kunnen worden gemeld bij de Zorginkoper.
456	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	Wij zijn een bestaande zorgaanbieder. Er heeft een wijziging van bestuurder plaatsgevonden en wij moeten daarom een nieuwe VOG RP aanleveren. De vraag is; moet deze VOG RP ook specifiek aangevraagd worden ten behoeve van de 'inkoopprocedure zorg', net als bij nieuwe aanbieders of omdat wij een bestaande aanbieder zijn, specifiek ten behoeve van "afsluiten overeenkomst".	De VOG RP moet worden aangevraagd ten behoeve van de 'inkoopprocedure zorg'.
457	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	U beschrijft dat als er wijzigingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van de gegevens en/of inschrijvingsdocumenten die ten grondslag lagen aan de laatste contracteringsronde, deze wijzigingen gemeld dienen te worden en eventueel gewijzigde documenten aangeleverd moeten worden. Kunt u toelichten hoe deze gegevens aangeleverd dienen te worden?	U kunt deze documenten tijdens de inschrijvingsperiode toevoegen aan de inschrijving. Wijzigingen op een later moment kunt u afzonderlijk melden bij het betreffende zorgkantoor.
458	7.2.1 De eisen voor de inschrijving zijn landelijk opgesteld	De inschrijving verloopt via het zorginkoopportaal van Vecozo. Klopt het dat de bestuursverklaring is geïntegreerd in de vragenlijst, zodat deze automatisch wordt ingevuld en ondertekend door het doorlopen en afronden van de vragenlijst? En dat er dus geen aparte bestuursverklaring meer hoeft te worden ingevuld en geüpload?	Het klopt dat bij de inschrijving in VECOZO de vragen van de bestuursverklaring worden doorlopen. Het is niet nodig om een aparte bestuursverklaring in te vullen en te uploaden.
459	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Het zorgkantoor heeft na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij ons. Op welke wijze vindt communicatie hierover plaats?	Het verzoek tot toelichting wordt door het zorgkantoor schriftelijk gedaan. Hierin wordt aangegeven welke toelichting wordt gevraagd en binnen welke termijn deze moet worden aangeleverd.
460	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Ik ben een bestaande aanbieder met een overeenkomst tot 31 december 2026. De laatste contracteringsronde is mijn organisatie ingeschreven op sector GGZ. Op basis van de declaratiedata wordt mijn organisatie per inkoopjaar 2027 ingedeeld in sector VV. Moet de door het zorgkantoor doorgevoerde sectorwijziging nog apart vermeld worden of volstaat ook hier alleen de bestuurdersverklaring?	In de bestuursverklaring geeft u aan in welke sector u bent ingedeeld voor inkoopjaar 2027.

461	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	In het beleid wordt aangegeven dat inschrijvingen worden beoordeeld op verschillende kwalitatieve criteria. Kunt u toelichten welke onderdelen objectief meetbaar zijn en waar sprake is van beoordelingsruimte?	Wij beoordelen eerst objectief of de inschrijving juist, volledig en tijdig is ingediend en of de vereiste documenten zijn aangeleverd. Daarna controleren wij wat in de bestuursverklaring is verklaard en beoordelen wij, waar van toepassing, de bijgevoegde documenten; bij nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders die nieuw zijn voor het zorgkantoor kan ook een inhoudelijk gesprek plaatsvinden en wordt het ondernemingsplan beoordeeld. Daar zit beoordelingsruimte, omdat wij de aangeleverde onderbouwing inhoudelijk toetsen en zo nodig een toelichting vragen. Aan het vragen van een toelichting kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.
462	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	In het inkoopbeleid wordt gesteld dat de zorgaanbieder een reactietijd heeft van 5 werkdagen. Kunt u deze periode verlengen om zo voldoende rekening te houden met afwezigheid tijdens de zomervakantieperiode? Zo niet, waarom niet?	Nee, wij verlengen deze reactietijd niet. Door het vooraf kenbaar maken van deze tijdlijnen, kunnen zorgaanbieders hier rekening mee houden.
463	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Kunt u toelichten op basis van welke criteria de integriteitstoets wordt uitgevoerd en welke gevolgen aan de uitkomsten kunnen worden verbonden binnen de contractering?	De integriteitstoets sluit aan op de uitsluitingsgronden in de bestuursverklaring, waaronder strafbare feiten, betaling van belastingen en sociale premies, insolventie, belangenconflicten, ernstige beroepsfouten, vervalsing van mededinging, prestaties uit het verleden en valse verklaringen. De uitkomst kan ertoe leiden dat een inschrijving wordt afgewezen, onder meer bij onjuiste of valse informatie, het niet voldoen aan eisen, toepasselijke uitsluitingsgronden of geen positieve uitkomst van onderzoek bij gerezen twijfel.
464	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	"Enige andere reden ongeldig", wat kan dit inhouden en wie bepaalt deze reden? Deze formulering geeft Zorgkantoor de mogelijkheid om bij kleine onregelmatigheden de inschrijving niet in behandeling te nemen. Kan hier aan worden toegevoegd dat dit alleen gebeurt bij zwaarwegende onvolledigheden en/of redenen?	"Enige andere reden ongeldig" ziet op situaties waarin de inschrijving niet voldoet aan gestelde eisen, bijvoorbeeld bij onjuiste, ontbrekende of tegenstrijdige informatie of niet-akkoord met voorwaarden. Het zorgkantoor bepaalt dit op basis van het inkoopdocument en onderliggende toetsing. Deze grond wordt zorgvuldig en proportioneel toegepast.
465	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	"- afspraken over samenwerking in de regio en/of de keten zijn niet of onvoldoende geborgd" Wat verstaat het zorgkantoor onder het "voldoende borgen" van samenwerkingsafspraken? Dienen inschrijvers getekende samenwerkingsovereenkomsten met ketenpartners te overleggen, of is het aantonen van actieve deelname aan regionale netwerken/overleggen voldoende?	Wij vragen geen standaard getekende samenwerkingsovereenkomsten met ketenpartners als afzonderlijke eis. Voldoende borgen betekent dat u aannemelijk maakt dat afspraken over samenwerking in de regio en/of keten concreet, uitvoerbaar en passend bij uw aanbod zijn vastgelegd of georganiseerd; actieve deelname aan regionale netwerken of overleggen kan daarbij meewegen, maar wij beoordelen dit in samenhang met uw ondernemingsplan, het gesprek en de bijdrage aan de regionale opgave.

466	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Stel dat een formulier door onvoorziene omstandigheden of overmacht bij de zorgaanbieder niet (volledig) is ingevuld, hoe past het zorgkantoor paragraaf 6.6 dan toe?	Als een formulier bij inschrijving niet of niet volledig is ingevuld, beoordelen wij de tekortkoming naar aard en omvang. Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid (maar niet de verplichting) om een zorgaanbieder te vragen zijn inschrijving toe te lichten. De zorgaanbieder heeft dan vijf werkdagen de tijd om de gevraagde toelichting aan te leveren bij het zorgkantoor. Hierna kan de inschrijving definitief worden beoordeeld. Aan het enkel vragen om een (nadere) toelichting door het zorgkantoor kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend. Afhankelijk van de aard en omvang kan het zorgkantoor ook besluiten de zorgaanbieder van verdere deelname aan de inkoopprocedure uit te sluiten.
467	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat een aanbieder een 'wezenlijke bijdrage' moet leveren. Hoe wordt dit begrip geconcretiseerd in toetsbare criteria en drempelwaarden, en hoe wordt voorkomen dat dit leidt tot subjectieve of discretionaire toepassing?	Wij hanteren hiervoor geen vaste kwantitatieve drempelwaarden. Een nieuwe zorgaanbieder moet aantonen dat hij zich onderscheidt van andere zorgaanbieders, een duidelijke leemte in het zorgaanbod vult en door omvang of rol een wezenlijke bijdrage levert aan de regionale opgave en samenwerking. Wij toetsen dit aan de aangeleverde informatie, het ondernemingsplan en het inhoudelijke gesprek. Het eindoordeel ligt bij het zorgkantoor, binnen deze vooraf beschreven inhoudelijke criteria.
468	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat inschrijvingen volledig en correct moeten zijn. Welke concrete eisen gelden hiervoor, en hoe wordt omgegaan met interpretatieverschillen en herstelmogelijkheden bij onduidelijkheden?	Een inschrijving moet juist en volledig zijn om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Volledig betekent dat de bestuursverklaring is aangeleverd, alle onderbouwende documenten bij de inschrijving zijn bijgevoegd en eventuele onderbouwende documenten uit het regionale beleid zijn ingevuld of bijgevoegd. Onvolledige inschrijvingen beoordelen wij niet; bijstelling of aanvulling op initiatief van de zorgaanbieder is niet toegestaan. Wij kunnen, maar zijn niet verplicht, na inschrijving om een toelichting te vragen; er wordt dan een termijn gesteld om die toelichting aan te leveren en daaraan kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.
469	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat het zorgkantoor een integriteitstoets kan uitvoeren. Welke concrete bronnen, indicatoren en criteria hanteert het zorgkantoor hierbij, en hoe kunnen aanbieders de uitkomst inzien en gemotiveerd betwisten?	Indien een integriteitstoets leidt tot een besluit, wordt dit besluit gemotiveerd op basis van de beschikbare informatie en de geldende kaders. Zie de betreffende passages in het inkoopbeleid van uw zorgkantoor om na te gaan welke rechtsmiddelen u kunt aanwenden.

470	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat aanbidders moeten voldoen aan de eisen van het inkooptraject. Hoe worden deze eisen volledig en tijdig kenbaar gemaakt, zodat aanbidders hun inschrijving hierop kunnen afstemmen?	De eisen worden vooraf volledig en tijdig op 1 juni gepubliceerd in het zorginkoopdocument en bijlagen. Eventuele verduidelijkingen en wijzigingen worden via de Nota van Inlichtingen op 1 juli bekendgemaakt.
471	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat zorgkantoren gebruik maken van een digitale inschrijfprocedure. Welke eisen gelden voor indiening, en hoe wordt geborgd dat technische of procedurele fouten niet leiden tot onredelijke uitsluiting?	Inschrijving vindt uitsluitend digitaal en tijdig plaats via het voorgeschreven webportaal van VECOZO. Voor technische vragen kan contact opgenomen worden met VECOZO. U kunt contact opnemen met het zorgkantoor als technische of procedurele fouten leiden tot onredelijke uitsluiting. Ervaring uit het verleden leert dat dit niet voorkomt.
472	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U stelt dat het inkoopbeleid richtinggevend is voor contractering. Hoe wordt geborgd dat afwijkingen hiervan worden gemotiveerd en voor aanbidders toetsbaar zijn?	We begrijpen uw vraag niet in relatie tot de paragraaf waarbij deze is gesteld. We kunnen uw vraag daarom niet beantwoorden.
473	7.3 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Kan zorgkantoor bevestigen dat een inschrijving niet wordt afgewezen vanwege een herstelbare onduidelijkheid, omissie of administratieve onvolledigheid zonder dat de zorgaanbieder eerst in de gelegenheid is gesteld hierop een toelichting te geven? Indien dit niet het geval is, kan zorgkantoor toelichten in welke situaties hiervan wordt afgeweken?	Nee. Onvolledige inschrijvingen worden in beginsel niet beoordeeld. Aanvullen of herstellen op initiatief van de aanbieder is niet toegestaan. Het zorgkantoor kan wel om verduidelijking vragen bij een onvolledige inschrijving of onduidelijkheden. De zorgaanbieder wordt dan een termijn gesteld om te reageren.
474	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbidders?	Op basis waarvan bepalen jullie voor welke vorm (duur) van een overeenkomst een bestaande zorgaanbieder in aanmerking komt? Kun je hier als inschrijvende partij hier een voorkeur voor aangeven?	Wij bepalen de duur van de overeenkomst op basis van de vraag of u voorafgaand aan 2027 al een overeenkomst had met één of meerdere zorgkantoren en zo ja, voor welke duur. Ook kunnen eventuele signalen en bevindingen over uw organisatie hierin een rol spelen. Een voorkeur van de inschrijvende partij is hiervoor niet van toepassing; wij koppelen na beoordeling terug of wij voornemens zijn een overeenkomst aan te gaan en zo ja, voor welke duur.
475	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbidders?	Betekent het krijgen van een overeenkomst van 3, 2 of 1 jaar als bestaande zorgaanbieder, met de eenzijdige verlengingsopties vanuit het zorgkantoor, dat er geen jaarlijks contracteringsmoment meer zal plaatsvinden zoals dat gedurende het nu geldende inkoopbeleid gebruikelijk is?	Nee, de eenzijdige verlengingsoptie is van toepassing wanneer in 2029 wordt besloten het inkoopbeleid te verlengen. In dat geval is het mogelijk dat de overeenkomsten met één jaar, en daarna mogelijk met nog één jaar worden verlengd.
476	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbidders?	Er zijn diverse opties om overeenkomsten te sluiten. Waarom kiest het zorgkantoor voor de optie om een overeenkomst eenzijdig twee keer te verlengen?	De optie om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een jaar te verlengen heeft betrekking op de situatie dat in 2029 wordt besloten om het meerjarige inkoopbeleid (2027-2029) te verlengen.

477	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	De maximale duur van een overeenkomst kan verschillen per aanbieder (3 jaar en 2x 1 jaar verlenging en 2 jaar en 2x 1 jaar verlenging) hoe verder na deze wisselende periode?	Na afloop van de overeengekomen looptijd, inclusief eventuele verlenging, eindigt de overeenkomst. Voor de periode daarna komt er nieuw inkoopbeleid, inclusief nieuwe overeenkomsten.
478	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Op grond van welke criteria komt een aanbieder in aanmerking voor een overeenkomst van drie jaar?	Een aanbieder komt in aanmerking voor een overeenkomst van drie jaar als het gaat om een bestaande zorgaanbieder in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' die het hele aan 2027 voorafgaande jaar een overeenkomst heeft gehad. Dit geldt wanneer wij in onze beoordeling geen bijzonderheden constateren.
479	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Op grond van welke criteria komt een aanbieder in aanmerking voor een overeenkomst van drie jaar?	Een aanbieder komt in aanmerking voor een overeenkomst van drie jaar als hij een bestaande zorgaanbieder is in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor' en gedurende het hele jaar voorafgaand aan 2027 een overeenkomst heeft gehad. Dit geldt wanneer wij in onze beoordeling geen bijzonderheden constateren.
480	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Paragraaf 6.4 Eerste bullit. Er staat dat er een mogelijkheid is dat het zorgkantoor de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van één jaar kan verlengen. Betekent dit dat maximaal er een periode kan zijn van vijf jaar ?	Ja. Voor zorgaanbieders die een overeenkomst voor 3 jaar aangeboden krijgen en waarbij het zorgkantoor besluit deze daarna eenzijdig twee keer met één jaar te verlengen kan de maximale looptijd daarmee 5 jaar zijn.
481	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Het zorgkantoor heeft de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig twee keer met een periode van een jaar te verlengen. Wat houdt deze optie in en wat voor consequenties heeft dat (voor de zorgaanbieder)?	Deze optie houdt in dat wij de overeenkomst na 31 december 2029 eenzijdig kunnen verlengen met één jaar, en daarna nog één keer met één jaar. Als wij daarvan gebruikmaken, melden wij dat uiterlijk drie maanden vóór de dan geldende einddatum aan u.
482	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Op basis van welke objectief toetsbare criteria komt een zorgaanbieder in aanmerking voor een overeenkomst met een looptijd van drie jaar, en hoe borgt u dat deze selectie transparant, consistent en voor alle aanbieders op gelijke wijze toepasbaar is?	Een zorgaanbieder komt in aanmerking voor een overeenkomst van drie jaar als hij 'bestaand voor het zorgkantoor' is en het hele aan 2027 voorafgaande jaar een overeenkomst met ons heeft gehad, mits wij bij de beoordeling van de inschrijving geen bijzonderheden constateren. Wij borgen gelijke toepassing door deze categorieën en looptijden vooraf in de inkoopprocedure te definiëren en deze bij de beoordeling van inschrijvingen toe te passen.
483	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	"Zorgaanbieders met eenjaar te verlengen." Vraag: zorgkantoor geeft aan dat het zorgkantoor de overeenkomst na afloop van de driejarige looptijd eenzijdig kan verlengen, maar daarmee ook eenzijdig kan besluiten niet te verlengen. Kan zorgkantoor toelichten waarom is gekozen voor eenzijdige verlenging door het zorgkantoor?	Eenzijdige verlenging van de overeenkomst hangt samen met het al dan niet verlengen van het regionale inkoopbeleid. De overeenkomst kan eenzijdig worden verlengd omdat dit expliciet zo is vastgelegd in het contract. Dit betekent dat geen instemming van de zorgaanbieder nodig is; die wordt ook niet gevraagd indien het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik maakt.

484	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Op basis van welke criteria besluit zorgkantoor Zorgkantoor gebruik te maken van de eenzijdige verlengingsoptie van de overeenkomst en blijven bij verlenging de bestaande contractvoorwaarden, inkoopvoorwaarden en tariefsystematiek ongewijzigd van kracht?	Eenzijdige verlenging van de overeenkomst hangt samen met het al dan niet verlengen van het regionale inkoopbeleid. De overeenkomst kan eenzijdig worden verlengd omdat dit expliciet zo is vastgelegd in het contract. Dit betekent dat geen instemming van de zorgaanbieder nodig is; die wordt ook niet gevraagd indien het zorgkantoor van de verlengingsoptie gebruik maakt. Indien van de verlengingsoptie (inkoopbeleid en overeenkomst) gebruik wordt gemaakt, zal het zorgkantoor zorgaanbieders over de precieze uitwerking van deze verlenging informeren.
485	7.4 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Hoe dient een zorgaanbieder om te gaan met wijzigingen in het bestuur die plaatsvinden na de inschrijfdatum maar vóór de ingangsdatum van de overeenkomst? Volstaat een melding aan het zorgkantoor met aanlevering van de gewijzigde documenten of zijn aanvullende acties vereist?	In dit geval kunt u de gewijzigde documenten separaat aanleveren bij het betreffende zorgkantoor.
486	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Paragraaf 6.10 vermeldt dat een VOG NP niet voldoet aan de gestelde eis omtrent de VOG RP. Onze bestuurder heeft echter geen Nederlandse nationaliteit en wordt daardoor niet meegescreend in de VOG RP. Kan in deze situatie, ter aanvulling op de vereiste VOG RP, een afzonderlijke VOG NP van de bestuurder worden aangeleverd om aan de VOG-eis uit paragraaf 6.10 te voldoen?	Wij adviseren u om in deze situatie inderdaad een afzonderlijke VOG NP van de bestuurder aan te leveren, naast de verplichte VOG RP.
487	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Bij de VOG RP staat aangegeven dat deze is aangevraagd ten behoeven van de 'inkoopprocedure zorg'. Wat moet hiervoor specifiek op de VOG staan?	Op de VOG RP moet staan dat deze is aangevraagd ten behoeve van de 'inkoopprocedure zorg'. Er gelden geen aanvullende specifieke tekstvereisten voor de VOG RP.
488	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Sinds 1 juli 2024 is het Generiek Kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan van kracht voor de VV. Het Generiek Kompas heeft kwaliteit van bestaan als uitgangspunt. Is er een reden waarom er in uw inkoopbeleid is afgeweken van het taalgebruik van het Generiek Kompas (kwaliteitskader in plaats van het Generiek Kompas)?	Wij doelen op de geldende kwaliteitskaders binnen de Wlz en ons is bekend dat het Generiek Kompas het geldende kwaliteitskader is voor de sector V&V. Er is geen inhoudelijke afwijking beoogd van het uitgangspunt dat kwaliteit van bestaan centraal staat bij Generiek Kompas.

489	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Indien er wijzigingen hebben plaatsgevonden ...dan dient de de zorgaanbieder deze wijzigingen te melden aan het zorgkantoor en de eventueel gewijzigde documenten aan te leveren. Kan het zorgkantoor een limitatieve lijst geven om welke gegevens en documenten het gaat?	Nee, wij geven hiervoor geen limitatieve lijst. Het gaat om wijzigingen ten opzichte van de gegevens en/of inschrijvingsdocumenten die aan de laatste contracteringsronde ten grondslag lagen. Als er in deze documenten wijzigingen hebben plaatsgevonden, levert u deze documenten aan.
490	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	"Indien er wijzigingen -aan te leveren". Hoe moet de zorgaanbieder de wijzigingen aan het zorgkantoor melden en hoe en wanneer moeten de gewijzigde documenten worden aangeleverd?.	U meldt wijzigingen bij de inschrijving aan het zorgkantoor en levert daarbij de eventueel gewijzigde documenten aan. Wijzigingen gedurende het contract dienen onverwijld aan het zorgkantoor kenbaar gemaakt te worden.
491	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat het zorgkantoor voorwaarden kan stellen aan deelname. Op basis van welke concrete criteria worden deze vastgesteld, en hoe wordt voorkomen dat deze input leveren tot beperking van toetreding zonder toetsbare grondslag?	U kunt via inschrijving kenbaar maken dat u in aanmerking wilt komen voor een Wlz overeenkomst. In het zorginkoopbeleid is beschreven aan welke voorwaarden minimaal moet worden voldaan en binnen welke kaders de beoordeling plaatsvindt.
492	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor naleving van voorwaarden. Hoe wordt geborgd dat deze voorwaarden duidelijk, kenbaar en uitvoerbaar zijn voor aanbieders?	Deze vraag ziet niet op een verduidelijking van het zorginkoopbeleid, maar op de wijze waarop het zorgkantoor de toepassing daarvan borgt. Dit valt buiten de reikwijdte van de Nota van Inlichtingen en wordt daarom niet nader toegelicht.

493	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Op pagina 45 is het onduidelijk welke stukken ingediend moeten worden. Als ik een afschrift van de Wtza-toelatingsvergunning indien (volgens 1e bolletje, 1e streepje), zijn dan ook nog de bewijsstukken van bijvoorbeeld het 3e en het 4e bolletje nodig? En als ik al een Wtza-toelatingsvergunning heb, moet ik dan ook het bewijs van melding Wtza invullen (pagina 49)? Dat is toch dubbelop?	De bullits bij het onderwerp toelatingsvergunning geven weer welke situaties zich kunnen voordoen bij een nieuwe zorgaanbieder. Daarbij zijn er drie hoofdcategorieën. - Wanneer hij/de zorgaanbieder vergunningplichtig is en niet van rechtswege is toegelaten - Wanneer hij/de zorgaanbieder vergunningplichtig is en wel van rechtswege is toegelaten - Wanneer hij/de zorgaanbieder niet vergunningplichtig is U dient eerst te bezien in welke hoofdcategorie u valt en vervolgens welke situatie binnen de hoofdcategorie op u van toepassing is en wat u aan documentatie moet aanleveren. Als u over een afschrift van de Wtza-toelatingsvergunning beschikt, volstaat het om dat bij inschrijving in te dienen. Andere stukken hoeft u in het kader van deze geschiktheidseis dan niet in te sturen. Er zijn twee afzonderlijke geschiktheidseisen in verband met de Wtza: 1) 'Toelatingsvergunning conform de Wtza' en 'Meldplicht Wtza'. Aan alle twee de geschiktheidseisen moet een nieuwe zorgaanbieder voldoen.
-----	--	---	--

494	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Kunt u verduidelijken wat in het kader van de eis 'medezeggenschap, invloed en advies' concreet in de statuten of daaraan gekoppelde reglementen moet zijn geborgd? Ziet dit op cliëntenmedezeggenschap, op medewerkersmedezeggenschap, of een andere vorm van medezeggenschap? Kunt u daarbij aangeven welke onderdelen bij inschrijving, aanvang zorg of 6 maanden na ingangsdatum aanwezig moeten zijn?	Bij het onderwerp 'Statuten van de inschrijvende zorgaanbieder' is aangegeven dat in de statuten of de daaraan gekoppelde reglementen de vigerende Governancecode Zorg moet zijn geborgd, waaronder 'Medezeggenschap, invloed en advies'. In de Governancecode Zorg 2022 gaat paragraaf 3.1 over Medezeggenschap, invloed en advies. Wat in deze paragraaf is aangegeven dient u te borgen in uw statuten of de daaraan gekoppelde reglementen. In de statuten en de daaraan gekoppelde reglementen dient aan alle onderdelen aandacht te zijn besteed op het moment van inschrijving. Ten aanzien van de geschiktheidseis inzake de 'Aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling cliëntenraad' is aangegeven dat daaraan voldaan moet zijn uiterlijk 6 maanden na ingangsdatum van de overeenkomst.
495	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Indien er wijzigingen hebben plaatsgevonden ten opzichte van de gegevens en/of (inschrijvings)documenten die ten grondslag lagen aan de laatste contracteringsronde dan dient de zorgaanbieder deze wijzigingen te melden aan het zorgkantoor. Om welke wijzigingen gaat het? Moeten de wijzigingen in een apart document bij de inschrijving doorgegeven worden of kan dit tussentijds doorgegeven worden?	Het gaat om wijzigingen in de gegevens en/of (inschrijvings)documenten die aan de laatste contracteringsronde ten grondslag lagen. U meldt deze wijzigingen aan het zorgkantoor en levert de eventueel gewijzigde documenten aan; ook als er geen wijzigingen zijn, moet u desgevraagd de onderbouwende stukken bij de bestuursverklaring kunnen overleggen.
496	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Kunt u bevestigen dat zorgaanbieders die in bezwaar gaan tegen beslissingen van het zorgkantoor, toegang hebben tot een onafhankelijke geschillencommissie?	De mogelijkheden om in verweer te komen tegen beslissingen van het zorgkantoor treft u aan in de relevante passages van het zorginkoopbeleid en de overeenkomst.
497	7.5 Welke documentatie is nodig bij de inschrijving van nieuwe zorgaanbieders?	Welke ruimte is er in contractering en positionering voor aanbieders die per 1-1-2027 een organisatiebrede wijziging (fusie) doormaken	Het opgestelde zorginkoopbeleid is leidend. Wij adviseren u om over individuele, organisatie-specifieke situaties contact op te nemen met uw zorgkantoor.
498	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	In deze paragraaf wordt toegelicht op welke manier de financiële positie van de aanbieder wordt beoordeeld. Hierbij worden normen genoemd wat betreft de solvabiliteit, de current ratio, de winst en het weerstandvermogen. Kan het zorgkantoor toelichten op basis waarvan deze normen berekend worden?	Wij baseren dit op de aan te leveren jaarrekeningen en het aan te leveren financiële plan.

499	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	Onderdeel van het financieel plan zijn de (geconsolideerde) jaarrekeningen van 2024 en 2025 van de onderneming (en de groep), de eventuele en de begroting over 2026 en 2027. Ons verzoek aan het zorgkantoor is om het mee te wegen als de zorgaanbieder in het financieel plan kan aantonen dat de ratio's op het moment van inschrijven voldoen aan de hand van een verklaring van de accountant?	Indien u in uw financieel plan aannemelijk kunt maken dat uw organisatie aan de financiële ratio's voldoet, eventueel bevestigd door een accountant, neemt het zorgkantoor deze informatie mee in het besluit over het al dan niet aangaan van een overeenkomst. Wij wegen echter de volledige inschrijving en aangeleverde documenten mee in onze beoordeling.
500	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	Onderdeel van het financieel plan is de begroting over 2026 en 2027. Ons verzoek aan het zorgkantoor is om in het berekenen van de normen en ratio's mbt de financiële positie mee te wegen wat, in de begroting, de verwachte versterking van de financiële positie in 2026 en 2027 is, door aanbieder toegelicht met een doorrekening naar deze normen, eventueel met een verklaring van de accountant.	Het staat u als zorgaanbieder vrij om informatie die hierover beschikbaar is met uw inschrijving in te sturen en mee te nemen naar het eventuele gesprek hierover met uw zorginkoper. Indien van toepassing kan deze informatie worden meegewogen in het besluit over het al dan niet aangaan van een overeenkomst.
501	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat het zorgkantoor correcties kan toepassen op gedeclareerde zorg. Op basis van welke concrete criteria en drempelwaarden gebeurt dit, en hoe wordt geborgd dat deze correcties objectief en niet-discretionair plaatsvinden?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
502	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor kan overgaan tot terugvordering. Onder welke concrete voorwaarden gebeurt dit, en hoe wordt het bedrag vastgesteld en gemotiveerd richting de aanbieder?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
503	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor afwijkingen kan signaleren en hierop kan ingrijpen. Welke concrete normen en indicatoren bepalen wanneer sprake is van een afwijking, en hoe kunnen aanbieders deze kwalificatie toetsen en betwisten?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
504	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor maatregelen kan treffen bij onjuiste declaraties. Welke maatregelen zijn dit concreet, en welke rechtsbeschermingsmogelijkheden hebben aanbieders tegen dergelijke besluiten?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
505	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor controles uitvoert op declaraties. Welke concrete methodiek en bronnen worden hierbij gebruikt, en hoe wordt geborgd dat aanbieders de uitkomsten kunnen inzien en corrigeren?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.

506	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor signalen kan ontvangen die aanleiding geven tot onderzoek. Welke bronnen en criteria worden hiervoor gehanteerd, en hoe wordt voorkomen dat onbevestigde signalen leiden tot disproportionele maatregelen?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
507	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor conclusies kan verbinden aan controle-uitkomsten. Op basis van welke concrete criteria gebeurt dit, en hoe wordt geborgd dat aanbieders hun zienswijze kunnen geven voorafgaand aan besluitvorming?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
508	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor eenzijdig maatregelen kan nemen. Hoe wordt geborgd dat deze maatregelen proportioneel zijn, en welke mogelijkheid hebben aanbieders om bezwaar te maken of herbeoordeling te verzoeken?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
509	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor financiële consequenties kan verbinden aan bevindingen. Hoe worden deze consequenties berekend, en hoe kunnen aanbieders de juistheid daarvan controleren en laten toetsen?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
510	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat correcties en maatregelen doorvoert binnen de contractrelatie. Binnen welke termijn worden deze besluiten gemotiveerd gecommuniceerd, en welke bezwaar- en rechtsbeschermingsmogelijkheden gelden daarbij?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
511	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	U stelt dat zorgkantoor handhavend optreedt bij niet-naleving. Welke concrete stappen en escalatieniveaus hanteert het zorgkantoor hierbij, en hoe wordt geborgd dat aanbieders tijdig worden geïnformeerd en gehoord?	Deze vraag heeft geen betrekking op de paragraaf nieuwe zorgaanbieders. Wij kunnen de vraag niet plaatsen en beantwoorden de vraag daarom niet.
512	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	Zorgkantoor vraagt van nieuwe aanbieders een financieel plan en documenten beoordeelt het zorgkantoor de financiële positie van de zorgaanbieder. Daarbij wordt de winstratio's en de bijbehorende norm van 2% tot 3% resultaat betrokken. Waarom geldt dit niet voor bestaande zorgaanbieders en waarom worden deze niet als uitgangspunt meegenomen bij de bepaling van het vertrektariefpercentage?	Bestaande aanbieders worden beoordeeld op basis van gerealiseerde cijfers en lopende monitoring (o.a. jaarrekeningen en EWS), waardoor een separate toets op een normrendement bij inschrijving minder nodig is. De winstratio bij starters dient juist om bij gebrek aan historie de financiële haalbaarheid te toetsen. Er moet namelijk een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is. Het vertrektarief is gebaseerd op sectorbrede uitgangspunten, niet op individuele rendementen.

513	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	1. Status financiële eisen Kunt u bevestigen of de genoemde financiële eisen en ratio's, waaronder solvabiliteit, current ratio, winstratio en weerstandsvermogen, gelden als harde minimumeisen/knock-outcriteria of als beoordelingsaspecten bij de beoordeling van financiële continuïteit?	Het zorgkantoor beoordeelt op basis van het financieel plan en de daarbij aan te leveren documenten de financiële positie van de zorgaanbieder. Daarbij worden de ratio's en de bijbehorende normen betrokken. Er moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.
514	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	2. Gevolgen bij niet-voldoen Kunt u per financiële eis aangeven welke consequentie wordt verbonden aan het niet voldoen daaraan: uitsluiting, nader onderzoek, aanvullende voorwaarden, contractering onder voorwaarden, beperking van volume of een andere maatregel?	Het zorgkantoor hanteert bij de beoordeling van een inschrijving van een nieuwe zorgaanbieder geen vaste consequentie per financiële eis. Er moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is. Bij niet voldoen aan één of meerdere financiële eisen wordt per situatie beoordeeld welke maatregel passend is. Mogelijke gevolgen zijn: nadere uitvraag/onderzoek, een overeenkomst onder voorwaarden of er wordt geen overeenkomst aangeboden.
515	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	3. Beoordelingsruimte en herstelmogelijkheid Krijgt een nieuwe zorgaanbieder de mogelijkheid om een afwijking van één of meer financiële eisen toe te lichten en/of met mitigerende maatregelen te onderbouwen?	Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid, maar niet de verplichting, om een zorgaanbieder te vragen de inschrijving toe te lichten. U krijgt dan een termijn om de gevraagde toelichting aan te leveren; daaraan kunnen geen rechten of toezeggingen worden ontleend.
516	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	4. Beoordelingsniveau Worden de financiële eisen beoordeeld op het niveau van de inschrijvende juridische entiteit, het geconsolideerde concern, de Wlz-activiteiten of de gehele organisatie inclusief activiteiten buiten de Wlz? Indien u meer dan alleen de Wlz-activiteiten in uw beoordeling betreft, kunt u toelichten waarom dat relevant is voor het inschrijven op een overeenkomst voor Wlz-zorg?	Wij beoordelen de financiële eisen op basis van de enkelvoudige jaarrekeningen 2024 en 2025 (tenzij sprake is van een startende zorgaanbieder waar nog geen jaarrekening van is vastgesteld) én op basis van de geconsolideerde jaarrekeningen 2024 en 2025 van een (groot)moedermaatschappij (als daar sprake van is). Ook de aangeleverde realistische begroting en omzetprognose voor het lopende jaar 2026 en 2027 worden hierbij betrokken. Uit het financiële plan en de daarbij aan te leveren documenten moet een duidelijk beeld ontstaan dat de inschrijvende zorgaanbieder financieel gezond is, er geen sprake is van een negatief eigen vermogen en een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.

517	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	7. Startende zorgaanbieders Hoe beoordeelt u de financiële continuïteit van startende zorgaanbieders die nog geen volledige jaarrekeningen over 2024 en/of 2025 kunnen overleggen of nog geen representatieve Wlz-omzet hebben gerealiseerd?	Bij startende aanbieders zonder volledige jaarrekeningen beoordeelt het zorgkantoor de financiële continuïteit op basis van het ondernemingsplan en het financiële plan met een realistische begroting en omzetprognose voor het lopende jaar 2026 en 2027. Waar nodig wordt nadere informatie gevraagd om de financiële positie en risico's voor de continuïteit van zorg te kunnen beoordelen.
518	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	8. Winstratio 2–3% Kunt u toelichten of de winstratio van 2–3% bedoeld is als minimum, maximum, bandbreedte, streefnorm of indicatieve richtwaarde, en op welke inhoudelijke en feitelijke onderbouwing deze bandbreedte is gebaseerd?	De winstratio van 2–3% is één van de financiële kengetallen die wordt meegewogen bij de beoordeling van de financiële positie van nieuwe zorgaanbieders. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zorggelden primair worden ingezet voor het leveren van zorg en niet ongebruikt blijven of bovenmatig worden gereserveerd. Tegelijkertijd wordt het belang van een duurzame bedrijfsvoering erkend, waarbij zorgaanbieders voldoende reserves moeten kunnen opbouwen om toekomstige financiële risico's te dragen. De gehanteerde norm van 2–3%, gebaseerd op de ZorgRating Benchmark financiële prestaties zorginstellingen 2025 (gepubliceerd door Finance Ideas), is in lijn met deze uitgangspunten.
519	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	9. Proportionaliteit winsteis Hoe verhoudt de beperkte winstratio van 2–3% zich tot de noodzaak voor nieuwe zorgaanbieders om te investeren, opstartverliezen op te vangen, risico's te dragen en eigen vermogen op te bouwen?	De winstratio van 2–3% is één van de financiële kengetallen die wordt meegewogen bij de beoordeling van de financiële positie van nieuwe zorgaanbieders. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zorggelden primair worden ingezet voor het leveren van zorg en niet ongebruikt blijven of bovenmatig worden gereserveerd. Tegelijkertijd wordt het belang van een duurzame bedrijfsvoering erkend, waarbij zorgaanbieders voldoende reserves moeten kunnen opbouwen om toekomstige financiële risico's te dragen. De gehanteerde norm van 2–3%, gebaseerd op de ZorgRating Benchmark financiële prestaties zorginstellingen 2025 (gepubliceerd door Finance Ideas), is in lijn met deze uitgangspunten.
520	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	10. Toepassing op bestaande aanbieders en toekomst Gelden deze financiële eisen uitsluitend voor nieuwe zorgaanbieders bij de inschrijving voor 2027, of zullen deze eisen ook gedurende de contractperiode 2027–2029, in toekomstige inkoopprocedures en/of voor bestaande gecontracteerde zorgaanbieders worden toegepast?	De financiële eisen gelden primair bij inschrijving van nieuwe aanbieders, maar aanbieders (nieuwe en bestaande) moeten gedurende de contractperiode blijven voldoen aan wat is verklaard. Het zorgkantoor monitort continu de financiële positie en kan bij risico's maatregelen treffen. Dit monitoren wij ook bij bestaande zorgaanbieders.

521	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	Indien op het zorgaanbiedersportaal van het CIBG staat vermeld dat wij als zorgaanbieder reeds hebben voldaan aan de meldplicht in het kader van de wtza, moeten wij dan bij inschrijving een bewijs van invulling/melding van het/de betreffende formulier/vragenlijst aanleveren of volstaat een printscreen van het zorgaanbiedersportaal dan als bewijs?	Bij inschrijving dient u een bewijs van invulling/melding aan te leveren. Een printscreen van het zorgaanbiedersportaal volstaat niet.
522	7.6 Wat vragen wij van nieuwe zorgaanbieders?	Kunt u verduidelijken of de financiële eisen voor nieuwe zorgaanbieders harde minimeisen of beoordelingsaspecten zijn, op welk niveau zij worden beoordeeld (juridische entiteit, concern, Wlz-activiteiten of gehele organisatie), welke berekeningswijze geldt, welke gevolgen afwijkingen hebben, of mitigerende omstandigheden worden meegewogen, en of deze eisen ook voor bestaande aanbieders gelden?	We beoordelen op basis van het financieel plan en de daarbij aan te leveren documenten de financiële positie van de zorgaanbieder in zijn totaliteit. Daarbij worden de ratio's en de bijbehorende normen betrokken. Wij beoordelen de financiële eisen op basis van enkelvoudige jaarrekeningen '24 en '25 (tenzij sprake is van een startende organisatie) én op basis van geconsolideerde jaarrekeningen '24 en '25 als er sprake is van een (groot)moedermaatschappij. Ook de aangeleverde realistische begroting en omzetprognose voor het lopende jaar '26 en '27 worden hierbij betrokken. Uit het financiële plan en de daarbij aan te leveren documenten moet een duidelijk beeld ontstaan dat de inschrijvende zorgaanbieder financieel gezond is, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is. Afwijkingen kunnen leiden tot nader onderzoek, een contract onder voorwaarden of we bieden geen contract aan. Bij bestaande zorgaanbieders monitoren wij ook de financiële resultaten obv de jaarrekening.
523	7.7 Contracteermogelijkheden van PGB-gefinancierde wooninitiatieven	Er staat, we streven ernaar. En wat als dat niet lukt?	Wij gaan er niet van uit alle PGB-wooninitiatieven te contracteren in zorg in natura. Het is onduidelijk in hoeverre PGB-gefinancierde wooninitiatieven over willen gaan naar zorg in natura, danwel voldoen aan de voorwaarden van contractering.
524	7.7 Contracteermogelijkheden van PGB-gefinancierde wooninitiatieven	Meer concreet: stel het lukt niet om pgb aanbieder te contracteren wat wordt dan met het beschikbare budget gedaan richting gecontracteerde aanbieders zodat het er ook eerlijk wordt verdeeld onder de aanbieders?	PGB en ZIN zijn communicerende vaten binnen het Wlz-kader. Er is één kader waaruit beiden bekostigd worden. Als een zorgaanbieder via PGB bekostigd wordt ipv via ZIN, betekent dit dus niet dat er meer geld over is voor ZIN-zorgaanbieders.