

Nota van Inlichtingen, regionale vragen

Wijzigingen bij inkoopbeleid 2024 -2026

Versie 7 juli, na Nota van Inlichtingen is aangeduid.

VG7

Het inkoopbeleid met betrekking tot VG7 is toegevoegd: separate documenten

Aanvulling voorwaarden hardheidsclausule:

Zie hoofdstuk waar de wijzigingen inzitten: 2.1

Informatie toegevoegd over NHC/NIC:

Zie hoofdstuk waar de wijzigingen inzitten: 2.1

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1053	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	U geeft aan dat de inkoop van de Wlz zorg in de toekomst effectiever moet plaatsvinden zodat met hetzelfde geld meer mensen kunnen worden geholpen. Hierdoor ontstaan toenemende regeldruk en druk op tarieven. Werken in de Wlz wordt zwaarder door toenemende complexiteit van de problematiek. Wanneer regeldruk toeneemt en de salarissen niet voldoende (kunnen) meestijgen maakt dit werken in de Wlz niet aantrekkelijk voor (beginnende) professionals. We hebben te maken met een forse inzet PNIL. Kunt u aangeven hoe u de voorwaarden kunt scheppen zodat u samen met de zorgaanbieders de Wlz zorg aantrekkelijk houdt voor professionals?	We begrijpen uw bezorgdheid, maar dit is een algemene vraag die geen betrekking heeft op ons inkoopbeleid. In de meeste gevallen is het zo dat zorgkantoren ook geen invloed hebben op de externe factoren, zoals bijvoorbeeld de PNIL, aangezien wij afhankelijk zijn van politieke besluitvorming. Wij kunnen deze factoren met elkaar verkennen en waar nodig meenemen naar de landelijke overlegtafels.
63	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Opmerking vooraf: Er is in het format van de Nvl geen mogelijkheid om deze vraag te scharen onder "paragraaf 3" vandaar nu onder paragraaf 1. In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?	Het afsluiten van een meerjarige overeenkomst is een mogelijkheid, geen verplichting. U kunt kiezen voor een éénjarige overeenkomst.
70	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Als je als aanbieder al diverse Good Practices hebt geïmplementeerd wordt dit dan meegewogen in de beoordeling van de prijsopslagen of moeten er specifiek nieuwe GP's worden geïmplementeerd?	Om de benodigde zorgtransformatie aan te kunnen gaan, is het belangrijk dat we overgaan van good practice naar common practice. Om die reden komen alleen nieuw te implementeren GP's vanaf 2024 in aanmerking voor een opslag.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
71	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Om in aanmerking te komen voor een opslag op het ZZP moet de zorgaanbieder minimaal 2 voor de zorgaanbieder nieuwe en bewezen GP's implementeren. Hoe moeten we dit lezen: 2 nieuwe én 2 bewezen GP's of 2 GP's die nieuw én bewezen zijn?	Het gaat om bestaande GP's die bewezen zijn. Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk staan onze Good Practices beschreven waaruit de zorgaanbieder kan kiezen en kenbaar kan maken bij de inschrijving.
72	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Is er een lijst van GP's beschikbaar waar een aanbieder uit mag kiezen of doet de zorginkoper een voorstel?	Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk publiceren wij onze Good Practices. De zorgaanbieder geeft via de inschrijving bij Vecozo aan in welke GP's de aanbieder interesse heeft. Vervolgens wordt hierover het gesprek gevoerd met de inkoper of dat dit aansluit bij de zorgaanbieder. En of dat er een voldoende balans is tussen de investering en de impact van de GP's om te kunnen voldoen aan de transformatie die nodig is. Er wordt gezamenlijk een definitieve keuze gemaakt.
126	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Wij hebben vernomen dat voor de sector V&V veranderingen plaatsvinden voor zorgzwaarte ZZP4 vanaf 2024. Er wordt in regionale dementienetwerken zelfs gesproken van opheffing van deze zorgzwaarte categorie. Kan u concreet aangeven welke veranderingen u voorziet?	Of ZZP4VV wordt opgeheven, weten we niet. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
163	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Tijdens de regiobijeenkomsten heeft u input opgehaald bij de aanbieders uit de regio. Mede op basis hiervan hebt u het regionale inkoopkader opgesteld. Uit dit document blijkt niet dat er sprake is van verschillen tussen regio's. Klopt dit en waarom noemt u het dan een regionaal inkoopkader?	Eerdere jaren bestond het inkoopbeleid langdurige zorg uit een landelijk en een regionaal gedeelte. Dit onderscheid is met ingang van het jaar 2024 losgelaten. Bij het opstellen van ons inkoopbeleid 2024 hebben we inderdaad zorgaanbieders betrokken. Hieruit kwam vooral naar voren dat we gezamenlijk moeten inzetten op de transformatie van de langdurige zorg. We gaan er vanuit dat we deze transformatie met ons beleid faciliteren.
382	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Zorgaanbieder heeft te maken met minstens 4 zorgkantoren voor een relatief klein productievolume. Dat houdt in dat we met al deze partijen afspraken moeten maken, verantwoording af moeten leggen, plannen in moeten dienen, overleg moeten voeren etc. Ziet VGZ mogelijkheden om hier met alle andere zorgkantoren afspraken over te maken zodat wij gaan vallen onder één zorgkantoor? Dit zal een enorm effect hebben op de administratieve lasten en de eenduidigheid ten goede komen. Bij verantwoording over de kanslijnen zien we al zo'n lijn ontstaan. Zo nee, waarom niet?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
408	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	<p>We onderschrijven de beweging van 'Thuis als het kan' uit WOZO en tegelijkertijd zien we in de praktijk dat de huidige financiering van VPT/MPT nog niet optimaal bijdraagt aan 'Zelf als het kan' en 'Digitaal als het kan'. We zetten er daarom op in om samen met enkele aanbieders, VWS en NZa te kijken hoe we tot een meer passende financieringsvorm kunnen komen.</p> <p>Hoe kom je als zorgorganisatie hiervoor in aanmerking?</p>	In het inkoopbeleid beschrijven we de tariefssystematiek. Als u een naar uw mening meer passende financieringsvorm wilt onderzoeken dan kunt u mogelijk gebruik maken van de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-19158) van de NZa. U kunt dit met uw inkoper bespreken. Voor vragen over de beleidsregel, kunt u zich richten tot de NZa.
500	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	(Samenwerken aan toekomstbestendige langdurige zorg, pagina 3) Wat is het doel van de regionale transformatietafels?	Het doel van de regionale transformatietafels is om met elkaar aanbiederoverstijgende vraagstukken op te pakken en hier samen oplossingen voor te bedenken. Denk hierbij aan vraagstukken zoals arbeidsmarkt (bijv. Arts VG) of huisvesting (faciliteren scheiden wonen-zorg).
501	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	(Samenwerken aan toekomstbestendige langdurige zorg, pagina 3) Op welke wijze kunnen we aansluiten bij de regionale transformatietafels?	Meld u voor aansluiting bij de transformatietafel bij uw zorginkoper. Hij/zij is op de hoogte van de vorming/organisatie van de regionale transformatietafel.
581	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Hoe vult het zorgkantoor zijn rol in bij de actieve bijdrage aan de regionale transformatietafels?	Het zorgkantoor ziet zichzelf als onderdeel van de keten en faciliteert en coördineert de transformatietafel, met hulp van een Vilans/WIR (waardigheid en trots in de regio).
868	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	VGZ heeft besloten om enkel het procedurele inkooptraject te publiceren in pdf zonder verwijzing naar de inhoudelijke thema's. Wij maken bezwaar tegen deze werkwijze omdat het principe transparantie hierbij in het geding is. Onduidelijk is welke inhoudelijke afspraken er tussen zorgkantoor en zorgaanbieder gehanteerd worden en waar we van elkaar op aan kunnen. We verwachten de inhoudelijke pagina's die onderdeel zijn van de inkoop alsnog in PDF te ontvangen, zodat duidelijk is waarover afspraken gemaakt worden en voorwaarden tussentijds niet gewijzigd kunnen worden. Wanneer worden deze gepubliceerd?	De VGZ zorgkantoren hebben bewust een knip gemaakt tussen haar inkoopbeleid en haar visie op de langdurige zorg per sector. In de visie staan vooral ontwikkelingen, goede voorbeelden en aandachtspunten voor aanbieders en klanten in de langdurige zorg. In de overeenkomst staan de inhoudelijke afspraken. Criteria om in aanmerking te komen voor een overeenkomst staan in het inkoopbeleid. Het is dan ook niet nodig om alles in een document te plaatsen als zijnde onderdeel van het inkoopbeleid.
869	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Er worden enkele knelpunten genoemd voor de complexe zorg op de website (thema complexe zorg). Wij missen een belangrijk knelpunt in het lijstje betreffende een reëel kostendekkend tarief voor met name de VG7. Herkent u dit knelpunt? Kunt u dit toevoegen dan wel uw motivatie geven waarom dit volgens u geen knelpunt is?	Wij herkennen en erkennen dit knelpunt. Vanuit VWS worden hier landelijk extra middelen voor beschikbaar gesteld. Wij volgen hierin het landelijke beleid zoals benoemd in hoofdstuk 2 paragraaf 2. Met de landelijke Nota van Inlichtingen wordt hierover aanvullend landelijke beleid gepubliceerd waar wij bij aansluiten.
870	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	U stelt op de website (thema informele zorg) dat zorgaanbieders de inzet van het informele netwerk aantoonbaar faciliteren. Welke rol neemt u hierin als zorgkantoor richting uw klant, de verzekerde?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
871	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Op de website (thema innovatie) gaat u er vanuit dat van pioniersrollen wordt verwacht nieuwe innovaties te ontwikkelen en te implementeren. Hierbij verwacht u dat minimaal 35% van de kosten door de zorgaanbieder gedragen wordt. Wij gaan er vanuit dat het in deze 35% om de kosten van ontwikkeling en implementatie gaat. Klopt dat? Graag uw antwoord toelichten.	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
872	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	U stelt op de website (thema complexe zorg) dat de behoefte van de cliënt centraal gesteld moet worden. Vanuit zorginhoudelijk perspectief zijn wij het hier mee eens. Echter zien wij grote uitdagingen voor het voldoende beschikbaar en betaalbaar houden van de intensieve zorg als we enkel de cliënt centraal stellen. Bent u het er mee eens dat indien de cliëntwens en behoefte conflicterend is met de uitdagingen op gebied van betaalbaarheid (meerzorg en niet toereikende tarieven) het centraal stellen van de clientbehoefte mogelijk ondergeschikt kan worden aan de bedrijfsvoering om continuïteit van zorg voor meerdere cliënten te kunnen waarborgen in plaats van enkel deze ene cliënt? Graag uw antwoord toelichten.	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
873	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	U wenst op de website (thema meer thuis) dat cliënten met een VG3, VG4 en VG6 meer zelfstandig wonen. Deze cliënten voldoen aan de criteria voor de Wlz en hebben volgens de Regeling Langdurige Zorg recht op verblijfszorg en tevens 24uurs nabijheid dan wel permanent toezicht nodig. Uw wens schuurt hier met de huidige wetgeving. Hoe denkt u dat deze wens vorm kan krijgen in het licht van de huidige wetgeving?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
874	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Op de website (thema meer thuis) staat dat VPT doorgaans geclusterd wordt geleverd om als aanbieder te kunnen voldoen aan de wetgeving voor. Bij VPT moeten cliënten zelf hun huur betalen vanuit hun geringe inkomen (veelal Wajong), waardoor hun inkomenspositie onder druk komt te staan. Denkt u dat VPT ook een wens van cliënten is? En hoe kijkt u aan tegen de verhouding tussen de inkomenspositie van cliënten en het streven naar uitbreiding van VPT?	Deze vraag heeft niet rechtstreeks betrekking op het inkoopbeleid. Maar vanuit onze visie: wij geloven in het versterken van de eigen regie van de klant en vinden we VPT een zeer geschikte vorm hierbij. Door het scheiden van wonen en zorg blijft de zorg ook naar de toekomst betaalbaar. We zetten daarom de komende tijd in op het versterken van de samenwerking in de regio aan de regiotafels voor de GZ en willen graag samen met zorgaanbieders maar ook met gemeenten zoeken naar passende oplossingen voor onze klanten.
876	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	U stelt op de website (thema duurzaamheid) dat de doelstelling een reductie van 20% moet zijn in ongesorteerd afval. Hoe bepaalt u de nulmeting? En hoe bepaalt u de reductie met 20%? En hoe realistisch is deze doelstelling als wij als zorgaanbieder al veel afval scheiden door gebruik van eigen milieustraten. Bent u van mening dat indien de afvalscheiding al goed gaat deze doelstelling in overleg aangepast kan worden? Graag uw antwoord toelichten.	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
877	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	U geeft op de website (thema ledenbetrokkenheid) aan dat middels een klantenpanel de dialoog aan te gaan. Hoe wordt het klantenpanel gevormd? En bent u van mening dat het gesprek over de veranderende kwaliteit van zorg ook in het klantenpanel gevoerd te worden? Graag uw antwoord toelichten.	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
879	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Er wordt op de website (thema duurzaamheid) expliciet verwezen naar indiening van de CO2 routekaart bij Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). Wij zouden graag ook de mogelijkheid van indiening bij de RVO zien. Kunt u aangeven dat indiening van de CO2 routekaart bij zowel EVZ als RVO mogelijk is? Zo nee, hoe gaat u om met reeds ingediende routekaarten bij RVO?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
915	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Op 13 juni heeft u een webinar gehouden, welke op woensdagavond 14 juni online is gezet, waar op verschillende onderdelen in is gegaan. Hierbij lijkt aanvullende informatie gedeeld te zijn welke niet (zo uitgebreid) in het inkoopbeleid gepubliceerd zijn. Naast het feit dat deze webinar vlak voor de indiening van de vragen voor de nota van inlichtingen was (15 juni) is onvoldoende transparant vanuit welke visie en achtergrond VGZ contractuele afspraken maakt. Wij maken bezwaar tegen dit proces en verwachten de gedeelde informatie via de webinar alsnog gepubliceerd in een PDF te ontvangen. Kunt u hier een inhoudelijke reactie op geven en aangeven wanneer we de extra stukken kunnen verwachten?	In het webinar op 13 juni jl. hebben we geen aanvullende informatie gedeeld, anders dan vermeld in ons inkoopbeleid. Wij zien dan ook niet de noodzaak om de informatie alsnog via een pdf met u te delen.
1127	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Op de website staat het volgende "De bestaande kaders worden gefaseerd vervangen. Zo gaan we stapsgewijs en zorgvuldig de huidige processen en werkwijzen aanpassen. Wij zullen ook in het licht van het nieuwe kompas de constructieve kwaliteitsdialog met u voeren over kwaliteit van leven en zorg." Hoe is hier rekening mee gehouden in het inkoopbeleid en bepalen van het richttariefpercentage het kompas is immers nog niet vastgesteld?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid. Wij adviseren u dit nader te bespreken met uw zorginkoper tijdens het inkoopgesprek.
1323	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Graag ontvangen wij de meest recente regioanalyse VV arbeidsmarkt, bij voorkeur met data over 2022. Kunt u deze openbaar maken?	Het is ons niet duidelijk waar deze vraag betrekking op heeft en adviseren u om contact op te nemen met uw regionale werkgeversvereniging.
1328	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Waarom deze aanpassingen/ bezuinigingen de komende jaren als WOZO nog geen juridische status heeft en kwaliteitskompas er nog niet is?	Als zorgkantoren hebben we de taak om de langdurige zorg nu en in de toekomst betaalbaar te houden. Gelet op onder andere de toenemende vergrijzing en de benodigde transformatieslag die we in de regio moeten maken, is het noodzakelijk om nu al de beweging in gang te zetten via ons inkoopbeleid.
1431	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Is het mogelijk dat er aanpassingen worden gedaan binnen het verstrekkingspakket? M.a.w. wordt er kritisch gekeken wat nog wel of niet vergoed gaat worden binnen de Wlz? Denk o.a. aan schoonmaak kosten, waskosten, vervoerskosten enz. (niet directe zorgkosten)?	Deze vraag kunnen wij niet beantwoorden. Beheer van het verstrekkingspakket is in handen van het Zorginstituut Nederland. Hier heeft het zorgkantoor geen zeggenschap over.
1503	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Kleinschalige zorg wordt gestimuleerd. Echter de toegankelijkheid van de basis medisch generalistische zorg staat onder grote druk. Huisartsen weigeren steeds vaker cliënten die in kleinschalige geclusterde woonvormen wonen. Wat gaan de zorgkantoren hier in doen? Waar kunnen deze klanten zich melden?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid, derhalve kunnen we deze niet beantwoorden. Dank voor uw signaal.
1855	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	1. Onze visie op zorginkoop	Landelijke Inkoop visie en Zorginkoopbeleid VGZ: "Zelf al het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan". We hebben in de Wmo gezien dat je in de uitvoering vastloopt op een gebrek aan bepaalde "afdwingbaarheid" bij klanten. Als klant en zijn/haar omgeving niet bereid zijn tot, wordt alsnog professionele ondersteuning ingezet. De Wmo zoals deze primair bedoeld is komt daardoor maar beperkt tot uitvoering en zo blijven de instroom en kosten onverminderd hoog. Op welke wijze zou dit in de Wlz dan wél mogelijk zijn om hierin resultaten te behalen, lees: minder inzet van uren professionele ondersteuning/hulp. Hoe gaat het Zorgkantoor hier vorm aan geven, samen met het CIZ en de aanbieders?	Zorgkantoren herkennen het belang dat goed invulling wordt gegeven aan de zorg en ondersteuning in alle sectoren en de relatie tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Zorgkantoren zijn hierover met partijen in gesprek, onder andere in het kader van de IZA en de WOZO.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1954	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	1. Onze visie op zorginkoop	Er ontwikkeld zich binnen het zorgveld een verhitte dialoog ten aanzien van de zorginkoopdocumenten 2024-2026 van de zorgkantoren waarvan wij kennis hebben genomen. Als kleine zorgaanbieder die wij zijn, hebben wij deze dialoog gevolgd en kunnen wij ons grotendeels vinden in de bezwaren en vragen die hieruit naar voren zijn gekomen. Wij zien de ontwikkelingen in de markt wij spelen daarop in als aanbieder om vanuit onze kracht te doen wat het beste is voor onze cliënten. Client ervaringen en waarderingcijfers zijn bij ons boven gemiddeld hoog. Ondanks personeelskrapte in de markt moeten wij vaak nee zeggen tegen sollicitanten omdat wij voldoende personeel hebben en houden. Ondanks dit denken wij na over onze toekomst, de ontwikkelingen in de markt, meer voor minder en hoe behouden we dat wat we in de afgelopen jaren hebben opgebouwd. Omdat goed ook gewoon goed kan en mag zijn! Uiteraard zijn er continue veranderende omstandigheden. Deze worden vaak veroorzaakt doordat het systeem niet is toegerust om deze veranderingen makkelijk te kunnen opvangen. Ofwel het zorgsysteem is mogelijk dusdanig complex en gecompliceerd geworden waardoor wat we willen eigenlijk niet meer kan, of over zoveel schijven moet lopen dat goede ideeën daardoor stranden. Het idee achter innovaties is juist vanuit een idee en een droom iets ontwikkelen. We gaan dit nu in het inkoopbeleid weer volledig inperken in plannen en beleidsregels, of juist verplicht stellen. Innovatie die ingekapseld wordt en daarmee ontdaan wordt van iedere innovativiteit. Daardoor wordt de geest juist in de fles gestopt in plaats van vrij gelaten. Willen we de zorgmarkt echt in beweging krijgen dan zal er meer ruimte aan partijen gegeven moeten worden. Wij herkennen ons derhalve in de beklemmende structuur van het systeem dat door meerdere partijen is verwoord in ca heel veel vragen cq bezwaren die zijn ingediend.	Wij begrijpen dat er een verschil is tussen de uitdagingen en kwaliteiten van kleine en grote zorgaanbieders. In ons inkoopbeleid van 2023 en eerder stond het indienen van innovatieaanvragen voor alle zorgaanbieders open. Wij merkten dat hierdoor innovaties (helaas) niet altijd voldoende meetbaar werden onderzocht en dat het lastig bleek om initiatieven van elkaar over te nemen. Door in de regio in gesprek te gaan met zorgaanbieders, kunnen we gericht onze innovatiekracht inzetten en als zorgkantoor meerdere partijen met elkaar verbinden. De verwachting hiermee is dat initiatieven breder gedragen worden en we meer impact kunnen maken om ons zorgstelsel ook toekomstbestendig te behouden. Hierdoor voldoen we eerder aan de transformatie die nodig is. Voor experimenten die niet voldoende kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en niet in aanmerking komen voor innovatie, kunnen maatwerkafspraken maken met de zorginkoper (zie pagina 6 inkoopbeleid). Wij adviseren om hierover contact op te nemen met uw zorginkoper.
591	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom heeft het ZN/zorgkantoor het landelijk tariefmodel bepaald op basis van historische kosten?	Wij gaan er vanuit dat de NZa borgt dat de bekostiging via de prestaties en tarieven voor zorg thuis voldoende aansluit op de praktijk zodat de transformatie naar meer zorg thuis kan worden gemaakt.
710	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Bent u het met ons eens dat bij de vaststelling van een reëel tarief ook rekening gehouden moet worden met een reële rendement-opslag. Het is immers vaste jurisprudentie dat er bij het vaststellen van een reëel tarief ook rekening wordt gehouden met een rendement-opslag. Zo nee, waarom niet?	Nee, zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders break-even draait of winst behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
1078	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De rekenmethode die u gebruikt om het richttariefpercentage vast te stellen is voor ons niet duidelijk. Kunt u deze toelichten aan de van een feitelijke berekening van een fictieve organisatie en daarbij aangeven met welke gegevens uit het jaardocument of andere bronnen is gewerkt?	In bijlage 7 is een aanvulling opgenomen om dit te illustreren.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1329	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe is bij de bepaling van het richtlijnpercentage rekening gehouden met de coronastandigheden, compensatie omzetzijnering en extra personele kosten? Hoe is rekening gehouden met de prijsstijgingen van de materiële kosten sinds 2021, met de mogelijke extra CAO-stijgingen sindsdien en die zich mogelijk in 2023 en 2024 nog zullen voordoen? Hoe is rekening gehouden met de korting miv 2024 op de NHC die bij de meeste V&V-instellingen voor een positieve bijdrage aan het resultaat zorgt? Hoe is rekening gehouden met de kortingen op de tarieven die van overheidswege in 2024 worden doorgevoerd? Is het Zorgkantoor bereid een hoger richtlijnpercentage of tarief voor VV-instellingen te hanteren indien hier onvoldoende rekening is gehouden?	<p>Het huidige model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Zo worden de kosten die aan de Wlz zijn toe te schrijven inzichtelijk gemaakt: de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Omdat aparte compensaties die gerelateerd zijn aan Covid (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen en dus niet van invloed zijn op de Wlz ZiN ratio, zijn deze ook niet verdisconteerd in de ZiN gerelateerde Wlz kosten.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor o.a. kostenontwikkelingen, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook kosten zijn meegenomen.</p>
1142	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wij maken bezwaar tegen het tariefpercentage van 95,5%. Dit is een verlaging van het huidige tariefpercentage, die niet samengaat met de financiële consequenties als gevolg van de aanpassingen van het macro-kader door de overheid en de kostenstijgingen waar we als aanbieder mee te maken hebben	<p>Vanaf de publicatiedatum, 1 juni 2023, tot uiterlijk 15 juni 2023 kon u vragen stellen. Deze vragen beantwoorden we uiterlijk op 7 juli 2023. Dat gaat via de Nota van Inlichtingen. Alleen op het onderdeel van het inkoopbeleid waarover u binnen de daarvoor geldende termijn een vraag heeft gesteld, kunt u bezwaar indienen. U dient uw bezwaar dan op de kortst mogelijke termijn, maar in ieder geval binnen 20 kalenderdagen na publicatie van de Nota van Inlichtingen (dus uiterlijk 27 juli 2023) schriftelijk aan VGZ Zorgkantoor kenbaar te maken. Zie hoofdstuk 8 van het inkoopbeleid voor nadere informatie.</p>
643	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met het gestegen ziekteverzuim en de hogere loonkosten vanwege inzet PNIL? Zo nee, waarom niet?	<p>In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Er wordt niet aangegeven wat het tarief wordt voor de NHC/NIC. Wat is het NHC/NIC tarief voor de periode 2024-2026?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
5	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom verstrekt het Zorgkantoor geen opslagpercentage bovenop het richttariefpercentage voor alle VVT-instellingen vanwege de huidige arbeidsmarkt (instellingen hebben het al moeilijk genoeg om personeel vast te houden)?	<p>De Nvl leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatiespecifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders.</p> <p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
6	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom wordt het tariefpercentage voor 3 jaar vastgesteld? Hoe garandeert het Zorgkantoor dat nog sprake is van een reeel tarief als de aangekondigde kortingen op het NZa tarief worden doorgevoerd?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
7	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wanneer is sprake van een historisch laag tariefpercentage?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reeel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reeel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
8	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wat als de zorgaanbieder al GP's heeft geïmplementeerd en geen nieuwe kan implementeren? Bestaat dan ook aanspraak op de toeslag?	De uitdaging ten aanzien van de zorgtransformatie die nodig is om de zorg toekomstbestendig te kunnen behouden is groot. Dit betekent dat we sneller over moeten gaan van good practice naar common practice. Om die reden kunnen alleen nieuw te implementeren initiatieven vanaf 2024 onder de tariefsopslag vallen.
10	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	We maken bezwaar tegen het vaststellen van een richttariefpercentage dat voor drie jaar (of zelfs vijf jaar) gaat gelden. Bent u bereid om het richttariefpercentage ieder jaar opnieuw vast te stellen op basis van actuele, volledige en betrouwbare informatie? Zo nee, waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
16	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	De NZa is verantwoordelijk voor het bepalen van passende tarieven en de onderbouwing hiervan. Als u van mening bent dat de NZa tarieven onvoldoende gecorrigeerd en/of geïndexeerd zijn voor kostenverhogingen, dan adviseren wij u contact op te nemen met de NZa.
17	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	In het inkoopbeleid stelt u dat bestaande zorgaanbieders (in de zin van 'bestaand voor het zorgkantoor', die het hele jaar aan 2024 voorafgaande jaar een overeenkomst hebben gehad) in aanmerking komen voor een overeenkomst voor drie jaar. Wij zijn van mening dat een meerjarige overeenkomst op dit moment onwenselijk is omdat de uitwerking van het WOZO-beleid nog veel onduidelijkheden kent. Wij zien het daarom als beperkend en niet wenselijk om op dit moment een overeenkomst af te sluiten voor meerdere jaren. Kunnen wij er om die reden ook voor kiezen een eenjarige overeenkomst met het zorgkantoor af te sluiten?	Ja dat is mogelijk.
21	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	VGZ benoemt het volgende: 'Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. Wij handhaven dit lagere tariefpercentage voor 2024 en zullen dat doortrekken naar volgende jaren.' Waarom blijft VGZ een percentage handhaven dat niet (meer) reëel en kostendekkend is?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
95	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Waarom is er een grote afslag op 100 % tarief en daarbij slechts 0,4% opslag mogelijk? Wij menen dat de afslag die het Zorgkantoor hanteert op het NZa maximumtarief maken dat er geen sprake is van reële, kostendekkende tarieven om de volgende redenen:</p> <p>-Zorgaanbieder kan de gevraagde zorg niet met de vereiste kwaliteit leveren, omdat hierbij geen rekening is gehouden met diverse kostenstijgingen zoals bijvoorbeeld het toenemende beroep dat gedaan moet worden op personeel niet in loondienst (PNIL), én de tarieven ook geen opslag bevatten voor het bekostigen van innovaties.</p> <p>-De toegenomen complexiteit van de zorgvragen maakt dat behandeling en begeleiding in de gehele Wlz-ggz steeds complexer en intensiever wordt. Zorgaanbieder moet daarom gemiddeld genomen hoger gekwalificeerd personeel inzetten. De afslag die wordt gehanteerd, maakt dat wij geen zorg meer kunnen leveren die aan de geldende kwaliteitsnormen voldoet.</p> <p>-De herstelgerichte behandeling volgens de zorgstandaarden, generieke modules en de ART-methodiek en de brede inzet van ervaringsdeskundigen brengen extra kosten met zich mee. Parnassia Groep kan de herstelgerichte behandeling en de inzet van ervaringsdeskundigen alleen blijven bekostigen als daar reële, kostendekkende tarieven tegenover staan. Ook andere disciplines als maatschappelijk werkers, de ggz-verpleegkundig specialist, de psycholoog en arbeids- of hersteldeskundigen hebben een belangrijkere rol in het multidisciplinaire team. Hun opleidingsniveau ligt ook hoger dan het opleidingsniveau waar bij de huidige zzp's rekening mee is gehouden.</p>	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. De NZa gaat hierbij zorgvuldig te werk. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
148	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Opslag MPT & VPT - Graag ontvangen wij meer toelichting over de voorwaarden voor de opslag MPT & VPT (+ 2%). Zoals: geldt de 2%-opslag over het hele jaartarief? En gaat het om nieuwe cliënten (voor de zorginstelling) die MPT of VPT krijgen of om bestaande ZZP-clienten die een andere Wlz-indicatie krijgen?	De opslag geldt voor het gehele budgetjaar. De omvang van het aandeel MPT en VPT wordt vastgesteld op twee meetmomenten, te weten 1 augustus 2023 en 1 augustus 2024. We bevestigen dat het dus om nieuwe als ook om bestaande cliënten gaat. We kijken hier enkel naar de groei in het aantal cliënten in VPT en MPT, zorgzwaarte en cliëntenmix worden hierin niet meegenomen. Met deze opslag willen we sturen op de beweging, dat wil zeggen dat we de opslag toekennen aan zorgaanbieders die groei realiseren op het MPT en VPT percentage t.o.v. de ZZP pakketten.
149	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Resultaatsafspraken - Gelden de resultaatsafspraken ook voor de opslag MPT & VPT? Zijn er nu al algemene voorwaarden/eisen rondom de monitoring te geven? En geldt de terugbetaling ook als de zorginstelling actief heeft ingezet op een VPT- of MPT-indicatie maar deze door het CIZ wordt afgewezen?	De leveringsvorm bepaalt de aanbieder zelf op basis van afspraken met de client. CIZ heeft hierin geen rol. Wij kijken naar de groei in aantallen cliënten die de zorg in MPT of VPT vorm ontvangen. Bij terugvordering kijken we naar objectieve aantallen en niet naar de inzet van de zorgaanbieder. Het betreft hier immers een resultaatsafpraak. We verwachten van zorgaanbieder dat ze het zorgkantoor gedurende het jaar meenemen in de voortgang van deze beweging zodat er in goed overleg de afspraken gemonitord kunnen worden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
244	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Als wordt voldaan aan de voorwaarde dat 2 GP's succesvol worden geïmplementeerd geld dan de opslag voor de gehele populatie die zich binnen een ZZP bevindt? Of alleen voor degene waar de GP betrekken op heeft?	Het implementeren van een GP vraagt meestal een omslag in het gehele zorgproces van de gehele zorgorganisatie. Hierdoor is een GP zelden alleen van toepassing voor één doelgroep. De opslag wordt bovenop het richttarief toegekend voor de gehele GGZ-populatie die zorg ontvangt van de betreffende zorgaanbieder middels een ZZP.
245	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Als wordt voldaan aan de eisen van groei in VPT/MPT geldt dan de opslag voor de gehele populatie of enkel voor de ingestroomde cliënten vanaf de peildatum? En zijn er aanvullende bepalingen voor de genoemde toename binnen VPT/MPT?	De opslag geldt voor de hele MPT/VPT populatie van de zorgaanbieder. Er zijn geen aanvullende bepalingen opgenomen. Uiteraard gaan wij wel er vanuit dat een aanbieder die in aanmerking wil komen voor deze opslag, ook daadwerkelijk de beweging naar extramurale zorg inzet. Zie tabel paragraaf 2.1.
34	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is het tarief voor prestaties die niet bij de sector GZ horen (het sectorvreemde tarief)?	De sector van inschrijving bepaalt het richttarief.
35	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is het tarief voor de NHC/NIC en voor hoeveel jaar geldt dit tarief?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
36	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Voor hoeveel jaren gelden de genoemde tarieven en opslagen?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. De genoemde opslagen zijn in principe voor 1 jaar vastgesteld, maar het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.
37	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Moet de implementatie van 2 GP's in 2024 om in aanmerking te komen voor de opslag of mag het in de periode 2024-2026?	De Zinnige Zorg strategie met daarbij het opschalen van GP's blijft ook in ons nieuwe inkoopbeleid de basis voor de langdurige zorg. Het gaat hierbij om implementatie in 2024. In de tweede helft van 2023 kunnen zorgaanbieders al anticiperen op deze implementatie.
38	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Komen de Good Practices overeen met de verplichte innovaties die wij volgens zorgkantoor Zilveren Kruis moeten implementeren en die nog gepubliceerd zullen worden in een landelijke lijst van ZN, de branches en het Digitale Kenniscentrum Zorg?	Landelijk zijn er, zoals u benoemt, meerdere goede praktijkvoorbeelden bekend. Een voorwaarde voor onze Good Practices is dat zij meetbaar bewezen zijn aangetoond in de eigen zorgpraktijk met daaronder een businesscase. Dit gaat een stap verder dan sommige andere goede praktijkvoorbeelden. Om de garantie te kunnen bieden dat het impact heeft op de kwaliteit van zorg én de zorgkosten bespaart, gaan wij enkel uit van onze Good Practices zoals gepubliceerd op onze website.
39	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Zijn de implementatie van de Good Practices de invulling van kanslijn 2 (innovatie)?	Voor de gehandicaptenzorg willen wij met onze Zinnige Zorg strategie (waaronder GP's en FIT's) zoveel mogelijk aansluiten bij de kanslijnen. Er zijn meerdere Good Practices (GP's) toepasbaar die voldoen aan de kanslijn 2. Op onze website kan een aanbieder onderzoeken welke GP's mogelijk bij hen aansluiten en dit kenbaar maken bij de inschrijving.
40	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kan de opslag voor een groei in VPT voor meer jaren worden afgesproken? Wij zijn bezig met een huisvestingsproject, maar het is nog niet bekend wanneer deze gerealiseerd zal zijn. Voor de businesscase is het wel van belang om zicht te hebben op de meerjarenfinanciering vanuit het zorgkantoor.	In principe geldt de transformatieopslag voor 1 jaar. Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. De hoogte van de opslag kan eventueel per jaar wisselen. De tarieven worden per zorgaanbieder individueel afgesproken, o.a. afhankelijk van de gemaakte transformatieafspraken. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
854	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U schrijft dat maatwerkafspraken kunnen worden ingezet voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht. Begrijpt zorgaanbieder het goed dat het niet mogelijk is om voor complexe zorg maatwerkafspraken te maken? Zo ja, kunt u toelichten waarom niet?	Complexe zorg wordt regulier gefinancierd middels ZZP's. Mocht reguliere bekostiging incl. meerzorg niet toereikend zijn gaan wij hierover graag in gesprek. Het is mogelijk om in aanmerking te komen voor een maatwerkafpraak als deze inhoud geeft aan de 5 kanslijnen voor zover daar nog geen GP's voor beschikbaar zijn. Het dienen projecten te zijn om het aanbod van zorg en ondersteuning dusdanig te wijzigen dat voldaan wordt aan de doelen van de afzonderlijke kanslijnen. 1 van de kanslijnen is 'Complexe zorg, waarbij sprake is van multiproblematiek'.
44	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	VGZ geeft aan dat de bekostigingssystematiek en het richttariefpercentage geldt voor 3 jaar. In 2025 leidt het kostenonderzoek van de NZa tot nieuwe tarieven. Op basis daarvan moeten de reële tariefpercentages opnieuw vastgesteld worden. Hoe verhoudt de meerjarige bekostigingssystematiek zich volgens u tot deze wijziging en de verplichting om reële tarieven te hanteren?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
48	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Aanbieders die eerder een lager tariefpercentage hebben afgesproken (historisch laag tarief), ontvangen dit tariefpercentage ook de komende jaren, althans dat lagere percentage is het uitgangspunt voor maatwerkafspraken. Die voorwaarde is in strijd met de gelijke behandeling van aanbieders omdat aanbieders in deze inkoopronde ongelijk worden behandeld. Tarieven uit het verleden rechtvaardigen dat onderscheid in ieder geval niet. Relevant is alleen de zorg die in de aankomende contractperiode wordt ingekocht en de voorwaarden waaronder die wordt geleverd (zodat bijvoorbeeld wel onderscheid door middel van opslagen kan worden gemaakt). Dat het historisch laag tarief als uitgangspunt voor nadere afspraken wordt genomen, heeft tot onwenselijk en onredelijk gevolg dat bepaalde trouwe, vaste, ervaren aanbieders op achterstand staan ten opzichte van nieuwe aanbieders. We verzoeken u voor alle aanbieders hetzelfde tarief te hanteren en historisch lage tarieven niet als uitgangspunt te nemen voor verdere tariefafspraken.	Gelijke gevallen dienen gelijk behandeld te worden. Zorgaanbieders met een historisch laag tarief hebben de zorg eerder echter voor een lager tariefpercentage kunnen leveren, hetgeen betekent dat de met hun overeengekomen tarieven reële waren. De NZa indexeert de NZa-maximumtarieven waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, waardoor de ontwikkeling in de maximumtarieven gevolgd worden. Zij kunnen bovendien meebewegen in de noodzakelijke transformatie en daar transformatieopslag voor krijgen en een beroep doen op de hardheidsclausule als dat nodig is. In het kader van de doelstellingen voor de langdurige zorg is het noodzakelijk dat er doelmatig wordt ingekocht door het zorgkantoor.
49	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat u voor aanbieders met wie een lager tariefpercentage is afgesproken dat lagere tariefpercentage geldt. Aanbieders hebben in het verleden in andere tijden een lager tarief afgesproken. De afgelopen jaren is al meerdere keren aangegeven dat dit tarief te krap is. Toen is toegezegd dat per 2024 een heel nieuwe inkoopssystematiek gaat gelden en dat deze nieuwe systematiek mogelijk kansen biedt. Het is disproportioneel, en in strijd met de redelijkheid en billijkheid om aanbieders nog jarenlang aan een in het verre verleden geoffreerde tarief te houden. Zeker gelet op alle ontwikkelingen (inflatiestijgingen, corona, krapte arbeidsmarkt, cao-onderhandelingen etc.) kunnen partijen niet oneindig aan afspraken gehouden worden. We verzoeken u voor alle aanbieders hetzelfde tarief te hanteren en historisch lage tarieven niet als uitgangspunt te nemen voor verdere tariefafspraken.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
50	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Aanbieders dienen zich voor een opslag van 0,1% te commiteren aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. Indien er nieuwe afspraken gemaakt worden die aanbieders onredelijk vinden, kunnen zij dit commitment intrekken. De opslag die tot dan toe is betaald moeten aanbieders terugbetalen. Aanbieder vindt dit een onredelijk bezwarend beding dat de rechtszekerheid niet dient. Het beding is tevens disproportioneel. Aanbieders hebben geen invloed op alle gemaakte afspraken tijdens een overlegtafel en kunnen zich niet op voorhand commiteren aan toekomstige afspraken. Aanbieder stelt voor dat het beding zo wordt gewijzigd dat, indien er in de toekomst reden is om in het geval van nieuwe afspraken het commitment in te trekken, zij alleen vanaf dat moment geen aanspraak meer kunnen maken op de opslagcomponent en de opslagen tot de ingangsdatum van nieuwe afspraken in stand worden gelaten (dus nog steeds verschuldigd en - voor zover uitgekeerd - niet hoeven te worden terugbetaald).	De noodzakelijke transformatie in de langdurige zorg gaat alleen lukken als we dit per regio samen oppakken. Dit betekent dat de partijen die het betreft ook de hiervoor noodzakelijke afspraken moeten nakomen. Het staat aanbieders overigens vrij om in geval van nieuw gemaakte afspraken die zij apert onredelijk vinden, dit commitment in te trekken. De tot dan toe uitbetaalde opslag is onverschuldigd betaald en dient terug betaald te worden, al dan niet door verrekening.
69	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom worden historisch lage tarieven als uitgangspunt genomen?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
73	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom is het richttariefpercentage wederom neerwaarts bijgesteld? Met de toenemende arbeidsmarktproblematiek en oplopende inflatie staan de resultaten van aanbieders onder druk. Voor de berekening is gerekend met de jaarrekening 2021. Is dit een realistische aanname gezien de ontwikkelingen in 2022?	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen.</p> <p>Met betrekking tot uw vraag over de methode wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruik gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.</p>
407	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Bewezen innovaties voor de VG in het algemeen zijn in veel gevallen niet altijd toegankelijk voor mensen met een zintuiglijke beperking (visueel en/of auditief) en daardoor niet direct toepasbaar in hun leefomgeving in de langdurige zorg. In hoeverre stelt het zorgkantoor geld beschikbaar van de validatie van bewezen initiatieven voor deze doelgroep en het toepasbaar maken voor de zintuiglijke beperking?	U dient een keuze te maken uit de bestaande Zinnige Zorg initiatieven. Buiten de GZ mag u hierbij ook gebruik maken van de initiatieven uit de V&V en de GGZ. Hiermee is voldoende aanbod aan initiatieven om een keuze te maken.
75	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	De zorgaanbieder komt in aanmerking voor een transformatieopslag als er in 2024 meer cliënten met een VPT/MPT in zorg zijn t.o.v. 2023. Voor sommige cliënten is een ZZP echter beter passend en/of financieel voordeliger (het verschilt per cliënt wat het financiële plaatje is qua toeslagen, eigen bijdrage, eigen vermogen, mogelijkheden van het netwerk, etc.) Kan hier door het zorgkantoor ook rekening mee worden gehouden in de toekenning van de opslag?	Uiteraard blijft er binnen de langdurige zorg een groep cliënten die absoluut is aangewezen op intramuraal verblijf. Daarom vindt er geen afbouw van bestaande capaciteit plaats. Zorg die echter ook prima in de thuissituatie geboden kan worden willen wij daarnaast echter stimuleren. Dit is beter voor de cliënt en kan doelmatiger gerealiseerd worden.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
88	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor de bepaling van het richttarief 95,5% zijn de jaarrekeningen 2021 als basis gebruikt. Wij zijn ervan overtuigd dat deze vergelijking niet representatief is gezien hevig veranderde omstandigheden na 2021 aan zowel kosten als opbrengsten kant. Gezien de jaarrekeningen 2022 finaal zijn en van 2023 ook een aardig beeld inmiddels is, zijn wij benieuwd in wat voor zin jullie hier rekening mee houden. Kunnen jullie dit toelichten?	<p>Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om doelmatig zorg in te kopen. Het tariefmodel is ontwikkeld om tot een onderbouwing te komen van een richttariefpercentage dat als uitgangspunt kan dienen voor de inkoop door zorgkantoren. Daarbij is er nadrukkelijk voor gekozen om niet een minimumpercentage vast te stellen, maar een richttariefpercentage waarmee 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat kan behalen.</p> <p>Met betrekking tot uw vraag wijzen wij u erop dat de tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Voor de berekeningen van de richttariefpercentages is gebruikt gemaakt van beschikbare gegevens van het - ten tijde van de vaststelling - meest recent afgesloten boekjaar. Het model berekent een Wlz ZiN ratio en past die toe op de kosten. Omdat aparte compensaties (EKC/DKC) niet voor extra omzet zorgen via Wlz ZiN omzet, is dit ook niet verdisconteert in de ZiN gerelateerde Wlz kosten. Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.</p>
89	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wij lezen in de tabel voor de transformatieopslagen onder het kopje 'Opslag ZZP, VPT, MPT' dat er minimaal 2 nieuw, bewezen GP's geïmplementeerd moeten worden. Hieraan gekoppeld zit een opslag van +0,2%. Wij interpreteren dit als per geïmplementeerde GP 0,2% opslag. Klopt dit?	Men kan in aanmerking komen voor de transformatieopslag als er tenminste twee voor de aanbieder nieuwe GP's geïmplementeerd worden. Dit geldt dus niet per GP. Dit is nodig om samen de zorgtransformatie te versnellen.
90	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Onder het kopje 'Maatwerkafspraken' lees ik dat er een mogelijkheid is voor extra financiering wanneer "Het gaat om financiering van vooraf door het zorgkantoor goedgekeurde initiatieven die bijdragen aan de transformatie van het zorglandschap maar die niet voldoende kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transformatieopslag." Kunnen jullie aangeven welke initiatieven hiervoor zijn geselecteerd?	Het kan hierbij gaan om experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht.
91	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is bij het bepalen van het richttarief V&V rekening gehouden met de extra overheidskorting op de NZa tarieven V&V 2024 en zo nee, volgt er dan nog een bijstelling naar boven?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.
92	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Opslag 2,1% MPT PV en VP, geldt dit ook voor de PV/VP speciaal en onplanbaar ?	Dit geldt enkel voor de basisproducten H104 (verpleging) en H126 (Persoonlijke verzorging).

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
246	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wanneer wordt voldaan aan de criteria voor Opslag ZZP en/of MPT&VPT?	De criteria voor het toekennen van een opslag staan vermeld in paragraaf 2.1 van het inkoopbeleid.
96	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Over welk deel van het budget geldt de 2% opslag bij MPT & VPT als er groei gerealiseerd is? Betreft dit het totale (intra en extramuraal) budget of alleen het extramurale deel?	Deze opslag geldt voor MTP en VPT prestaties.
98	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wordt er in het tarief rekening gehouden met regionale op- en /of afslagen? Zo ja, hoe worden deze bepaald en wat zijn deze percentages voor op- en afslagen dan?	Het is voor ons niet duidelijk wat u verstaat onder regionale op- en afslagen. Deze vormen geen onderdeel van het inkoopbeleid.
99	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Als kleine organisatie moet je een beroep doen op transformatiegelden om innovaties te financieren. Hoe borgen jullie dit?	Onze tariefsystematiek is er op gericht om de transformatie te ondersteunen. Een transformatieopslag wordt toegekend als een zorgaanbieder voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden. Op de pagina https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2024/innovatie kunt u lezen hoe wij transformeren door te innoveren. We hanteren geen afwijkend beleid voor kleine zorgaanbieders.
100	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wordt er onder andere in het kader van de CAO onderhandelingen, rekening gehouden met een aanpassing van het richttarief voor de komende jaren?	Dit is geen factor in de berekening van het richttariefpercentage. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.
1199	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	De definitie om in aanmerking te komen voor de 2,2% opslag op de MPT/VPT is "De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van voorgaand jaar (peildatum 1-8-2024 t.o.v. 1-8-2023)". Hoe wordt berekend dat er sprake is van een "groeiend aantal en aandeel"? Graag de rekenregel publiceren.	We spreken van een groeiend aantal als op de peildatum in absolute zin meer cliënten MPT en VPT ontvangen dan een jaar eerder. Onder aandeel wordt verstaan het % extramuraal zorg t.o.v. ZZP. Zie bijlage Rekenvoorbeelden.
103	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is voor kleinere zorgorganisaties voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen?	Onze tariefsystematiek is er op gericht om de transformatie te ondersteunen. We streven ernaar om zo veel als mogelijk vanuit samenwerking de keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Indien u ervaart dat u onvoldoende invloed kunt uitoefenen op de besluitvorming in regionale samenwerkingsverbanden waar regiobudgetten worden verdeeld, kunt u dit bespreekbaar maken bij uw zorginkoper.
105	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wat gebeurt er met de 4,2% transitiebudgetten die zijn afgeroemd in voorgaande jaren en die nu nog regionaal besteed moeten worden via een kassier? Blijven deze beschikbaar voor de regio in 2024? Of moet ieder voorzicht dit apart aanvragen?	Voor 2024 kennen we geen afroaming meer via de 4,2% en geldt een apart budget met transitiebudgetten. Voor de transitiebudgetten geldt dat o.a. samenwerking met andere aanbieders een voorwaarde is. Mochten de transitiebudgetten van voorgaande jaren nog niet benut zijn, bespreek dit aan de regiotafel voor de verdere inzet.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
106	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Moeten we om in aanmerking te komen voor de GP's opslag van 0,2% een GP selecteren uit de lijst of mogen we eigen GP's aanleveren. Welke criteria's hanteren jullie voor een GP?	Om in aanmerking te komen voor de opslag gaan wij uit van de GP's zoals gepubliceerd op onze website. Deze GP's zijn meetbaar bewezen aangetoond (a.d.h.v. een businesscase) dat zij de kwaliteit voor de cliënt verhogen en zorgkosten besparen. Let op: alleen deze GP's komen in aanmerking voor een opslag. Om het zorgveld te vernieuwen zijn wij altijd op zoek naar nieuwe Zinnige Zorg initiatieven. Deze initiatieven zijn onder andere kwaliteitsverhogend, kostenbesparend, meetbaar, opschaalbaar en vernieuwend. Wij nodigen u uit om de vernieuwende initiatieven kenbaar te maken bij uw zorginkoper. Wij gaan dan graag met u in gesprek.
107	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Voor VG7 worden er landelijk afspraken gemaakt voor aanvullende middelen en een aangepast tariefspercentage. Daarnaast heeft Zilveren Kruis ervoor gekozen om voor een aantal andere ZZP's (waaronder ZGAUD3) die zij hoog-complex noemen een hoger tariefspercentage af te spreken. Hierdoor ontstaat er voor ons een binnen de organisatie niet verklaarbaar financieringsverschil voor dezelfde zorg op een andere locatie. Kunt u ons de onderbouwing geven waarom VGZ voor de ZGAUD3 niet tot een afwijkend percentage bent gekomen?	Specifiek voor de VG7 doelgroep hebben afgelopen jaar landelijk meerdere onderzoeken gelopen. Mede hierdoor heeft VWS voor 2023 en 2024 €40 miljoen extra per jaar beschikbaar gesteld, specifiek voor de VG7 doelgroep. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZP ZG VIS 5 en ZGaud03 staan los van de doelgroep ZZP VG7 en zijn niet meegenomen in deze onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
108	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	In het webinar op 13/6 werd de volgende vraag gesteld: 'Er wordt veel gesproken over de complexe zorg, veelal i.c.m. VG7 en meerzorg. Echter hebben cliënten met zzp ZGvis05 en ZGaud03 ook een zeer complexe zorgvraag. Waarom kiest VGZ ervoor geen opslag te geven bij deze zzp's?' Het antwoord van Chatteam+VGZ+Zorgkantoor. 'Beste H, voor de VG7 indicaties is er landelijk extra budget beschikbaar gekomen. Dit geldt niet voor ZGvis05 en ZGaud03.' Wij zijn het niet eens met deze redenatie. Het tarief moet zijn gebaseerd op het kostenpatroon / de complexiteit van de zorg. Het mag naar ons idee niet zijn gebaseerd op extra middelen die het Zorgkantoor heeft ontvangen. Kunt u ons aangeven waarom u van mening bent dat hoog complexe zorg in de ZG sector op een andere manier bekostigd moet worden dan hoog complexe zorg in de VG?	Specifiek voor de VG7 doelgroep hebben afgelopen jaar landelijk meerdere onderzoeken gelopen. Mede hierdoor heeft VWS voor 2023 en 2024 €40 miljoen extra per jaar beschikbaar gesteld, specifiek voor de VG7 doelgroep. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZP ZG VIS 5 en ZGaud03 staan los van de doelgroep ZZP VG7 en zijn niet meegenomen in deze onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
123	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Het tarief moet op grond van het proportionaliteitsbeginsel in redelijke verhouding staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet?	Voor het berekenen van de richttariefpercentages zijn de kostengegevens (uit de jaarrekening) in beschouwing genomen en niet de vermogenspositie van de zorgaanbieder.
125	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat het richttariefpercentage voor GZ 95,7% is. Nu leveren wij als zorgaanbieder met regelmaat sectorvreemde zorg (V&V en GGZ) onder het GZ contract dat wij met u als zorgkantoor hebben afgesloten. Welk tariefspercentage gaat gelden bij sectorvreemde levering?	De sector van inschrijving bepaalt het richttarief.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
129	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het inkoopbeleid geldt meerjarig, betekent dit dat de tariefsystematiek ook meerjarig geldt? Stel dat ik op enig moment geen nieuwe bewezen GP's meer kan implementeren en ik kan nog wel groeien in MPT. Kom ik dan nog in aanmerking voor 2,1% tarief opslag? Deze MPT en VPT opslag is immers voorwaardelijk gemaakt van het implementeren van GP's.	Als zorgkantoor zijn wij voortdurend op zoek naar Good Practices (GP's). Zeker met het oog op de noodzakelijke transformatie gaan wij er vanuit dat de komende jaren voldoende GP's kunnen worden opgespoord en opgeschaald. De opslag blijft gebonden aan het implementeren van tenminste twee GP's.
130	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op pagina 6 staat 'uw inkoper gaat met u in gesprek over welke GP's relevant zijn voor uw organisatie'. In het kader van transparantie en gelijke kansen zou ik willen vragen om alle GP's vooraf te publiceren, zodat ik ook weet aan welke GP's VGZ in de breedte denkt (en niet alleen wat de zorginkoper denkt relevant te zijn voor onze organisatie).	Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk publiceren wij onze Good Practices. Enkel GP's kunnen in aanmerking komen voor een vergoeding. De aanbieder kan bij de inschrijving in Vecozo kenbaar maken in welke GP's zij interesse hebben om op te schalen. Hierover gaat vervolgens de zorginkoper met u in gesprek, om samen te beoordelen of dat de implementatie haalbaar is en voldoet aan de impact voor de benodigde zorgtransformatie.
131	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Bij inschrijving is alleen de formule van het richttariefpercentage bekend. De NZa tarieven van 2023 zijn niet bekend, terwijl we al wel weten van gestapelde korting (NHC, kortingen op het zorgdeel van het tarief in 2024, 2025 en 2026) en stijgende personele kosten (door oa CAO). Ik kan als aanbieder dus vooraf niet inschatten op basis van welk tarief ik in 2024 inschrijf en of ik daar een kostendekkende exploitatie mee kan draaien. Ik vind dat principieel onjuist. Wat adviseert VGZ zorgkantoor mij te doen?	Om de eigen positie t.o.v. het richttariefpercentage te bepalen kan de aanbieder de stappen in figuur 1 van de bijlage doorlopen om zijn eigen "kostenpercentage/kostenratio" te berekenen. Als het berekende percentage op of onder het richttariefpercentage uitkomt zit de aanbieder in de 75% groep waarvan op basis van dit model wordt bepaald dat ze een positief of neutraal resultaat behalen, komt het berekende percentage boven het richttariefpercentage uit dan valt de aanbieder in de 25% groep. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden hierin middels indexatie verwerkt. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven volgen we de landelijke indexatie. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte/wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam dit onder de aandacht te brengen bij de NZa. VGZ moet uiterlijk 1 juni het inkoopbeleid publiceren, terwijl het NZa-tarief 1 juli bekend moet zijn. Wij stellen voor het gebruikelijke inkoopproces te doorlopen, waarbij we pas na 7 juli tot definitieve afspraken komen.
132	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kan VGZ zorgkantoor een toelichting geven hoe zij doelmatige zorgverlening beoordelen? Wanneer is zorg doelmatig en wanneer is de zorg niet doelmatig? Krijg ik als zorgaanbieder ook de beschikking over benchmarkcijfers over doelmatigheid?	Met het blijven hanteren van het 75ste percentiel doen wij geen uitspraken over wijzigingen in de doelmatigheid van de sector. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
133	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Met het voorschrijven van GP's, het beoordelen van doelmatigheid en bij hardheidsclausule operationele verbeteringen voorstellen gaat het zorgkantoor op de stoel van van de aanbieder zitten! Is de opdracht van het zorgkantoor niet beperkt tot het zorgen dat iedereen met een Wlz-indicatie van zorg voorzien? En dit doet het zorgkantoor door voldoende zorg te contracteren?	Het zorgkantoor heeft zorgplicht voor Nederlanders met een Wlz indicatie. Dit betekent dat er voortdurend aandacht moet zijn voor toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Vanuit deze verantwoordelijkheid is het vanzelfsprekend om eisen te stellen aan de partij waar wij die zorg inkopen. Uiteraard is het streven daarbij altijd om voldoende en doelmatige zorg in te kopen.
136	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In de regio is een innovatie agenda afgesproken. Als de inkoper met lijst met GP's afwijkt van de innovatie agenda, hoe moet ik daar dan als aanbieder mee omgaan. VGZ zorgkantoor wil immers ook regionale samenwerking met regionale (transformatie) doelen?	Financiering van de innovatieagenda in de regio verloopt met name via de transitie-middelen. De transformatieopslag van het zorgkantoor loopt via het inkoopbeleid. Uw inkoper gaat met u in gesprek over welke GP's relevant zijn voor uw organisatie en bijdragen aan de transformatie.
137	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op pagina 5 staat in een blauw kader 'transformatieopslag'. Wat wordt hiermee bedoeld? In het zorginkoopbeleid komt transformatieopslag (als uitgewerkt begrip of toelichting op de opslag) niet terug.	Onder transformatieopslag in de sector V&V, wordt de opslag verstaan die op pagina 6 van het inkoopbeleid V&V staat vermeld. Hierbij staan ook de voorwaarden benoemd.
140	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kan VGZ verduidelijking wat ik precies moet doen voor de opslag ZZP, VPT en MPT aan de regionale tafels? Ik kan anders voetnoot 2 'apert onredelijk' niet beoordelen.	De zorgaanbieder committeert zich aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels.
141	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De opslag 2,1% voor onderdelen PV en VP in het MPT is relatief gezien erg hoog ten opzichte van de 0,2% en 0,1 %. Kan VGZ toelichten waarom VGZ deze hoge opslag inzet op MPT? En waarom VGZ dit niet doet voor VPT, want groei in VPT is toch ook wenselijk omdat dat bijdraagt aan het opvangen van de toenemende vraag naar verpleeghuiszorg?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT, omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
144	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Aan de regionale tafel is een afspraak gemaakt over de innovatieagenda met daarin innovaties (GP's) die we dit jaar implementeren (of een start maken met). Mag ik die opvoeren in het kader van de GP? Zo niet, heb ik dan niet een extra opdracht bij het implementeren bij GP's?	GP's die op onze website vermeld staan en in de regio omarmd worden, kunnen als zij vanaf 2024 worden opgeschaald in overleg met onze zorginkoper in aanmerking komen voor een tariefsopslag. <u>Let op:</u> alleen de GP's die op onze website staan en nog niet geïmplementeerd zijn door de betreffende aanbieder, komen in aanmerking voor een opslag, mits niet reeds betaald uit de transitie-middelen.
145	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is slimme inco een GP?	Ja, slim incontinentiemateriaal is een van onze GP's.
146	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe kunnen wij nu al ja zeggen tegen het inkoopbeleid, als we nog niet weten welke implementatiekosten een te implementeren goodpractice met zich mee brengt?	Wij zien aanbieders graag GP's implementeren, maar kunnen dit niet verplichten. Het blijft de keuze van de aanbieder om hierin te gaan bewegen. Deze keuze levert een opslag van 0,2% bovenop het ZZP.
248	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Gedurende welke periode blijft de Zorgaanbieder recht houden op de opslag ZZP en/of MP&VPT?	In principe geldt de transformatieopslag voor 1 jaar. Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
150	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is de onderbouwing om te komen tot een opslagpercentage van 0,2%/ 0,1% danwel 2,1%? Graag ontvangen we deze onderbouwing.	Om de Langdurige Zorg toegankelijk en betaalbaar te behouden, is het belangrijk dat alle zorgaanbieders meegaan in de benodigde zorgtransformatie. De basis voor iedere zorgsoort (ZZP,VPT,MPT) is het landelijke vastgestelde richttarief per sector. Door een lagere ZZP opslag te hanteren, spelen we meer gelden (%) vrij voor hogere tarieven in de MPT, waarmee de beweging naar 'thuis als het kan' gestimuleerd wordt.
151	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe hangen de opslagpercentages samen met de investeringen/ extra kosten die hiervoor gemaakt moeten worden?	Doel van de transformatieopslag is het stimuleren van de transformatie van het zorglandschap. De hoogte van de opslag is niet gekoppeld aan eventuele investeringen die mogelijk nodig zijn. Er is in aanvulling op het richttarief en de transformatieopslag, ook mogelijk om maatwerkafspraken te maken. U kan in aanmerking komen indien het gaat om vooraf door het zorgkantoor goedgekeurde initiatieven die bijdragen aan de transformatie van het zorglandschap, maar die niet voldoende kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transformatieopslag.
1200	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De definitie om in aanmerking te komen voor de 2,2% opslag op de MPT/VPT is "De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van voorgaand jaar (peildatum 1-8-2024 t.o.v. 1-8-2023)". Indien een instelling een nieuwe ZZP locatie opent in 2024 (op basis van in eerdere jaren gemaakte afspraken) dan heeft dat een negatief effect op de ontwikkeling van de verhouding ZZP vs VPT./MPT. Houdt het Zorgkantoor bij de beoordeling van de 2,2% opslag rekening met deze in het verleden gemaakte afspraken? Zo niet, waarom niet.	Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, dient u aan de genoemde voorwaarden te voldoen. Het is niet mogelijk om hier in te gaan op de individuele situatie van een zorgaanbieder.
822	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De GGZ en GZ-sector hebben een hoger richttariefpercentage. Wanneer een V&V instelling dergelijke zorg levert aan een GZ/GGZ cliënt is het richttariefpercentage feitelijk te laag. Dit geeft een onwenselijke stimulans om dergelijke cliënten geen zorg te leveren maar terug naar de eigen sector te sturen. Dit terwijl een oudere GZ wellicht betere zorg kan krijgen bij een V&V. Krijgen we als V&V aanbieder over de producten GZ en GGZ het hogere richttariefpercentage afgerekend? Zo nee, waarom niet?	De sector van inschrijving bepaalt het richttarief.
1387	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van voorgaand jaar'. Deze opslag is mogelijk voor aanbieders die een omslag in indicaties gaan maken. Waarom is aanspraak op deze opslag niet mogelijk voor een organisatie die sinds aanvang overeenkomst met VgZ alleen met VPT werkt?	Om de Langdurige Zorg toegankelijk en betaalbaar te behouden, is het belangrijk dat alle zorgaanbieders meegaan in de benodigde zorgtransformatie. De basis voor iedere zorgsoort (ZZP, VPT, MPT) is het landelijke vastgestelde richttarief per sector. Door een lagere ZZP opslag te hanteren, spelen we meer gelden (%) vrij voor hogere tarieven in de MPT, waarmee de beweging naar 'thuis als het kan' gestimuleerd wordt.
74	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van voorgaand jaar (peildatum 1-8-2024 t.o.v. 1-8-2023). Is hieraan een percentage of fixed aantal cliënten gekoppeld of kan worden volstaan met een streefnorm?	Nee, hieraan is geen percentage of streefnorm gekoppeld. Wel gaan wij er vanuit dat zorgaanbieders serieus inzetten op extramuralisering van zorg waar dat kan. Zie bijlage Rekenvoorbeelden. We spreken van een groeiend aantal als op de peildatum in absolute zin meer cliënten MPT en VPT ontvangen dan een jaar eerder. Onder aandeel wordt verstaan het % extramurale zorg t.o.v. ZZP.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
300	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het richttariefpercentage is voor 3 jaar vastgesteld. Hoe garandeert het zorgkantoor dat dit niet ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg in de volgende jaren (in 2025 en 2026)? Gaat deze methodiek niet voorbij aan nog mogelijke bijzondere kostenontwikkelingen zoals bijvoorbeeld wanneer de nieuwe CAO afspraken dusdanig veel hoger zijn dan de tariefontwikkeling?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
167	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe heeft het zorgkantoor in de tariefstelling rekening gehouden met de noodzakelijke investeringen/additionele kosten om aan de greendeal te kunnen voldoen?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld met het oog op financiële zekerheid aan zorgaanbieders. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks worden geïndexeerd voor kostenontwikkeling in het veld, volgt het richttariefpercentage automatisch deze kostenontwikkelingen. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentages nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld. Wij doen dit juist om aanbieders meer zekerheid te geven over het behoud van reële tarieven over de jaren heen.
168	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Uit welke goodpractices dienen we te kiezen? Is dat een limitatieve lijst?	Zie hiervoor onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk
169	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe is er rekening meegehouden dat de implementatiekosten per Good Practice enorm kunnen afwijken van elkaar?	Het uitgangspunt van een Good Practice is dat het initiatief altijd de kwaliteit van zorg voor de cliënt vergroot en tegelijkertijd zorgkosten bespaart. Het kan zijn dat tijdelijk de aanloopkosten oplopen en dit kan verschillen per GP, evenals de impact op de verwachte kostenbesparing. Uiteindelijk verdient de aanbieder de investering in een GP terug.
172	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom vindt er geen toeslag op het tarief plaats, voor uitbreiding van VPT?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
299	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het richttariefpercentage is voor 3 jaar vastgesteld. In hoeverre verbindt een zorgaanbieder zich nu al aan dit richttariefpercentage door een meerjarige overeenkomst te sluiten? Is het mogelijk in de volgende jaren (2025 en 2026) opnieuw het richttariefpercentage ter discussie te stellen en/of hier bezwaar tegen te maken?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
174	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom wordt er bij het vaststellen van het initiele budget geen rekening gehouden met de extramurale groei binnen de Wlz?	Net als in voorgaande jaren, wordt het budget in 2024 persoonsvolgend en per zorgaanbieder bepaald. Per zorgaanbieder wordt op basis van de prognose een budget beschikbaar gesteld. Uitgangspunt is de prognose 2023. Vervolgens kunt u in gesprek met uw inkoop over additionele groei.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
179	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe waarborgt het zorgkantoor de scheiding tussen betaling (zorgkantoor) en uitvoering (zorgaanbieder)? Toelichting: we zien dat het zkt steeds meer op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten. Voorbeeld verplichting invoering GP's.	Het is niet verplicht om een GP in te voeren om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. De uitdaging om ons zorgstelsel ten aanzien van toegankelijkheid en betaalbaarheid toekomstbestendig te behouden, is groot. Om de zorgkosten in de hand te houden is het noodzakelijk dat het zorgveld transformeert en we samen sneller overgaan van good practice naar common practice. Dit doen we samen met de zorgaanbieder. Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, maakt de zorgaanbieder eerst een voorselectie welke GP's voor hem interessant zijn. Vervolgens maakt de aanbieder dit kenbaar in Vecozo. Daarna gaat de zorginkoper samen in gesprek met de zorgaanbieder.
180	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	verplichting 2 GP's te implementeren. Waarom legt het zorgkantoor een bij een andere instelling ontwikkelde GP op, in plaats van te vragen naar twee GP's die de zorgaanbieder zelf gaat implementeren en die daarmee wel passen binnen zorgvisie, beleid, etc?	Wij kiezen voor opschaling van bewezen GP's die gepubliceerd zijn op de website van VGZ. De zorgaanbieder mag zelf aangeven welke van deze GP's aansluiten bij de eigen praktijk. Het al dan niet in aanmerking willen komen voor een opslag is de keuze van de zorgaanbieder. De zorginkoper gaat hierover samen met de aanbieder in gesprek.
282	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Het zorgkantoor is eraan gehouden regionale opslagen en/of modules (of andere op – en afslagen op het basistarief) voldoende te onderbouwen. Heeft u rekening gehouden met bijvoorbeeld regionale problematiek van vergrijzing en verduurzamingsopgave in de regionale opslagen/modules? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	Uitgangspunt is dat de noodzakelijke zorg kan worden verleend vanuit het richttarief. De transformatieopslag is bedoeld ter stimulering van activiteiten die nodig zijn om deze beweging in gang te zetten. Duurzaamheid en vergrijzing zijn expliciet onderwerpen die in deze transformatie worden betrokken.
208	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Met betrekking tot de transformatieopslag zijn naast jaarlijkse afspraken, ook meerjarenafspraken mogelijk maar alleen indien de doelstellingen en ook de effecten meerjarig zijn. Aanvullend schrijft u dat de hoogte van de toeslag eventueel per jaar kan wisselen. Betekent dit dat meerjarenafspraken tussentijds toch weer kunnen worden herzien?	In principe worden meerjarenafspraken gedurende de looptijd niet aangepast. Wat wij hier bedoelen is dat we bij de start van het maken van een meerjaren afspraak, een andere opslag per jaar kunnen afspreken. Oftewel, de hoogte van de opslag kan per jaar variëren, afhankelijk van de gemaakte meerjarenafpraak. De tarieven worden per zorgaanbieder individueel afgesproken, o.a. afhankelijk van de gemaakte transformatieafspraken.
209	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Eén van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag is dat de zorgaanbieder zich committeert aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. In de voetnoot neemt u echter op dat het aanbieders vrij staat in geval van nieuw gemaakte afspraken die zij apert onredelijk vinden, dit committent kunnen intrekken maar wel met als consequentie dat de tot dan toe uitbetaalde opslag onverschuldigd betaald is en dient te worden terugbetaald, al dan niet door verrekening. Vraagt u hier niet het onmogelijke van een zorgaanbieder? In hoeverre heeft een zorgaanbieder de mogelijkheid om een ander standpunt in te nemen dan collega-aanbieders in de regio?	Transformeren van de langdurige zorg gaat alleen lukken als de regionale aanbieders hier collectief de schouders onder zetten. Inmiddels zien wij regio's waar deze samenwerking uitermate goed verloopt. Uiteraard kunnen wij individuele aanbieders niet dwingen om in deze regionale transformatie mee te gaan en is er ruimte voor afwijkende standpunten. In dat laatste geval ziet u af van de opslag.
211	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is het onderscheid tussen projecten in het kader van de transitie-middelen en projecten in het kader van Maatwerkafspraken?	Projecten in het kader van transitie-middelen worden door de samenwerkende aanbieders in de regio voorgedragen aan het zorgkantoor. Maatwerkafspraken maakt het zorgkantoor met een individuele aanbieder. Hierbij gaat het om: experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van knelpunten in de zorgplicht. Een en ander voor zover deze niet kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transformatieopslag.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
212	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt u voorbeelden geven van projecten die in aanmerking komen voor Maatwerkafspraken?	In voorgaande jaren is via deze weg onder andere het experiment met de Sociale Benadering Dementie bekostigd.
213	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Er komen nieuwe CAO afspraken aan. Het is niet ondenkbaar dat deze niet volledig gedekt worden door de NZA indexatie. Is het bespreekbaar om, als de VVT instellingen in de regio hier collectief voor kiezen, de middelen beschikbaar voor Maatwerkafspraken terug te laten vloeien in de tarieven?	Nee, dit is niet mogelijk. Het is de verantwoordelijkheid van de NZa om tarieven trendmatig bij te stellen, onder andere op grond van loon- en prijspijsontwikkelingen.
214	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wat gebeurt er met de financiële ruimte voor de Maatwerkafspraken als er niet op wordt ingeschreven in een regio?	Het zorgkantoor beschikt elk jaar over een vooraf bepaald bedrag (contracteerruimte) waarmee de noodzakelijke zorg moet worden ingekocht. Uit deze contracteerruimte moeten ook de maatwerkafspraken worden gedekt.
215	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wij werken in de Regio al enkele jaren samen aan de gestelde doelen en dit blijven wij doen. Wij pleiten voor een zo hoog mogelijk integraal tarief in de regio. De Maatwerkafspraken vergen nieuwe administratieve lasten en brengen nieuwe financiële risico's. Is het bespreekbaar dat deze middelen terugvloeien naar de tarieven? Zo niet, kunnen deze middelen aan de Regionale Tafels Midden- en Noordoost-Brabant worden toegekend?	De in ons inkoopbeleid geschetste tariefsystematiek staat goede samenwerking in de regio niet in de weg. De tariefsystematiek zal dan ook niet worden aangepast. In principe is de uitgangssituatie voor elke aanbieder (per sector) gelijk. Hierbij gaan wij uit van een integraal richttariefpercentage.
218	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Voorwaarde voor de opslag van 0,2% is het implementeren van minimaal 2 voor de aanbieders nieuwe en bewezen GP's. Op welke manier is het Zorgkantoor voornemens de implementatie van de GP's te monitoren?	De gemaakte resultaatafspraken worden vastgelegd in de overeenkomst; hier wordt ook afgesproken hoe wij het behalen van de resultaten monitoren.
249	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt onderbouwen waarom voor de VPT & MPT voor een opslag van 2,0% is gekozen. Welke uitgangspunten zijn hiervoor genomen?	Om de Langdurige Zorg toegankelijk en betaalbaar te behouden, is het belangrijk dat alle zorgaanbieders meegaan in de benodigde zorgtransformatie. De basis voor iedere zorgsoort (ZZP, VPT, MPT) is het landelijke vastgestelde richttarief per sector. Door een lagere ZZP opslag te hanteren, spelen we meer gelden (%) vrij voor hogere tarieven in de MPT, waarmee de beweging naar 'thuis als het kan' gestimuleerd wordt.
250	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt onderbouwen waarom voor de ZZP voor een opslag van 0,2% is gekozen. Welke uitgangspunten zijn hiervoor genomen?	In de GGZ kennen we twee vormen van opslag: 1. Een opslag van 0,2% op het ZZP deel als de aanbieder minimaal 2 nieuwe en bewezen GP's implementeert 2. Een opslag van 2% op het MPT/VPT deel als de aanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, een groeiend aantal en aandeel cliënten gaat voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van voorgaand jaar. (peildatum 1 augustus 2023 ten opzichte van 1 augustus 2024). Transformatie houdt ook in dat intramurale zorg vernieuwd kan worden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
260	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan: "Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. Wij handhaven dit lagere tariefpercentage voor 2024 en zullen dat doortrekken naar volgende jaren". Dit is een vorm van rechtsongelijkheid. Immers een aantal aanbieders krijgt een hoger richttarief dan andere Zorgaanbieders voor dezelfde producten. De Zorgaanbieder kan hier niet over in onderhandeling met het Zorgkantoor. Bent u bereid gezien de rechtsongelijkheid de paragraaf "historisch laag tarief" te schrappen en de bijlagen zo aan te passen dat aanbieders waarmee in voorgaande jaren een lager tariefpercentage is afgesproken recht hebben om minimaal het richttariefpercentage? Zo nee, waarom niet? En graag zien wij een toelichting u als u niet van mening bent dat het een vorm van rechtsongelijkheid is, kunt u die geven?	Gelijke gevallen dienen gelijk behandeld te worden. Zorgaanbieders met een historisch laag tarief hebben de zorg eerder echter voor een lager tariefpercentage kunnen leveren, hetgeen betekent dat de met hun overeengekomen tarieven reëel waren. De NZa indexeert de NZa-maximumtarieven waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, waardoor de ontwikkeling in de maximumtarieven gevolgd worden. Zij kunnen bovendien meebewegen in de noodzakelijke transformatie en daar transformatieopslag voor krijgen en een beroep doen op de hardheidsclausule als dat nodig is. In het kader van de doelstellingen voor de langdurige zorg is het noodzakelijk dat er doelmatig wordt ingekocht door het zorgkantoor.
723	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Zijn er maatwerkafspraken te maken wanneer de indexatie van de NZa tarieven, verschil tarief percentage 2023-2024 en de CAO ontwikkelingen niet op elkaar aansluiten?	Het onderwerp wat u benoemd komt niet in aanmerking voor een maatwerkafpraak. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
728	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken; er wordt aangegeven dat bij GGZ focussen we ons extra op in- door- en uitstroom, specifiek op dagstructuur ondersteunende robots en vernieuwende woon-, zorg- en leefconcepten. Hierin mis ik het in 2023 ingezette beleid mbt goed werkgeverschap/duurzaamheid/voldoende beschikbare zorg. Wordt dat wel meegenomen?	Alle drie de genoemde onderwerpen zijn nog steeds belangrijk voor ons. Hier leest u meer informatie over het thema duurzaamheid: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2024/duurzaamheid . Goed werkgeverschap geven we vorm in GP's en FIT's. Voor voldoende beschikbare zorg blijven we de wachtlijsten en zorgplicht monitoren en voeren wij continu gesprekken met alle zorgaanbieders.
729	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	opslag MPT & VPT: wat wordt verstaan onder een groeiend aantal en aandeel cliënten? Waarom de peildatum 1-8?	We spreken van een groeiend aantal als op de peildatum in absolute zin meer cliënten MPT en VPT ontvangen dan een jaar eerder. Onder aandeel wordt verstaan het % extramurale zorg t.o.v. ZZP. Zie bijlage Rekenvoorbeelden.
926	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	"Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. Wij handhaven dit lagere tariefpercentage voor 2024 en zullen dat doortrekken naar de volgende jaren." Graag ontvangen wij een toelichting waarom er voor gekozen wordt bestaande aanbieders op een lager tariefpercentage te handhaven.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Wanneer de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
927	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U biedt een opslag op het tarief van 0,2% indien de zorgaanbieder minimaal 2 voor de aanbieder nieuwe en bewezen Good Practices implementeert. Wat zijn deze nieuwe en bewezen Good Practices?	Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk staan al onze Good Practices beschreven. Er is meetbaar bewezen aangetoond dat deze initiatieven de kwaliteit voor de cliënt verhogen en zorgkosten verlagen. De zorgaanbieder kan in aanmerking komen voor een opslag, als hij tenminste voor hem 2 nieuwe van deze bewezen GP's implementeert. Wij blijven dagelijks op zoek naar vernieuwende, meetbare initiatieven om te onderzoeken of deze uitgewerkt kunnen worden tot een GP. Zo blijven we samen het zorgveld vernieuwen. Wij nodigen u uit om bij uw zorginkoper kenbaar te maken als u een vernieuwend, meetbaar initiatief heeft.
1054	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat er opslagen te realiseren zijn maar dat er wel duidelijke afspraken over de effecten noodzakelijk zijn. Wie bepaalt en besluit of de effecten voldoende zijn geformuleerd, zeker wanneer hiervoor meerjarige afspraken worden gemaakt? Kunt u dit proces toelichten en aangeven op welke manier en door wie hierover het besluit wordt genomen?	Het toekennen van transformatieopslagen wordt getoetst aan de daaraan in het inkoopbeleid gestelde voorwaarden. We streven altijd naar het maken van doelgerichte en meetbare resultaatafspraken die helder en transparant vastgelegd zijn in de overeenkomst. Ook duidelijke afspraken over monitoring en verantwoording zullen aan de 'voorkant' worden vastgelegd. Deze afspraken kunnen variëren per aanbieder, omdat we een aanbieder niet willen beperken in zijn/haar creativiteit om de transformatie te maken. Wij kennen als zorgkantoor niet alle manieren om dit te doen en willen de innovatieve ideeën hiervoor ook niet uitsluiten. De voorwaarden voor opslag kunt u teruglezen in paragraaf 2.1, pagina 6 van het inkoopbeleid, in de opslagentabel. Wij verzoeken u hierover het gesprek aan te gaan met uw inkoper.
1055	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat een aanbieder een opslag van 0.2% kan krijgen op de ZZP's wanneer deze 2, voor de aanbieder nieuwe, GP's implementeert. In de webinar (13-06) heeft u aangegeven welke keuzes er zijn voor de GP's maar ook aangegeven dat andere GP's in overleg ook mogelijk zijn. Is dat juist? Hebben we daarnaast (ook) goed begrepen dat bij het inschrijven (uiterlijk 28 juni) alleen maar hoeft te worden aangegeven dat we willen intekenen voor opslag GP/ ZZP en dat de concrete uitwerking op een later tijdstip in overleg met Zorginkoper VGZ wordt vastgesteld? Is dat juist?	Voor de GGZ zijn de drie GP's Het Houvast, Het Potentieel Pakken en MPT voor geclusterd wonen het uitgangspunt. Het is voor zorgaanbieders ook mogelijk om te kiezen uit een van de andere GP's op onze webstie: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk . Bij de inschrijving in Vecozo maken zorgaanbieders kenbaar in welke GP's zij interesse hebben om op te schalen. Hierover gaat de inkoper met u in gesprek. De concrete uitwerking volgt in de overeenkomst.
1056	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat een aanbieder die aantoonbaar meer/ groter aandeel van de Wlz zorg gaat leveren in een VPT of MPT, deze een opslag kan krijgen. Hoe wordt de omvang vastgesteld? Houdt u hierbij naast het aantal Wlz cliënten/ plaatsen per aanbieder ook rekening met de mix van profielen en daarmee met de zorgzwaarte? Daarnaast is het de vraag of resultaten behaald moeten worden in de bestaande caseload van de aanbieder of dat deze bij nieuwe instroom extra kan sturen op VPT en MPT en daarmee het resultaat kan behalen? Bovendien vragen we ons af of en hoe u de opslag toepast bij een zorgaanbieder die meer dan collega's in vergelijkbare organisaties zorg levert in een VPT/ MPT of al voor het overgrote deel op VPT/MPT levert. Ontvangen zij ook een opslag?	De omvang van het aandeel MPT en VPT wordt vastgesteld op twee meetmomenten, te weten 1 augustus 2023 en 1 augustus 2024. We bevestigen dat het dus om nieuwe als ook om bestaande cliënten gaat. We kijken hier enkel naar de groei in het aantal cliënten in VPT en MPT, zorgzwaarte en cliëntenmix worden hierin niet meegenomen. Met deze opslag willen we sturen op de beweging, dat wil zeggen dat we de opslag toekennen aan zorgaanbieders die groei realiseren op het MPT en VPT percentage t.o.v. de ZZP pakketten.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1057	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	We vragen VGZ met klem om zowel de afspraken over de opslag ZZP alsook de afspraken over de opslag VPT/ MPT te maken na de inschrijving. Zorgaanbieders hebben in deze periode te maken met verschillende opdrachten uit IZA, WOZO, GALA en de inschrijving valt midden in de vakantieperiode. Kunt u bevestigen dat de aanbieder die gebruik wil maken van transformatieplannen dit bij de inschrijving slechts hoeft te melden en na de inschrijving in overleg met de inkoper de plannen kan formuleren en vaststellen?	Wij kunnen bevestigen dat u bij de inschrijving kunt aangeven waar u een bijdrage aan wenst te leveren. Na uw inschrijving gaat u in gesprek met uw zorginkoper om indien van toepassing deze plannen om te zetten in resultaatafspraken die opgenomen zullen worden als resultaatafspraken in de overeenkomst 2024. Dit betekent dat dit wel concreet moet zijn afgesproken voordat de overeenkomst ondertekend wordt.
1059	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	In 2024 gaat u, anders dan in 2023, bij de transformatieplannen uit van een resultaatverplichting en niet van een inspanningsverplichting. In de tekst wordt niet duidelijk of er altijd sprake is van een volledige terugbetaling, ook als deelresultaten wel worden behaald. We gaan ervan uit dat hiervoor billijkheid en schappelijkheid geldt, zeker daar waar ZK en ZA het eens zijn dat ZA hierin niet verwijtbaar is. Kunt u bevestigen dat niet per definitie de gehele opslag dient te worden terugbetaald wanneer deelresultaten niet kunnen worden behaald?	De transformatieopgave gaan wij alleen waarmaken als wij aan de voorkant haalbare afspraken maken met zorgaanbieders. We zullen dan ook afspraken maken waarvan duidelijk aannemelijk is dat deze waar kunnen worden gemaakt. Indien u de overeengekomen resultaten niet behaalt, zal de opslag worden teruggevorderd dan wel verrekend.
1060	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat maatwerkafspraken mogelijk zijn. Kan een maatwerkafpraak het gehele jaar worden gemaakt?	Als de inschrijving bij Vecozo afgerond is, heeft u een gesprek met uw inkoper. Op basis van de te maken resultaatafspraken wordt bepaald of u in aanmerking komt een maatwerkafpraak. De afspraken die hierover worden gemaakt, worden vastgelegd in de overeenkomst. Doel is om aan de voorkant duidelijke afspraken te maken over de te behalen resultaten en de wijze van monitoring.
263	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Wij missen in het inkoopbeleid van VGZ het tariefpercentage voor NHC/NIC. Kunt u bevestigen dat u tijdens de looptijd van het inkoopbeleid een tariefpercentage van 100% NHC/NIC hanteert? Zo nee, welke percentages hanteert u dan en kunt u in dat geval toelichten hoe u tot dit percentage bent gekomen?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
269	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Waarom heeft u niet, net zoals Zilveren Kruis, in de tariefstelling (meer) gedifferentieerd naar specifieke zorgprestaties? Bent u bereid dat alsnog te doen, en zo niet, waarom niet?	Nee, VGZ heeft gekozen om ambulantisering en het opschalen van bewezen GP's te stimuleren middels tariefsaanpassingen.
274	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Het tarief moet op grond van het proportionaliteitsbeginsel in redelijke verhouding staan tot het voorwerp van de opdracht. De financiële positie van een onderneming heeft niets te maken met het voorwerp van de opdracht, en kan derhalve geen rol spelen bij het vaststellen van een proportioneel tarief. Bovendien leidt dit tot de perverse prikkel dat Wlz-instellingen meer vreemd vermogen (moeten) gaan aantrekken, wat alleen maar kostenverhogend werkt. En voor instellingen die gefinancierd zijn met voornamelijk vreemd vermogen, is het een prikkel om vooral niet te veel eigen vermogen op te bouwen omdat ze anders niet meer in aanmerking komen voor een hoger tarief. Bent u bereid om deze toepassingsvoorwaarde te laten vervallen? Zo nee, waarom niet?	Het richttariefmodel is een doorontwikkeling van het model van de afgelopen jaren. Financieringsbaten en lasten zijn net als voorgaande jaren buiten beschouwing gelaten. Uit het externe validatietraject is gebleken dat de Wlz ZiN ratio niet goed toepasbaar is op de financiële baten en lasten. Het juist toekennen van deze kosten en baten zou veel maatwerk vereisen en daardoor administratie voor alle partijen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
276	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U hanteert in 2024 als criterium voor een tariefopslag het voorzien van zorg van een groeiend aantal en aandeel MPT cliënten van minimaal 2% t.o.v. het aantal MPT cliënten in 2023 (peildatum 1-8-2024 t.o.v. 1-8-2023). Wij hebben in het verleden veel MPT cliënten met zorg voorzien en maakt nu een inhaalslag met VPT cliënten. In hoeverre kan de prestatieafspraken groei MPT worden ingeruild tegen groei VPT?	Dit is niet mogelijk, deze opslag geldt enkel voor MPT.
277	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het inkoopbeleid is de mogelijkheid tot het maken van (meerjaren) maatwerkafspraken geboden. Op basis van welke criteria wordt bepaald of een voorstel/idee/experiment van een organisatie in aanmerking komt voor maatwerkafspraken?	Het gaat hier om activiteiten die niet regulier gefinancierd kunnen worden vanuit bestaande NZa prestaties en die door het zorgkantoor omarmd worden als zijnde relevante transformatietriggers op het gebied van contractering, experiment en innovatie.
289	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor de opslagpercentages is het aannemelijk dat investeringen/ extra kosten gemaakt moeten worden. Hoe denkt het Zorgkantoor deze investeringen / extra kosten mogelijk te maken?	Extra kosten kunnen (deels) worden gedekt vanuit de transformatieopslag. Daarnaast wordt implementatie van een GP achteraf terugverdiend.
290	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In de uitleg staat dat de opslag voor MPT alleen geldt voor PV en VP, terwijl het doel van MPT, mensen langer thuis laten wonen, vaak ook gepaard gaat met de mogelijkheid om gebruik te maken van hulp bij huishouding en dagbesteding. Waarom geldt de opslag niet voor deze laatste twee elementen?	PV en VP zijn hier de meest relevante zorgtaken. De overige zorgtaken kunnen prima worden gedekt vanuit het richttarief.
295	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Met alle verlagingen van tarieven en kosten stijgingen, hoe borgt het Zorgkantoor dat er voor zorgaanbieders voldoende financiële mogelijkheden zijn om te voldoen aan de noodzakelijke verandering in de (ouderen)zorg?	<p>De Nvl leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatiespecifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders.</p> <p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
296	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op pagina 5 wordt het landelijk tariefmodel onderbouwd als waarborg voor kwalitatief goede en doelmatige zorg. Hoe komt het zorgkantoor tot de conclusie dat dit model ook daadwerkelijk goede langdurige zorg waarborgt?	<p>De NvI leent zich niet voor inhoudelijke beoordelingen van organisatiespecifieke kenmerken van individuele zorgaanbieders.</p> <p>Ten algemene geldt het volgende. Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>
298	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Welke mogelijkheden zijn er om maatwerkafspraken te maken over een hoger tarief om goede en doelmatige zorg te leveren?	Maatwerkafspraken hebben niet het doel om te komen tot hogere tarieven voor reguliere zorg. Hiervoor zijn dus geen mogelijkheden. Maatwerk is naast transformatieopslag een middel om de noodzakelijke beweging in gang te zetten.
302	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het zorgkantoor is er aan gehouden om regionale opslagen en/of modules voldoende te onderbouwen. De opslag voor MPT beperkt u tot de onderdelen PV (H126) en VP (H104). Heeft u rekening gehouden met het feit dat ook de volgende onderdelen binnen de MPT: dagbesteding basis (H531) - dagbesteding psychogeriatrisch (H533) – dagbesteding somatisch ondersteunend (H800) - dagbehandeling ouderen som en pg (H802) en dagbehandeling LG (H840) een groeiend belang kennen om bij te dragen aan 'zelfstandig als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'? Ook deze genoemde codes dragen actief bij aan een groeiend aantal MPT en zouden in die zin dezelfde opslag rechtvaardigen. Zeker gelet op de relatief grote groei in de regio van mensen met dementie. Bent u het daarmee een? Zo nee, waarom niet?	PV en VP zijn hier de meest relevante zorgtaken. De overige zorgtaken kunnen prima worden gedekt vanuit het richttarief.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
313	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Op welke wijze wordt het productievolume LG waarvoor Vivent een toelating heeft in het basistarief gelijk getrokken met het richttariefpercentage van de GZ? De GGZ en GZ-sector hebben een hoger richttariefpercentage. Wanneer een V&V instelling dergelijke zorg levert aan een GZ/GGZ cliënt is het richttariefpercentage feitelijk te laag. Dit geeft een onwenselijke stimulans om dergelijke cliënten geen zorg te leveren maar terug naar de eigen sector te sturen. Dit terwijl een oudere GZ wellicht betere zorg kan krijgen bij een V&V. Krijgen we als V&V aanbieder over de producten GZ en GGZ het hogere richttariefpercentage afgerekend? Zo nee, waarom niet?	De sector van inschrijving bepaalt het richttarief.
334	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Het zorgkantoor geeft een opslag voor MPT van 2,1% op PV en VP. Het budget is clientvolgend. Het is dus de keuze van de client welke leveringsvorm hij of zij kiest. Om langer thuis te kunnen blijven wonen is ook veel geïnvesteerd in VPT zorg. Waarom geeft het zorgkantoor geen opslag op groei van VPT? EN geldt de opslag enkel voor MPT's waar wij als zorgaanbieder 100% dossierhouder voor is of waar we als zorgaanbieder ook coördinator thuis voor zijn.	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren. De opslag geldt voor de prestaties PV (H126) en VP (H104) ongeacht de rol van de aanbieder.
341	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Gaat het bij de GP alleen om de voorbeelden die op de website worden gegeven? En zijn de voorbeelden uit de drie sectoren van toepassen op alle sectoren? Dus GP uit een GP uit de ggz mag ook in de vvt?	Jazeker, we stimuleren graag dat zorgaanbieders ook sectoroverstijgend initiatieven implementeren voor zover die passend zijn. De opslag gaat enkel om GP's die op de website staan.
355	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	In de Actiz rekentool impact Wlz bekostiging is aangegeven dat de NZa de NHC per 2024 gaat verlagen met gemiddeld 8 procent. Om deze verlaging deels te compenseren krijgen zorgorganisaties 4 procent 'terug' doordat VWS verduurzamingsmiddelen per 2024 naar voren haalt. Zover nu bekend betekent dit een netto verlaging van de NHC voor 2024 van gemiddeld 4 procent. Echter op dit moment is niet helder wat de voorwaarden en mogelijke aanspraak op de 4% zijn. Kunt u hier duidelijkheid over geven?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden.
356	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U schrijft dat u als VGZ aansluit bij het landelijke richttariefpercentage van 95,7% voor de sector GZ. Dit percentage is landelijk bepaald op het niveau waarbij het tarief voor 75% van de zorgaanbieders in Nederland kostendekkend (inclusief resultaat) voor de Wlz is. Dit tarief is gebaseerd op data uit 2021. In hoeverre is hiermee gewaarborgd (gelet op gestegen kosten, lopende CAO-onderhandelingen, de NHC-korting en de generieke Wlz-tariefsverlaging) dat er een reëel tarief voor de in te kopen zorg wordt betaald voor de gehele periode 2024-2026?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
357	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het inkoopbeleid van VGZ ontbreekt informatie over het tariefpercentage voor NHC/NIC. Voor zorgaanbieder is echter belangrijk hier duidelijkheid over te hebben. Kunt u bevestigen dat u tijdens de looptijd van het inkoopbeleid een tariefpercentage van 100% NHC/NIC hanteert? Zo nee, welke percentages hanteert u dan en kunt u in dat geval toelichten hoe u tot dit percentage bent gekomen?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
366	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	de gemaakte resulaat afspraken met betrekking tot de opslagen op het richttarief worden vastgelegd in de overeenkomst. Hierop wordt gemonitord. Als de resulaten niet of onvoldoende worden behaald wordt de financiële waarde van de ten onrechte uitbetaalde	Deze vraag is niet duidelijk en kan niet worden beantwoord
370	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?	<p>Het klopt dat we een aantal rekenregels toepassen. Mocht er een situatie zijn waar we specifiek rekening mee moeten houden, neemt u dit dan mee in de toelichting.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
371	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Indien u gebruik gaat maken van de rekenregel waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken, geldt dat wij hiertegen bezwaar hebben. De reden hiervoor is dat de financiële positie van een zorgaanbieder door veel meer factoren bepaald wordt dan alleen het eigen vermogen, zoals de resultaatsmarge, de EBITDAR marge, de DCSR, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. Bent u bereid om bij de beoordeling van deze toepassingsvoorwaarde altijd in overleg te treden met de betrokken zorgaanbieder en alleen te kijken naar de daadwerkelijke cash financiële reserves, waarbij de voorwaarde geldt dat een instelling op geen enkele wijze geconfronteerd wordt met een zogenaamde Breach of Covenant van de banken. Zo nee, waarom niet?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg. We handhaven het inkoopbeleid op dit punt.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
375	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt u bevestigen dat onder meer zorginhoud/complexiteit van zorg, de kosten van vastgoed, de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, aanrijtijden, en bepaalde specialisaties onvoorziene en onredelijk benadeelde gevolgen zijn die kunnen leiden tot een verhoging van het tarief op grond van de hardheidsclausule?	Dit zijn elementen die een kostenopdrijvend effect hebben waardoor het kan zijn dat de zorgaanbieder de zorg niet kostendekkend kan leveren. Bij de beoordeling van de hardheidsclausule kijken we ook nog naar andere elementen. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Dit alles nemen we mee bij de beoordeling of en welke afspraken we maken op basis van de hardheidsclausule.
376	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Zorgaanbieder maakt met VGZ inkoopafspraken vanuit de GZ. Binnen deelgebied hebben we vooral te maken met ouderenzorg. Opslag van 0,2 % bij invoering van 2 GP's gekoppeld aan de kanslijnen GZ is geen automatisme binnen ouderenzorg. Geldt dezelfde opslag ook bij invoering van bewezen GP's vanuit de VVT?	Jazeker, we stimuleren graag dat zorgaanbieders ook GP's uit andere sectoren implementeren. Voor het implementeren van GP's wordt breder gekeken dan alleen de kanslijnen.
377	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Betreffende de opslag 2,2 % voor MPT/VPT bij groeiend aantal cliënten. Zorgaanbieder richt zich hier op maar door bovenregionale functie komen cliënten niet direct altijd uit het zelfde (postcode) gebied. Kunnen wij ervanuit gaan dat de opslag van 2.2 % geldig is voor alle MPT/VPT trajecten; dus los van groei in aantallen?	Nee, dit heeft betrekking op een groei in MPT/VPT in de bij VGZ Zorgkantoor gedeclareerde productie.
378	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe moeten bepaalde onderwerpen zoals bv digitalisering verantwoord worden?	Deze vraag is niet concreet en kan daardoor niet beantwoord worden. Ga in overleg met uw zorginkoper voor nadere concretisering en een passend antwoord.
379	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Betreffende transformatie door innovatie: Het inkoopbeleid gaat ervan uit dat de implementatie van een succesvolle innovaties vanuit de reguliere tarieven bekostigd moeten worden. Het gaat hierbij ook om bewezen innovaties. Voor implementatie van deze innovaties zijn kosten gemoeid. Hoe denkt het zorgkantoor dat daadwerkelijke implementatie en borging uit de integrale tarieven met afslagen bekostigd kunnen worden?	Innovatie en Good Practices zijn twee verschillende termen. Innovatie is nog niet bewezen, betreft pionieren en ontwikkelen. Dit doen wij in ons inkoopbeleid gericht met selectieve aanbieders die voldoen aan de door ons gestelde innovatiecriteria. Een innovatie kan later een Good Practice worden. Voor het implementeren van Good Practices kan gebruik worden gemaakt van de transformatieopslag.
381	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe ziet het zorgkantoor de relatie tussen het richttarief (afslag) en meerjarige afspraak met het feit dat in 2025 nieuwe tarieven beschikbaar komen vanuit het kostprijsonderzoek? Visueel beperkte tarieven komen tot stand op basis van twee aanbieders. Het verhaal van 75% van de aanbieders hebben bij het richttarief voldoende rendement gaat in de visuele sector niet op.	Het tariefmodel bepaalt een richttariefpercentage op basis van de voor zorgkantoren beschikbare kosten- en declaratiegegevens van alle Wlz zorgaanbieders in 2021. Het richttariefpercentage verandert niet als de NZa-tarieven wijzigen. Het model gaat zuiver uit van de informatie die beschikbaar is over het, ten tijde van vaststelling, meest recent afgesloten boekjaar (2021). Het absolute tarief dat een zorgaanbieder ontvangt kan wijzigen omdat het richttariefpercentage over het dan geldende maximumtarief wordt berekend.
674	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het beleid staat dat er in 2024 een opslag toegekend kan worden van 2,1% voor een groeiend aantal en aandeel van minimaal 2% MPT cliënten die van zorg moet worden voorzien t.o.v. het aantal MPT cliënten in 2023 (peildatum 01-08-2024 ten opzichte van 01-08-2023). Kan worden aangegeven hoe we dat precies moeten interpreteren?	Het aantal MPT cliënten stijgt in absolute zin en het aandeel MPT t.o.v. ZZP stijgt met minimaal 2%.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
192	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het inkoopkader is aangegeven "Transformatie door innovatie": Impactvolle transformatie, daar zijn we naar op zoek voor toekomstbestendige langdurige zorg. Als VGZ Zorgkantoor pakken we een verbindende rol tussen aanbieders om samen te werken aan baanbrekende innovaties. Voor aanbieders die bijdragen aan het uitwerken van vernieuwende concepten die in de pioniersfase verkeren is het mogelijk maatwerkafspraken te maken. Hoe gaat de afstemming verlopen tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar ten aanzien van de inzet van de verschillende middelen. Op welke tafel wordt wat besproken en hoe verhouden de afspraken zich tot elkaar?	Voor de Wlz zijn de regiotafels/transitietafels de plek waar gesproken wordt over de toekomstvisie/regiovisie met alle betrokken ketenpartners voor de Wlz. Van daaruit worden lijntjes gelegd met de IZA overleggen in de regio/aanpalende regio's. Voor de Wlz is de inzet van de transitie-instrumenten (stimuleringsmiddelen en WOZO voor sector V&V) de primaire bron van financiering voor de regiotafels. Mogelijk wordt er ook inzet verwacht van Wlz aanbieders bij de IZA overleggen. Nadere afstemming over invulling en financiering is dan van belang. Uiteraard kan een project/initiatief maar 1 keer bekostigd worden. Rondom baanbrekende innovaties biedt de website van het zorgkantoor/zorgverzekeraar een goede start om te zien welke initiatieven er allemaal zijn.
417	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe worden de maatwerkafspraken met zorgorganisaties die een pioniersrol uitdragen gemaakt?	Voor maatwerkafspraken hanteren wij geen vast format. In overleg tussen inkoper en zorgorganisatie die voor maatwerk in aanmerking komt, worden deze afspraken vastgelegd.
418	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kunnen innovaties van zorgorganisaties die al geïmplementeerd en verantwoord zijn in het jaardocument rekenen op financiering zonder aanvullende initiatieven?	Innovaties die reeds geïmplementeerd en verantwoord zijn kunnen niet rekenen op aanvullende financiering.
425	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Jullie sluiten aan bij het Indelijke richttarief voor de V%V van 95,5%. Jullie noemen hierin niet specifiek de NHC en NIC. Kunnen wij er vanuit gaan dat de vergoeding van de NHC en NIC 100% is?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
445	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoeveel geld heeft u gereserveerd voor de bekostiging van de hardheidsclausule?	De reservering voor de hardheidsclausule valt in principe binnen de totale reservering voor maatwerktrajecten, zorgissues en de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet passen binnen het maximale budgetkader van een aanbieder.
449	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Onder het hoofdstuk 'Van Good Practice naar Common Practice' staat (pag. 5): 'Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de toeslag.' Wat zijn de criteria voor deze afspraken voor jaarlijkse afspraken en meerjarenafspraken?	De criteria voor het toekennen van een opslag staan vermeld in paragraaf 2.1 van het inkoopbeleid.
451	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor maatwerkafspraken kunnen zorgaanbieders contact opnemen met hun zorginkoper. Binnen welke termijn moeten zorgaanbieders dit aangeven om hiervoor in aanmerking te komen?	Als de inschrijving bij Vecozo afgerond is, heeft u een gesprek met uw inkoper. Naar aanleiding daarvan wordt bepaald of u in aanmerking komt een maatwerkafpraak. De afspraken die hierover worden gemaakt, worden vastgelegd in de overeenkomst. Doel is om aan de voorkant duidelijke afspraken te maken over de te behalen resultaten en de wijze van monitoring.
452	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: Aan welke voorwaarden moet een onderbouwing van een zorgaanbieder voldoen om in aanmerking te komen voor een maatwerkafpraak?	U kunt maatwerkafspraken maken voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht.
453	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Aanvullende voorwaarden maatwerk in de GZ (pag. 7): Wat is het verschil tussen maatwerk voor passende zorg (traditionele zorgvormen omschakelen naar de nieuwe zorgvormen) en projecten die vallen onder een 'nieuwe' GP in aansluiten op de kanslijnen (waaronder passende zorg)?	Voor maatwerk komen afspraken in aanmerking die inhoud geven aan de 5 kanslijnen, voor zover daar nog geen bewezen GP's voor beschikbaar zijn

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
502	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 5) Wat is het verschil tussen Good Practises, Common Practices en Zinnige Zorg initiatieven?	Onze Zinnige Zorg strategie is de basis. Wij maken daarin onderscheid tussen GP's (kwaliteitsverhogend en kostenbesparend) en FIT (betere bedrijfsvoering) initiatieven. GP's kunnen in aanmerking komen voor de tariefsopslag. Van 'good practice naar common practice' is een uitdrukking om aan te geven dat we voor de benodigde zorgtransformatie aanbieders stimuleren om op grotere schaal GP's te implementeren, zodat initiatieven gezamenlijk goed worden. Op die manier kunnen we samen ons zorgstelsel toegankelijk en betaalbaar houden.
506	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Op uw website staan diverse GP. Wat zijn de voorwaarden om op de lijst te komen?	Criteria voor een GP: er is sprake van betere kwaliteit voor de cliënt bij dalende zorgkosten, het is meetbaar bewezen (a.d.h.v. een 0-meting) in de eigen zorgpraktijk, het is een vernieuwende interventie t.o.v. andere zorgaanbieders, het is opschaalbaar en er is een ambassadeur vanuit de zorgaanbieder. Er zijn geen opslagen mogelijk voor het ontwikkelen voor een GP, aangezien het ambassadeurschap een belangrijke rol vervult en in de eigen praktijk al is aangetoond dat het werkt en het zorgkosten bespaart. Een nieuwe GP wordt altijd samen met de zorgaanbieder ontwikkeld. Wij blijven dagelijks op zoek naar vernieuwende, meetbare initiatieven om te onderzoeken of deze uitgewerkt kunnen worden tot een GP. Zo blijven we samen het zorgveld vernieuwen. Wij nodigen u uit om bij uw zorginkoper kenbaar te maken als u een vernieuwend, meetbaar initiatief heeft.
508	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Begrijpen wij het goed dat de opslag maximaal 0,2% is? VGZ kan dus besluiten om een lager percentage af te spreken?	Als de aanbieder aantoonbaar voldoet aan de criteria voor 0,2% transformatieopslag, dan wordt deze opslag toegekend, tenzij de aanbieder opteert voor een lagere opslag.
509	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Is het ook mogelijk om de opslag van 0,2% af te spreken, waarbij je bijvoorbeeld gedurende 2024/2025 2 GP's gaat implementeren? De ene GP zal wellicht meer tijd in beslag om te implementeren dan een andere?	Het uitgangspunt is voor 1 jaar.
510	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Is er ook een opslag mogelijk voor nieuwe initiatieven die gekoppeld zijn aan de thema's van de kanslijnen?	Het is mogelijk om maatwerkafspraken te maken voor de GP's gekoppeld aan de kanslijnen.
511	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Moeten we alleen aangeven of we deze opslag willen krijgen of meteen aangeven wat de GP's zijn? Zo, ja is dit dan een definitieve keuze of kunnen we later nog veranderen van GP?	De aanbieder geeft tijdens de inschrijving in Vecozo aan in welke GP's hij mogelijk geïnteresseerd is om op te schalen. De aanbieder en inkoper gaan samen in gesprek om te inventariseren of dat de GP aansluit bij de eigen praktijk en of dat er voldoende balans is tussen de investering en de impact van de GP's om te kunnen voldoen aan de transformatie die nodig is. Er wordt gezamenlijk een definitieve keuze gemaakt.
513	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Krijg je als aanbieder de maximale opslagen van 0,2% en/of 2,2% als je voldoet aan de voorwaarden?	Als de aanbieder aantoonbaar voldoet aan de criteria voor transformatieopslag, dan wordt deze opslag toegekend, tenzij de aanbieder opteert voor een lagere opslag.
514	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Stel er is sprake van een groei van 5 VPT plekken, krijg je dan als aanbieder de opslag van 2,2% of bepaalt de mate van groei de hoogte van de opslag? Dus hoe meer groei hoe hoger de opslag?	We spreken van een groeiend aantal als op de peildatum in absolute zin meer cliënten MPT en VPT ontvangen dan een jaar eerder. Onder aandeel wordt verstaan het % extramurale zorg t.o.v. ZZP. Zie bijlage Rekenvoorbeelden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
515	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Als je inschrijft voor de opslag ZZP (+0,2%) is deze opslag dan alleen van toepassing op de ZZP-prestaties inclusief opslagen en vervoer of voor alle afgesproken prestaties (dus ook MPT&VPT)?	De opslag op ZZP is van toepassing op de volledige ZZP verstrekking van deze zorgaanbieder.
516	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 6) Hoe en door wie wordt bepaald hoeveel opslag je krijgt? Wat zijn de criteria per opslag?	De criteria voor opslag staan vermeld in het Inkoopbeleid GZ, paragraaf 2.1, pagina 6 in de tabel.
518	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Zilveren Kruis werkt met een landelijke lijst innovaties. Waarom wordt er niet samengewerkt met de andere kantoren aan innovatie?	Innovaties zijn nog niet meetbaar bewezen initiatieven, zie hiervoor het innovatiebeleid waarin beschreven staat dat wij samenwerken met meerdere zorgaanbieders. Ten aanzien van goede praktijkvoorbeelden klopt het dat er landelijk meerdere goede voorbeelden zijn. Een voorwaarde voor onze Good Practices is dat zij meetbaar bewezen zijn aangetoond in de eigen zorgpraktijk met daaronder een businesscase. Dit gaat een stap verder dan sommige andere goede praktijkvoorbeelden. Om de garantie te kunnen bieden dat het impact heeft op de kwaliteit van zorg én de zorgkosten bespaart, gaan wij enkel uit van onze Good Practices zoals gepubliceerd op onze website.
519	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Is het ook mogelijk bewezen innovaties van Zilveren Kruis te gebruiken en te implementeren?	Nee, het gaat om bestaande GP's van VGZ Zorgkantoren, die bewezen zijn. Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk staan onze Good Practices beschreven waaruit de zorgaanbieder kan kiezen en kenbaar kan maken bij de inschrijving.
520	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe verhoudt de opslag mbt groei VPT/MPT zich tot de keuzevrijheid voor de cliënt in de leveringsvormen? De verplichting om VPT of MPT te gebruiken voor financiering is tegenstrijdig met de keuzevrijheid die wordt aangemoedigd door de overheid en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Ons inziens hoort de zorgaanbieder onafhankelijk te zijn. VGZ vraagt ons juist hierop te sturen richting cliënten.	De opslag m.b.t. groei VPT/MPT staat los van de keuzevrijheid voor de cliënt in de leveringsvormen, er is hier geen sprake van een verplichting. Evenwel willen wij juist het aanbod van VPT/MPT stimuleren middels een opslag zodat die keuzevrijheid er ook daadwerkelijk is.
523	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	De volgende vraag is gesteld tijdens het webinar van 13-06-2023: Er wordt aangegeven dat wanneer u een lager tarief heeft geoffreerd, dan wordt dat tarief als basis voor de onderhandeling gehanteerd. Wat betekent dit? Is het lagere tariefpercentage het minimum of kan dat ook nog zakken? Deze vraag is als volgt beantwoordt: We starten de onderhandeling met het lagere geoffreerde tarief. Mocht uit de onderhandeling blijken dat de aanbieder zich comfortabel voelt bij nog een lager tarief dan kan het naar beneden bijgesteld. Kunt u bevestigen dat een (historisch laag) tariefpercentage alleen naar beneden wordt bijgesteld wanneer de aanbieder zich daar zelf comfortabel bij voelt?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZA-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
524	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	De volgende vraag is gesteld tijdens het webinar van 13-06-2023: Welke mogelijkheden zijn er voor aanbieders in de meerjarenafspraak om te verbeteren op een historisch laag tariefpercentage? Deze vraag is als volgt beantwoordt: Met een historisch laag tarief kunt u in aanmerking komen voor opslagen en maatwerk. Een meerjarenafspraak is gericht op dalende kosten per client. Kunt u dit bevestigen?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
535	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Over welk deel van het budget van de organisatie geldt het opslagpercentage van 2,2%?	Voor MPT en VPT bij de zorgaanbieder
536	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Over welke periode wordt het opslagpercentage van 2,2% berekend?	Peildatum is 1 augustus. Dus voor 2024 geldt: peildatum 1-8-2024 t.o.v. 1-8-2023. De opslag geldt voor het kalenderjaar 2024.
538	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt u aangeven op basis van welke beoordelingscriteria een good practice is beoordeeld. Indien niet, kunt u toelichten waarom niet?	Criteria voor een GP: er is sprake van betere kwaliteit voor de cliënt bij dalende zorgkosten, het is meetbaar bewezen (a.d.h.v. een 0-meting) in de eigen zorgpraktijk, het is een vernieuwende interventie t.o.v. andere zorgaanbieders, het is opschaalbaar en er is een ambassadeur vanuit het werkveld.
540	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kan een organisatie ook andere (dan op uw website beschreven) Good Practices of innovaties aandienen om in aanmerking te komen? Kunt u uw reactie nader toelichten?	Landelijk zijn er meerdere goede praktijkvoorbeelden bekend. Een voorwaarde voor onze Good Practices is dat zij meetbaar bewezen zijn aangetoond in de eigen zorgpraktijk met daaronder een businesscase. Dit gaat een stap verder dan sommige andere goede praktijkvoorbeelden. Om de garantie te kunnen bieden dat het impact heeft op de kwaliteit van zorg én de zorgkosten bespaart, gaan wij enkel uit van onze Good Practices zoals gepubliceerd op onze website.
543	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt u nader onderbouwen op basis waarvan het richttariefpercentage voor 3 jaar is vastgesteld? Indien niet, kunt u toelichten waarom niet?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
565	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kan ik nieuwe innovaties indienen (dus nog niet bewezen)? Tegen welke voorwaarden en opslag?	Innovatie en Good Practices zijn twee verschillende termen. Innovatie is nog niet bewezen, betreft pionieren en ontwikkelen. Dit doen wij in ons inkoopbeleid gericht met selectieve aanbieders die voldoen aan de door ons gestelde innovatiecriteria. Een innovatie kan later een Good Practice worden. Voor het implementeren van Good Practices kan gebruik worden gemaakt van de transformatieopslag.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
566	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is volgens het zorgkantoor een reeel en kostendekkend tarief? Welke voorwaarden en eisen worden er gesteld?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
567	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is er bij de berekening van het richttariefpercentage rekening gehouden met gestegen kosten in 2022 en 2023 en de te verwachten kosten in 2024: zoals niet limitatief: personeelskosten, energiekosten, inflatie en dergelijke. En de korting op NHC en NIC? Hoe meent u hierbij aan uw verplichting te voldoen tot het betalen van een reeel tarief?	<p>Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid.</p> <p>Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidsclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgens eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen.</p> <p>Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.</p>

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
571	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Er wordt gebruik gemaakt van de NZa-richtlijnen en indexering. De NZA-tarieven zijn niet recent herijkt (2016). In hoeverre is er dan sprake van een reeel tarief? En hoeverre is het zorgkantoor bereid om de gestegen kosten die boven het NZA-tarief uitkomen te verdisconteren in het gebieden tarief?	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg.</p> <p>De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.</p>
574	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Als het richttariefpercentage voor mijn organisatie niet kostendekkend is, en ik wel een doelmatige zorgaanbieder ben, kan ik dan alsnog aanspraak maken op een wel kostendekkend tarief? Zo nee, hoe ziet u dit in het licht van uw verplichting om een reëel tarief te betalen?	<p>Net als afgelopen jaren hebben zorgkantoren het richttariefpercentage vastgesteld op een niveau dat voor 75% van de aanbieders minimaal kostendekkend is. Deze keuze hangt samen met de opdracht voor zorgkantoren om zorg doelmatig in te kopen. Ook stellen wij niet dat 25% van de aanbieders altijd ondoelmatig werkt. Wel zijn wij van mening dat een percentage waarmee 75% van de zorgaanbieders uitkomt een goede norm is als uitgangspunt bij de berekening van de richttariefpercentages waarbij er tevens voldoende prikkel is om doelmatiger te werken. Zorgkantoren merken hierbij op dat het hanteren van een hoger percentage een prikkel om doelmatiger te werken ondergraaft. Hierbij hebben zorgkantoren ook gerechtelijke uitspraken betrokken waaruit blijkt dat er geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Deze onderbouwing voor de gemaakte keuzes zijn opgenomen in bijlage 7.</p>
575	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Van zorgkantoren mag worden verwacht dat ze bij de vaststelling van de tarieven rekening houden met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven de OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze?	<p>Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is vanuit hun wettelijke taak verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers.</p>

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
920	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor een opslag van +0,1% moet de zorgaanbieder zich committeren aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. Wat wordt verstaan onder alle afspraken? Als relatief kleine zorgaanbieder worden sommige thema's in andere samenwerkingsverbanden, regio overstijgend opgepakt. Daarmee wordt er ook buiten de regionale grenzen samengewerkt die de resultaten ten goede komen maar geeft soms afwijkend stemgedrag in de regio zelf. Hoe kijkt het zorgkantoor daarnaar?	Alle afspraken die afgesproken, afgestemd en vastgelegd zijn aan de V&V tafel in uw regio. Wij moedigen samenwerkingen buiten de regio met soortgelijke organisaties aan, maar deze maken geen onderdeel uit van deze opslag van 0,1%.
353	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor een opslag van +0,1% moet de zorgaanbieder zich committeren aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. Wat wordt verstaan onder alle afspraken? Wilt u voor identiteits gebonden onderwerpen een uitzondering maken?	Transformatie is alleen mogelijk als de gezamenlijke zorgaanbieders in de regio hierop inzetten door goede afspraken te maken en deze na te komen. Als een aanbieder om hem moverende redenen niet in deze beweging mee kan of wil, kan deze aanbieder afzien van de opslag.
589	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Is bij de berekening van het richttariefpercentage voor 2024 rekening gehouden met een rendementopslag?	Nee, zoals ook uit onze informatie volgt geldt (voor elke sector) dat 75% van de zorgaanbieders break-even draait of winst behaalt bij de vastgestelde richttariefpercentages. Binnen de vastgestelde richttariefpercentages is ruimte voor een gezonde exploitatie. Mocht de systematiek voor uw organisatie een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg hebben, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule.
592	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom heeft het zorgkantoor het richttariefpercentage van 95,5% voor de sector V&V voor 3 jaar vastgesteld?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
593	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom stimuleert het zorgkantoor alleen MPT door middel van opslag en niet ook VPT?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
594	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat doet het zorgkantoor om reële tarieven aan te bieden aan de VVT instellingen ondanks het verlagen van het macrokader?	<p>In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen.</p> <p>Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa.</p> <p>Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
595	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe is bij de berekening van het richttarief voor 2024 rekening gehouden met de gestegen kosten in 2022 en 2023?	<p>De berekening is momenteel over het jaar 2021 gedaan. Daarin zijn geen gegevens verwerkt over de jaren 2022 en 2023. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Daarnaast is de NZa verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.</p>
596	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe zijn de Wlz-kosten en opbrengsten gesplitst van de andere inkomsten en uitgaven (WMO/ZVW) uit de jaarrekeningen?	<p>In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Tevens blijkt uit onderzoek dat er geen correlatie is tussen de kostenratio en de Wlz ZiN ratio.</p>
611	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor aanvullend maatwerk zal worden aangetoond waarom het richttarief niet volstaat. Op welke wijze dient de aanbieder dit aan te tonen en welke criteria worden daarbij gebruikt door het zorgkantoor voor toekenning van het aanvullend maatwerk?	<p>Door middel van een beknopt plan/business case kunt u uw aanvraag voor maatwerk indienen. Alle maatwerkafspraken worden getoetst op haalbaarheid en rechtmatigheid en moeten voldoen aan wet- en regelgeving. Maatwerkafspraken worden gemaakt binnen de grenzen van rechtmatige declaratie van de NZa-prestatiebeschrijvingen en (100%) maximumtarieven.</p>

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
630	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Aan welke voorwaarden moet de planvorming ten behoeve van de 2,1% opslag voor de stijging van de mpt's voldoen?	Deze groei berekenen we door op de peildata te kijken naar het totaal aantal MPT cliënten en het aandeel MPT cliënten ten opzichte van het totaal aantal MPT en ZZP cliënten. Tevens dient u te voldoen aan de voorwaarden voor de opslag van 0,2%: minimaal 2 nieuwe GP's geïmplementeerd.
636	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Geldt de 97,9% (als alle opslagen worden toegekend) bij driejarige overeenkomst ook voor 2025 en 2026?	Het richttarief is in beginsel vastgesteld voor de looptijd van de overeenkomst. De opslagen kunnen op basis van evaluatie jaarlijks worden bijgesteld. De toekenning van de opslag is afhankelijk van de vraag of wederom aan de criteria wordt voldaan.
753	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor een opslag van +0,1% moeten we ons dan committeren aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. Wat wordt verstaan onder alle afspraken?	De noodzakelijke transformatie in de ouderenzorg gaat alleen slagen als de regionale aanbieders hier samen de schouders onder zetten. Hiervoor worden afspraken gemaakt aan de regiotafels. Hier wordt bedoeld dat u zich committeert aan de afspraken die voor uw zorgsoort en organisatie van toepassing zijn.
686	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kan met betrekking tot de opslag van 0,2% gespecificeerd worden wat verstaan wordt onder implementatie van een GP? Zorgaanbieder heeft meer dan x locaties. Wordt verwacht dat een GP eerst in 1 locatie wordt geïmplementeerd en breiden we uit of ziet het Zorgkantoor dit anders? Welke omvang/mate van implementatie is voldoende om voor de opslag in aanmerking te komen? Kan het zorgkantoor toelichten wanneer sprake is van 'nieuwe' en 'bewezen' GP's? Met onze regionale innovatiestrategie voldoet zorgaanbieder ruimschoots aan de voorwaarden maar de opslag wordt per zorgaanbieder toegekend, niet regionaal. Hoe moet zorgaanbieder dit interpreteren?	Met implementatie wordt bedoeld dat een van onze bewezen GP's bij de aanbieder wordt geïmplementeerd bij 1 of meerdere locaties. Hierover worden afspraken gemaakt in het inkoopcontract en het tarief toegekend bij de gunning. Er worden afspraken gemaakt in het inkoopcontract over de naleving ervan. De bewezen GP's staan op onze website: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk .
687	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het inkoopbeleid staat (p. 5): De hoogte van de toeslag kan eventueel per jaar verschillen'. Het gaat hier om de transformatieopslagen. Hoe is het zorgkantoor van plan hiermee om te gaan? Kunnen en morgen zorgaanbieders aan de in het inkoopbeleid genoemde percentages rechten ontlelen. En zo nee, kunnen die binnen een bepaalde bandbreedte afwijken, jaarlijks vanaf 2025? Welke bandbreedte hanteert het zorgkantoor dan? Waarom kiest het zorgkantoor er niet voor om de zorgaanbieder in dit verband zekerheid te bieden voor de toekomst? Middels de regionale innovatiestrategie voldoet BrabantZorg ruimschoots aan de voorwaarden voor deze opslag. Maar de opslag wordt per zorgaanbieder toegekend, niet regionaal. Hoe moet BrabantZorg dit interpreteren?	In principe geldt de transformatieopslag voor 1 jaar. Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. De hoogte van de opslag kan eventueel per jaar wisselen. De tarieven worden per zorgaanbieder individueel afgesproken, o.a. afhankelijk van de gemaakte transformatieafspraken. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.
688	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De afspraken over de transformatieopslagen en maatwerkafspraken worden vastgelegd in 'de overeenkomst'. Doelt het zorgkantoor hier op het zorgaanbiedergebonden deel van de overeenkomst? Een format hiervoor is niet aan het inkoopbeleid 2024 gehecht en ook niet opgenomen in de gepubliceerde bijlagen. Kan het zorgkantoor een format verstrekken van afspraken die het zorgkantoor voornemens is te maken voor de transformatieopslagen en maatwerkafspraken, of daarin in ieder geval inzage bieden? In het bijzonder moet worden gedacht aan het 'terughalen' van de opslagen en – afhankelijk van het antwoord op vraag 2 – maatwerkafspraken?	Afgesproken wordt welke hoogte de opslag heeft en wat er gebeurt indien het resultaat niet wordt behaald. De afspraken die hierover worden gemaakt, worden vastgelegd in de overeenkomst. Doel is om aan de voorkant duidelijke afspraken te maken over de te behalen resultaten en de wijze van monitoring. Indien de resultaten geheel of gedeeltelijk niet worden behaald, zal het zorgkantoor opslagen terugvorderen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
698	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De som van het richttarief en transformatieopslagen komt, volgens de tabel op p. 6 van het inkoopbeleid, uit op 97,9%. Betekent dit dat de maatwerkafspraken de resterende 2,1% kunnen opvullen? Zo nee, waar 'blijft' het restant van het budget?	Het Zorgkantoor heeft een zorgplicht en het uitgangspunt is dat we met de voor VGZ Zorgkantoor beschikbare contracteerruimte zoveel mogelijk klanten helpen. Dit betekent dat binnen de contracteerruimte die beschikbaar is, voldoende toegankelijke zorg ingekocht moet worden. Dit betekent dat we niet meteen de volledige contracteerruimte kunnen besteden. We moeten ruimte houden om in te kunnen spelen op onvoorziene omstandigheden en om te zorgen dat de zorg doelmatig kan worden uitgevoerd. Als de gereserveerde middelen niet worden ingezet, dan blijven deze middelen beschikbaar voor de productie van 2024 en zullen uiterlijk bij de herschikking ingezet worden.
415	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op basis waarvan is de veronderstelling dat evenredige verdeling/gebruik van een Wlz ZiN ratio (op basis van opbrengsten) leidt tot een juiste en volledige toerekening van de kosten aan Wlz? Voor zorgaanbieders met o.a. wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling bijvoorbeeld is toerekening van een evenredig deel van de energiekosten aan die opbrengstenstromen niet terecht. Merendeel van dergelijke kosten wordt gemaakt door Wlz/Grz en niet aan wijkverpleging en eerstelijnsbehandeling. Dit geldt voor meer kostensoorten.	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de Totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van de bijlage. Tevens blijkt uit onderzoek dat er geen correlatie is tussen de kostenratio en de Wlz ZiN ratio.
705	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is de onderbouwing om te komen tot een opslagpercentage van 0,2%/ 0,1% danwel 2,1%? Is er bij de berekening van dit opslagpercentage rekening gehouden met de aangekondigde kortingen op het Wlz-kader (gemiddeld 1,2% van het Wlz-kader) als gevolg van het effectueren van twee beleidsmaatregelen? Zo ja, op welke wijze is daarmee rekening gehouden? Zo nee, waarom niet?	Om de Langdurige Zorg toegankelijk en betaalbaar te behouden, is het belangrijk dat alle zorgaanbieders meegaan in de benodigde zorgtransformatie. De basis voor iedere zorgsoort (ZZP, VPT, MPT) is het landelijke vastgestelde richttarief per sector. Door een lagere ZZP opslag te hanteren, spelen we meer gelden (%) vrij voor hogere tarieven in de MPT, waarmee de beweging naar 'thuis als het kan' gestimuleerd wordt. Het zorgkantoor heeft geen zeggenschap over de omvang van het macrokader. Dit is een VWS aangelegenheid.
1061	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat maatwerkafspraken mogelijk zijn. Is het ook mogelijk (bijvoorbeeld in een gezamenlijk initiatief over sectoren heen) dat een maatwerkafpraak leidt tot een hoger tarief dan 100% NZA, bijvoorbeeld in de vorm van een Lumpsum afspraak?	Nee, het 100% NZa tarief is de maximum grens.
1361	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kunnen er ook afzonderlijke leveringsvoorwaarden voor MPT bij hoogcomplexiteit worden gemaakt. Door de complexiteit is er meer reistijd (hogere verspreidingsgraad), meer overleg (met meerdere ketenpartners) en is de kans op no show groter. Het voorstel is om te kijken naar de definitie van face to face uren (declarabiliteit) bij deze doelgroep, om ook deze leveringsvorm te stimuleren bij de hoogcomplexiteit zorg. Is deze aanpassing mogelijk?	In basis stimuleren wij de zorg levering zo thuis als mogelijk, ook als dit hoogcomplexiteit zorg betreft. Uiteraard dient te worden voldaan aan vigerende wet- en regelgeving.
725	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat is de tijdslijn voor de transformatieopslag.	Bij de inschrijving via Vecozo is er de mogelijkheid om aan te geven of u kunt en wilt voldoen aan voorwaarden die worden gesteld aan de transformatieopslagen. U kunt zich uiterlijk 4 augustus 2023 17:00u inschrijven. Een transformatieopslag wordt afgesproken tijdens het inkoopgesprek voor 2024. Vervolgens volgt uiterlijk 20 oktober 2023 de gunning en moeten 15 november 2023 de definitieve contractafspraken zijn gemaakt.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
726	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Kan een verzoek voor de transformatieopslag ook in 2024 worden ingediend?	Nee, er vindt geen tussentijdse aanpassing van de tarieven plaats binnen één jaar.
727	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	maatwerkafspraken; kunnen deze gedurende de contractperiode worden aangevraagd?	Het is niet mogelijk om maatwerkafspraken gedurende het jaar te maken. De afspraken die hierover worden gemaakt, worden namelijk vastgelegd in de overeenkomst. Doel is om aan de voorkant doelgerichte en meetbare resultaatafspraken te maken die helder en transparant vastgelegd zijn in de overeenkomst.
1362	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	In onze organisatie hebben we binnen de GGZ3 profielen naast psychiatrische problematiek ook verslavingsproblematiek en verstandelijke beperking. Dit maakt dat wij als organisatie intensievere zorg leveren aan cliënten met een GGZ3 profiel dan andere organisaties. In hoeverre is er ook ruimte om binnen de GGZ3 profielen complexe zorg te leveren of wordt er over nagedacht om de intensievere GGZ3 zorg passend te krijgen binnen de GGZ5?	De vraag gaat over de indicering van cliënten met een aantal specifieke kenmerken. Deze vraag past niet binnen het inkoopbeleid, maar ligt binnen de besluitvorming van het ClZ.
1477	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Op pagina 5 staat dat er ruimte wordt behouden voor maatwerk binnen de regio. Is er maatwerk mogelijk, zo ja welke en welke ruimte is er voor zorgaanbieders om maatwerk anders dan de GP's af te spreken met het zorgkantoor?	Er is in aanvulling op het voorgaande de mogelijkheid tot het maken van (meerjaren) maatwerkafspraken. Deze zijn in te zetten voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht.
747	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Het zorgkantoor heeft in het verleden zorgaanbieders aangespoord om VPT te gaan leveren. Waarom wordt er in het huidige inkoopbeleid nauwelijks tot niet gesproken over VPT?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
755	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	In de regio werken we samen en hebben we een innovatie strategie waarin ook projecten staan die als good practice kunnen worden ingezet. Kunnen wij deze projecten opvoeren voor iedere organisatie afzonderlijk?	Op onze website https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk staan al onze Good Practices beschreven. Iedere individuele organisatie die uit deze lijst tenminste twee voor hem nieuwe GP's opschaaft, kan in overleg met de zorginkoper (die toetst op de investering en impact) in aanmerking komen voor een opslag.
756	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Op bladzijde 6 beschrijft u dat u individueel gaat afspreken hoe u de behaalde resultaten ten opzichte van de opslagen gaat monitoren. Graag zouden wij als aanbieders vooraf de objectieve criteria ontvangen?	De objectieve criteria kunt u terugvinden in paragraaf 2.1 van ons inkoopbeleid V&V: in de tabel op pagina 6 staan de voorwaarden genoemd waaraan wij zullen toetsen.
758	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Realiseert het zorgkantoor zich dat de systematiek van opslagen, een administratieve last en overhead creëert?	Voorgaande jaren werden plannen opgevraagd, op basis waarvan opslagen werden toegekend. Voor 2024 maken we resultaatafspraken, zonder dat we plannen opvragen en beoordelen. Dat lijkt ons een goede doelmatigheidsslag, die leidt tot minder overhead t.o.v. voorgaande jaren.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
759	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft op bladzijde 6 aan dat een opslag MPT op onderdelen PV en VP een opslag van 2,1% mogelijk is. Hiervoor moet een groeiend aantal en aandeel van minimaal 2% MPT cliënten van zorg worden voorzien tav aantal MPT cliënten op 1-8-2023. Deelt u de berekening van het aantal per 1-8-2023 met ons en hoe gaat u om met aanbieders die nu al bovengemiddeld scoren. Benchmark gegevens ontbreken bij ons als instellingen. Verwacht u van ons dat we dit regionaal als aanbieders gaan monitoren?	De informatie die nodig is om met individuele aanbieders passende inkoopafspraken te maken, zullen wij tijdens het inkoopgesprek bespreken.
448	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Transformatieopslag: De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van het voorgaande jaar.</p> <p>Klopt het dat hier alleen de stijging van het genoemde aantal en aandeel cliënten MPT en VPT gaat? Dus status ZZP wordt buiten beschouwing gelaten? M.a.w., theoretisch heeft een stijging/gelijk blijven (tegelijkertijd) van het aantal ZZP in dezelfde periode geen invloed op eventuele toekenning?</p>	De omvang van het aandeel MPT en VPT wordt vastgesteld op twee meetmomenten, te weten 1 augustus 2023 en 1 augustus 2024. We bevestigen dat het dus om nieuwe als ook om bestaande cliënten gaat. We kijken hier enkel naar de groei in het aantal cliënten in VPT en MPT, zorgzwaarte en cliëntenmix worden hierin niet meegenomen. Met deze opslag willen we sturen op de beweging, dat wil zeggen dat we de opslag toekennen aan zorgaanbieders die groei realiseren op het MPT en VPT percentage t.o.v. de ZZP pakketten.
457	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Transformatieopslag: De zorgaanbieder die in 2023 ZZP of een combinatie van ZZP en VPT levert, gaat een groeiend aantal en aandeel cliënten voorzien van VPT en/of MPT ten opzichte van het voorgaande jaar.</p> <p>Wat betekent het bovenstaande voor de tariefafspraken in elk jaar afzonderlijk. M.a.w. is de opslag alleen voor het jaar 2024 bedoeld en worden er voor 2025 en 2026 nieuwe afspraken gemaakt? Of geldt de toeslag van 2,2% op basis van de voorwaarden voor de gehele contractperiode. Kunt u hier verduidelijking op geven?</p>	In principe geldt de transformatieopslag voor 1 jaar. Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. De hoogte van de opslag kan eventueel per jaar wisselen. De tarieven worden per zorgaanbieder individueel afgesproken, o.a. afhankelijk van de gemaakte transformatieafspraken. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.
9	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U benoemt dat de opslagen op het richttariefpercentage en de maatwerkafspraken een resultaatsverplichting hebben. 'Indien de vastgelegde resultaten niet of onvoldoende worden behaald, wordt de financiële waarde van de ten onrechte uitbetaalde opslagen 'teruggehaald'. Wij zijn van mening dat het niet proportioneel is dat de maatwerkafpraak en de opslagen niet worden toegekend als het resultaat niet is gehaald, ook al is de inspanning wel geleverd en/of het doel gedeeltelijk behaald. Bent u het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?	Opslagen en maatwerk worden afgesproken om de noodzakelijke transformatie ook écht te gaan vormgeven. Dit betekent dat we transformatieafspraken met aanbieders willen maken die deze beweging in kunnen en willen vullen. Aanbieders die niet in staat zijn deze beweging te maken, komen niet in aanmerking voor opslag. Voor aanbieders die aangeven de beweging te kunnen maken worden de opslagen en maatwerk wel vooraf toegekend maar achteraf teruggehaald indien niet (voldoende) aan de gemaakte resultaatsafpraak is voldaan.
836	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Onze organisatie levert al in verhouding veel zorg in de vorm van MPT, vindt het zorgkantoor het dan nog steeds reeel dat er een groei dient te worden gerealiseerd? Wij hebben deze beweging al in gezet en hebben daar geen extra vergoeding voor gekregen, nu wordt het lastig om deze groei door te zetten, vooral ivm. beschikbaarheid personeel. Hoe houdt het zorgkantoor hier rekening met het feit dat er minder personeel beschikbaar zal zijn en dat het best zo kan zijn dat we per medewerker in verhouding meer MPT leveren, maar op de totale omzet of unieke cliënten niet?	Om in aanmerking te komen voor de opslag op de prestaties PV en VP dient u onder andere te voldoen aan de voorwaarde van 2% groei op het aantal en aandeel cliënten MPT t.o.v. de genoemde peildata.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
838	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op p. 7 van het inkoopdocument schrijft u over maatwerk: "Er is in aanvulling op het voorgaande de mogelijkheid tot het maken van (meerjaren) maatwerkafspraken. Deze zijn in te zetten voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht. Het gaat hierbij om financiering van vooraf door het zorgkantoor goedgekeurde initiatieven die bijdragen aan de transformatie van het zorglandschap maar die niet voldoende kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transformatieopslag." En: "Voor aanbieders die bijdragen aan het uitwerken van vernieuwende concepten die in de pioniersfase verkeren is het mogelijk maatwerkafspraken te maken." Begrijpen wij goed dat dit allemaal afzonderlijke gevallen zijn waarin VGZ bereid is om maatwerkafspraken te maken?	Alle maatwerkafspraken worden getoetst op haalbaarheid en rechtmatigheid en moeten voldoen aan vigerende wet- en regelgeving. Maatwerkafspraken worden gemaakt binnen de grenzen van rechtmatige declaratie van de NZa-prestatiebeschrijvingen en (100%) maximumtarieven.
840	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Kunt u toelichten hoe maatwerkafspraken tot stand komen?	U doet een voorstel dat u in aanmerking wilt komen voor een maatwerkafpraak. Tijdens het inkoopgesprek bespreekt u dit voorstel samen met uw zorginkoper. Vervolgens worden de gemaakte afspraken vastgelegd in de overeenkomst.
841	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan bankenisen (2% rendement) en er is wel eigen vermogen, is het dan mogelijk om maatwerk afspraken te maken?	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid.
842	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Als aantoonbaar gemaakt kan worden dat de huursom/ kosten van vastgoed hoger ligt dan de NHC (en er is eigen vermogen) is dat dan reden voor maatwerk?	Nee, dit is geen reden voor maatwerk.
843	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is er een mogelijkheid, nadat gesprekken over maatwerk hebben plaatsgevonden en de uitkomst blijkt dat er geen passende afspraken gemaakt kunnen worden voor beide partijen, om dan nog bezwaar te maken op de tarieven?	Voor de bezwaarprocedure verwijs ik u naar hoofdstuk 8 van het inkoopbeleid.
1006	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U benoemt het volgende: 'Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. Wij handhaven dit lagere tariefpercentage voor 2024 en zullen dat doortrekken naar volgende jaren'. Bent u van mening dat een zorgaanbieder die voldoet aan de kwaliteit-, dienstverlening- en doelmatigheidsvoorwaarden recht heeft op een reëel kostendekkend tarief percentage?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
883	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Zorgkantoren kunnen middels maatwerkafspraken individuele afspraken maken met zorgaanbieders over onder andere tariefpercentages. Staat u er voor open om maatwerkafspraken over onder andere de VG7 te maken?	Nee, dit wordt geregeld middels reguliere bekostiging en de extra door de overheid toegezegde middelen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
884	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U stuurt aan op uitbreiding van VPT en MPT. Wettelijk is vastgelegd dat Wlz-verzekerden recht hebben op zorg met verblijf. Hoe ziet u uw rol als zorgkantoor in de wens tot groei van VPT/MPT in relatie tot de wetgeving? En welke houding neemt u in richting nieuwe klanten bij het eerste contact dat u heeft volgens het Voorschrift Zorgtoewijzing?	Iedere cliënt met een Wlz-indicatie moet de keuzevrijheid hebben op welke wijze de indicatie verzilverd kan worden. Dit kan middels MPT, VPT of ZZP. Belangrijk is dat er gestreefd wordt naar passende zorg die tot stand komt vanuit de behoefte en wensen van cliënten en verwanten, de professionaliteit van de zorgaanbieder in kader veilige en verantwoorde zorg. In iedere regio moet de cliënt deze keuze kunnen maken. Dit sluit ook aan bij Kanslijn 4.
885	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De inzet van een VPT/MPT is op geleide van verschillende grondslagen en doelgroepen, in meer of in mindere mate mogelijk. Uw inkoopbeleid houdt geen rekening met deze verschillen. Dit betekent dat het voor sommige aanbieders in mindere mate mogelijk is om VPT/MPT in te zetten dan voor andere aanbieders terwijl afspraken over bijvoorbeeld tariefpercentages geen rekening houden met dit verschil. Dit gaat in tegen het gelijkheidsbeginsel. De percentages zouden specifiek gericht moeten zijn op de specifieke grondslagen en doelgroepen. Graag zien wij de percentages en bijbehorende voorwaarden in deze lijn aangepast. Kunt u hierop bevestigen?	Het richttarief is in beginsel voldoende voor het leveren van goede zorg. Opslagen zijn bedoeld om de transformatie te bevorderen. Voor zover bij een specifieke doelgroep transformatie naar extramurale zorg niet is aangewezen, is de opslag overbodig.
886	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Welke denkrichting heeft u voor hoe de tarifiering voor 2025 en 2026 eruit komen te zien?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten. Indien hier substantiële afwijkingen uit volgen kan het richttariefpercentage in het volgende inkoopjaar worden bijgesteld.
888	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U stelt dat er een opslag van 0,2% afgesproken wordt indien er 2 bewezen innovaties geïmplementeerd worden. In hoeverre volgt VGZ het landelijke beleid vanuit het document 'visie op duurzame toegang tot langdurige zorg' met de lijst met 'bewezen innovaties' of sluit VGZ zich hier niet bij aan en hanteert enkel de eigen innovaties?	Landelijk zijn er meerdere goede praktijkvoorbeelden bekend. Een voorwaarde voor onze Good Practices is dat zij meetbaar bewezen zijn aangetoond in de eigen zorgpraktijk met daaronder een businesscase. Dit gaat een stap verder dan sommige andere goede praktijkvoorbeelden. Om de garantie te kunnen bieden dat het impact heeft op de kwaliteit van zorg én de zorgkosten bespaart, gaan wij enkel uit van onze Good Practices zoals gepubliceerd op onze website. Wij volgen de landelijke lijst met bewezen innovaties vanzelfsprekend met belangstelling. Waar nodig kunnen deze initiatieven alsnog vertaald worden in een Good Practice op onze website.
889	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In de intensieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking staan de tarieven onder druk wat maakt dat implementatie van innovaties niet zomaar realiseerbaar is. Hoeveel verwacht u dat wij, uit deze reguliere tarieven, uit gaan geven aan de implementatie van deze innovaties? En hoeveel verwacht u dat dit ons als aanbieders gaat opleveren?	Wij begrijpen dat het implementeren van GP's tijd en ook middelen kost. De mate van impact en (financiële) investering verschilt per GP. Om de nodige transformatie te versnellen, is ervoor gekozen om zorgaanbieders die voldoen aan de criteria deels tegemoet te komen middels een tariefopslag. Het uitgangspunt van een GP is dat het altijd kwaliteitsverhogend en kostenbesparend werkt, dus dat de investering zich terugverdient. Wij adviseren u om GP's te kiezen die bij uw zorgorganisatie passen. Hierover kunt u in gesprek gaan met de zorginkoper.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
890	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U zet doormiddel van ophoging tariefpercentages MPT en/of VPT in op ambulantisering. In de ouderenzorg begrijpen we deze beweging doordat ouderen veelal beschikking hebben over eigen opgebouwd vermogen. Maar de gehandicaptenzorg is een hele andere setting. Ambulantisering wordt als oplossing ingezet ondanks dat onvoldoende duidelijk is of er daadwerkelijk een financiële besparing optreedt voor de samenleving. Wat verwacht u aan groei van MPT/VPT in de gehandicaptenzorg? Waar dienen uw klanten te gaan wonen in het licht van de te krappe woningmarkt en hun inkomenspositie? Welke rol neemt u hierin zelf om te voorzien in voldoende beschikbare huisvesting?	Door in te zetten op ambulantisering verwachten we dat aanbieders het gesprek aangaan met o.a. woningcorporaties om te komen een groter gedifferentieerd aanbod passend bij de clientvraag. Voor iedereen die zelfstandig wil wonen, moet er de mogelijkheid zijn om dat te verzilveren met een VPT of MPT.
875	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U wenst dat cliënten met een VG3, VG4 en VG6 meer zelfstandig wonen en stimuleert dit met een opslag van 2,2% indien uitbreiding van MPT/VPT plaats vindt. Als zorgaanbieder met voornamelijk intensieve en complexe zorg (waaronder veel VG7) vinden wij dit een oneerlijke benadering waarbij aanbieders met vooral intensieve zorg moeilijk kunnen voldoen aan deze voorwaarde en het ons inziens geen recht doet aan de uitdagingen in de complexe zorg. Wij maken dan ook bezwaar tegen het generiek toepassen van deze opslag als blijkt dat aanbieders met name intensieve zorg bieden. Staat u er voor open om in plaats van deze opslag van 2,2% maatwerkafspraken te maken voor passende financiering van de intensieve zorg?	Nee, dit wordt geregeld middels reguliere bekostiging en de extra toegezegde middelen voor VG7.
916	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U wenst dat cliënten met een VG3, VG4 en VG6 meer zelfstandig wonen en stimuleert dit met een opslag van 2,2% indien uitbreiding van MPT/VPT plaats vindt. In de webinar is aangegeven dat één van de voorwaarden hierbij is dat ZZP-prestaties voor verblijf omgezet dienen te worden naar een VPT. Deze voorwaarde lezen wij niet terug in uw inkoopbeleid. Graag zien wij alle voorwaarden voor de opslag van 2,2% op een rijtje zodat wij als aanbieder weten wat er van ons verwacht wordt. Wilt u dit aanvullen in uw inkoopbeleid? Zo niet, kunt u toelichten waarom u dit niet wilt toevoegen?	De voorwaarden voor opslag kunt u teruglezen in paragraaf 2.1, pagina 6 van het inkoopbeleid, in de opslagentabel. Zie bijlage 1 bij NvI met rekenvoorbeelden.
930	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat een opslag mogelijk is van + 0,1% indien de zorgaanbieder zit committeert aan alle gemaakte afspraken aan de regionale V&V tafels. Worden de afspraken aan de regiotafels dan gecommuniceerd met alle zorgaanbieders? Geldt dit ook voor zorgaanbieders die enkel geclusterd VPT leveren door heel Nederland?	De afspraken worden vastgelegd door de regionale V&V tafels en de zorginkoper van VGZ, zodat we gezamenlijk een overzicht hebben waar ook aanbieders die niet bij een overleg aanwezig zijn inzicht hebben in de afspraken. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die enkel geclusterd VPT leveren door heel Nederland.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
164	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Uit eerdere ervaring hebben wij gezien dat u bereid bent over de uitkomst van het beroep op de hardheidsclausule in gesprek te gaan. Als U meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves danwel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen, gaat u hierover dan nu ook het gesprek aan? En ondersteunt u dat het uiteindelijk de zorgaanbieder is die beslist of het eigen vermogen of financiële reserves daadwerkelijk worden ingezet voor het opvangen van een tekort en of operationele verbeteringen worden doorgevoerd? Zo nee, waarom niet?	<p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Daarbij hanteren wij als uitgangspunt dat 50% van eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.</p> <p>Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg.</p> <p>Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
967	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het richttarief in 2023 is 95,8% voor mij als zorgaanbieder, in totaal 96,2%. Geldt dan voor ons ook de 95,5% in 2024 als basis?	In de sector V&V geldt 95,5% inderdaad als richttariefpercentage voor 2024, tenzij er sprake is van een 'historisch laag tarief'.
982	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U geeft aan dat met een aantal aanbieders een historisch laag tarief is afgesproken en dat dit tarief doorgetrokken zal worden naar volgende jaren. Wat betekent dit voor zorgaanbieders die in 2023 een lager tariefpercentage hebben ontvangen omdat zij als nieuwe zorgaanbieder gecontracteerd zijn? Klopt het dat zij niet vallen onder de groep 'zorgaanbieders waarmee een historisch laag tarief is afgesproken'. Bij zorgaanbieders die in 2023 voor het eerst gecontracteerd zijn heeft immers geen onderzoek kunnen plaatsvinden waaruit blijkt dat zij uit kunnen met een lager tariefpercentage.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
984	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	U hanteert een opslag van +0,1% voor zorgaanbieders die zich committeren aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels. Kunt u een impressie geven van de afspraken die dit betreft?	Wij kunnen hier geen eenduidig antwoord op geven. Dit hangt af van de regionale afspraken die aan uw V&V tafel worden gemaakt. Voor voorbeelden verwijzen naar hoofdstuk 2.3 uit ons inkoopbeleid.
989	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wij zetten in op extramuralisering via MPT, VPT verspreid in de wijk en geclusterd VPT. Welke vorm het meest passend is, verschilt per cliënt. Kunt u beargumenteren waarom verschuiving van intramuraal naar VPT niet genoemd is als onderdeel van de voorwaarde om tot de +2,1% opslag te komen? De voorwaarde lijkt inzetten op VPT nu af te straffen.	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
990	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor de MPT opslag van +2,1% geeft u aan: "De zorgaanbieder gaat in 2024 een groeiend aantal en aandeel van minimaal 2% MPT cliënten van zorg voorzien t.o.v. het aantal MPT cliënten in 2023". Deze zinsnede is onduidelijk. Betreft het een groei in aantal van 2% MPT cliënten of een groei in het aandeel MPT cliënten en welk aandeel wordt dan bedoeld? Kunt u dit verduidelijken met een rekenvoorbeeld?	We spreken van een groeiend aantal als op de peildatum in absolute zin meer cliënten MPT en VPT ontvangen dan een jaar eerder. Onder aandeel wordt verstaan het % extramuraal zorg t.o.v. ZZZ. Zie bijlage Rekenvoorbeelden.
165	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Uit eerdere ervaring hebben wij gezien dat u bereid bent over de uitkomst van het beroep op de hardheidsclausule in gesprek te gaan. Als U meent dat vanwege eigen vermogen of financiële reserves danwel het doorvoeren van operationele verbeteringen een tekort kan worden opgevangen. Kunt u dan concreet aangeven waar deze operationele verbeteringen te realiseren zijn? En helpt u ons financieel om die verbetering te kunnen realiseren?	In hoofdstuk 2.1 van het inkoopbeleid beschrijven wij welke zaken wij meenemen in de beoordeling van de hardheidsclausule. U ontvangt uiterlijk 20 oktober 2023 van ons een terugkoppeling op uw aanvraag. Afhankelijk van de situatie kunnen we aanvullende documenten opvragen.
1007	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	"Deze zijn in te zetten voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht". Aan welke knelpunten worden bedoeld?	Zorgkantoren hebben zorgplicht. We hebben de afgelopen jaren gezien dat de wereld om ons heen een stuk onvoorspelbaarder wordt. Hierdoor kunnen we nieuwe zorgplichtissues die we nu nog niet kennen niet uitsluiten. Voorzienne knelpunten in de zorgplicht zijn onderwerp van bespreking tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.
1009	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	is er een koppeling tussen NHC en duurzaamheid qua richttariefpercentage	Bij de bepaling van het richttariefpercentage is geen rekening gehouden met de verlaging van de NHC. Het richttariefpercentage geldt namelijk niet voor de NHC, maar voor het zorgdeel.
761	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom heeft het zorgkantoor de opslag voor MPT beperkt tot PV en VP? De onderdelen huishouding en dagactiviteiten (met en zonder behandeling) zijn ook onderdeel van de MPT producten en kunnen zelfs de doorslag geven op al dan niet langer thuis kunnen blijven wonen.	PV en VP zijn hier de meest relevante zorgtaken. De overige zorgtaken kunnen worden gedekt vanuit het richttarief.
1068	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	We zien dat de kosten harder stijgen dan de opbrengsten. Kunt u aangeven op welke wijze u ervoor zorgt dat er voldoende financiële middelen zijn om de nodige transformaties te bewerkstelligen?	Het richttarief is in beginsel voldoende om goede zorg te kunnen leveren. Door het toekennen van transformatieopslagen willen wij de transformatiebeweging bevorderen.
1074	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe kunt u stellen dat 75% van de zorgaanbieders een positief of neutraal resultaat behaalt met het richttariefpercentage als de NZa maximumtarieven voor 2024 nog niet bekend zijn?	Zorgkantoren gaan er vanuit dat de NZa vanuit haar verantwoordelijkheid gewogen gemiddeld kostendekkende tarieven vaststelt.
1075	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Heeft u bij het vaststellen van het richttariefpercentage op basis van de jaarrekeningen uit 2021 enkel de Wlz-kosten en opbrengsten voor de zorgexploitatie meegenomen (en dus niet de vastgoedexploitatie en de andere inkomsten- en uitgaven (Wmo/Zvw)? Zo ja, hoe heeft u dit gedaan? Zo nee, waarom meent u dat dit niet nodig is?	In het model is onderscheid gemaakt tussen de verschillende zorgdomeinen met het doel alleen de Wlz te beschouwen. De Wlz ZiN-opbrengsten zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van de aanbieder, hiermee sluiten we eventuele inkomsten uit andere domeinen evenals die van Wlz pgb uit. De Wlz ZiN gerelateerde kosten worden ingeschat middels de verhouding tussen Wlz Zin omzet en de totale omzet, aangezien specificatie van kosten naar verschillende zorgdomeinen ontbreekt in het merendeel van de jaarverslagen. Zie ook pagina's 4 & 5 van bijlage 7.
1076	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Houdt u bij de vaststelling van tarieven rekening met hogere CAO-kosten/hogere lonen (boven OVA-ruimte). Heeft u dat gedaan? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1077	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wordt in het kader van CAO onderhandelingen rekening gehouden met een aanpassing van het richttarief voor de komende jaren?	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendeckende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
1079	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Bent u bereid om de financiële positie te laten vallen als toepassingsvoorwaarde voor de harheidsclausule? Zo nee, waarom niet.	Nee, VGZ Zorgkantoor is daar niet toe bereid.
1081	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het opslagpercentage (+0,2%) voor implementatie van 2 nieuwe en bewezen GP's genereert voor kleine zorgaanbieders in veelal te geringe bedragen om de implementatie daadwerkelijk mogelijk te maken. Een hoger basis bedrag voor een GP is hiervoor nodig. Bent u bereid om dit aspect mee te nemen in het toekennen opslagen/maatwerkafspraken?	De hoogte van het opslagpercentage wordt niet aangepast. Per GP is er een verschil in de mate van investering en verwachte opbrengst. Een zorgaanbieder kan kiezen welke GP bij hem past en dit bespreken met de zorginkoper.
1086	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Moeten bij de opslag voor de ZPP van 0,2% de te implementeren GP's gekoppeld zijn aan de door de instelling gekozen kanslijnen of maakt dat niet uit?	Met onze Zinnige Zorg strategie willen wij zoveel als mogelijk de kanslijnen omarmen en vernieuwende initiatieven ontwikkelen die hierop aansluiten. Voor de mogelijke tariefsopslag staan al onze GP's open om op te schalen. Wij stimuleren ook zeker om initiatieven over de sectoren heen te implementeren. Wij vragen de zorgaanbieder vooral te onderzoeken welke GP's aansluiten op de individuele uitdagingen.
1087	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Bij "inschrijving via Vecozo" is er de mogelijkheid om aan te geven of je kunt en wilt voldoen aan de voorwaarden die worden gesteld aan de transformatie opslagen. Wanneer zijn deze voorwaarden bekend en na te lezen?	Deze voorwaarden staan vermeld in het inkoopbeleid GZ, paragraaf 2.1 pagina 6 in de tabel. Bij twijfel kunt u hierover ook in gesprek gaan met uw zorginkoper.
1090	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Betreft hoofdstuk 3.4, laatste alinea blz 12: Welke eventuele onderbouwende documenten, zoals vereist in het regionale beleid, moeten we invullen danwel bijvoegen bij de inschrijving als bestaande aanbieder?	Indien een bestaande aanbieder inschrijft volstaat het toevoegen van een bestuursverklaring bij de inschrijving. Indien een nieuwe aanbieder inschrijft dienen de volgende zaken aangeleverd te worden: bestuursverklaring, een ondernemingsplan en documenten ter onderbouwing. Welke documenten u ter onderbouwing dient aan te leveren staat beschreven in paragraaf 3.7 en 3.8.
1109	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor het bepalen van de VIS tarieven zijn er drie instellingen geweest die de basis hebben gevormd voor deze kostprijs. Er is dus geen sprake van een gemiddelde kostprijs gebaseerd op een groot aantal partijen met een bijbehorende spreiding. Waarom denkt u dat wij met een tariefsafslag op onze kostprijs kunnen werken?	Het tariefmodel dat gehanteerd wordt leidt tot een richttarief percentage per sector op landelijk niveau. De richttariefpercentages zijn per sector. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar subsectoren of indicaties.
1110	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Voor het bepalen van de VIS tarieven zijn er drie instellingen die de basis zijn geweest van deze kostprijs. Kosten voor innovatie maakten geen onderdeel uit van deze kostprijsberekening. Hoe denkt u dat wij innovatie kunnen financieren als onze tarieven bepaald zijn op basis van een kostprijs zonder innovatie met daarbovenop een tariefsafslag? Kunt u toezeggen dat we daar maatwerkafspraken voor kunnen maken?	Zonder innovatie zou u uit moeten kunnen komen met het richttarief. U kunt in aanmerking komen voor een transformatieopslag (GP's).

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1111	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het inkoopbeleid gaat ervan uit dat de implementatie van een succesvol initiatief vanuit de reguliere tarieven bekostigd kan worden. Ook bewezen innovaties (Good Practices) dienen organisatiespecifiek te worden geïmplementeerd, omdat ze onderdeel gemaakt moeten worden van de processen, protocollen en werkwijzes. Het is geen kwestie van plug and play. Hoe denkt het zorgkantoor dat daadwerkelijke implementatie en borging uit de integrale tarieven met afslagen bekostigd kunnen worden? Kunt u toezeggen dat we daar maatwerkafspraken voor kunnen maken?	Voor het implementeren van GP's kunnen zorgaanbieders aanspraak maken op de transitieopslag. Zie de tabel bij paragraaf 2.1
348	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom heeft het zorgkantoor de opslag voor MPT beperkt tot PV en VP? Het onderdeel dagbesteding (met en zonder behandeling) is ook onderdeel van de MPT producten en kan zelfs de doorslag geven op al dan niet langer thuis wonen.	PV en VP zijn hier de meest relevante zorgtaken. De overige zorgtaken kunnen worden gedekt vanuit het richttarief.
1113	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het NHC tarief is verlaagd. Tegelijkertijd zijn de bouw- en onderhoudskosten sterk gestegen en gaan huren omhoog. Ook investeringen in duurzaamheid moeten gedaan worden uit dezelfde tarieven, terwijl deze nog niet eens kostendekkend zijn voor de bouw- en onderhoudskosten en huren i.v.m. de gestegen prijzen. De zorg voor de bewoners in de visuele sector vraagt extra investeringen voor de huisvesting. Hoe verwacht het zorgkantoor dat wij hiermee invulling kunnen geven aan de opgave op het gebied van huisvesting, inclusief de duurzaamheidsopgave? Kunt u toezeggen dat we daar maatwerkafspraken voor kunnen maken?	Wij kunnen een dergelijke toezegging niet doen.
1128	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	"Door te kiezen voor een landelijk tariefmodel dragen zorgkantoren bij aan duidelijkheid en transparantie over de gemaakte keuzes. Tegelijkertijd behouden we hierbij ruimte voor maatwerk binnen de regio". Kunt u toelichten hoe we in aanmerking kunnen komen voor maatwerkafspraken?	Er is een mogelijkheid tot het maken van (meerjaren) maatwerkafspraken. Deze zijn in te zetten voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht. Het gaat hierbij om financiering van vooraf door het zorgkantoor goedgekeurde initiatieven die bijdragen aan de transitie van het zorglandschap, maar die niet voldoende kunnen worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transitieopslag. Wanneer u in aanmerking wenst te komen voor een maatwerkafpraak kunt u contact opnemen met uw inkoop.
1129	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Je kunt een opslag krijgen van 0,2% voor het implementeren van 2 Good Practices, worden vanuit de transitiemiddelen zowel de scholings, projectkosten als investering vergoed? Zo, nee welke financiering is hier dan wel voor beschikbaar?	De transitieopslag is bedoeld om de zorgaanbieders te stimuleren om een deel van de implementatie te bekostigen. Er zijn helaas geen andere financiering mogelijkheden.
1131	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor de transitiemiddelen dient een aanvraag voor 28 juli 2023 te zijn ingediend, we maken bezwaar tegen deze termijn. Om tot een goed plan te komen is er meer tijd nodig een logisch moment is wat ons betreft voorjaar 2024. Gaat u hiermee akkoord? Zo, nee welke termijn stelt u dan voor?	De aanvraag die u vóór 4 augustus 2023 a.s. indient, omvat niet een volledig plan. Hiermee komen we tegemoet aan de oproep van aanbieders voor minder administratieve lasten. Zie ook het aanvraagformat wat bij het inkoopbeleid zit. Wij kunnen niet akkoord gaan met een latere indieningsdatum.
1143	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Er is een opslag MPT op de onderdelen PV en VP. Daarvoor is o.a. benodigd een "groeidend aantal en aandeel van minimaal 2% MPT-cliënten van zorg voorzien". Bereken u deze groei over alle MPT-cliënten, of alleen over de H126 en H104 waarvoor de opslag te verkrijgen is?	Deze groei berekenen we door op de peildata te kijken naar het totaal aantal MPT cliënten en het aandeel MPT cliënten ten opzichte van het totaal aantal MPT en ZZP cliënten.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1144	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het landelijk richttariefpercentage is geen minimum- of maximumtarief. Wij zijn een reguliere (bestaande)V&V aanbieder en opteren niet voor een vrijwillig lager tariefpercentage. Kunnen wij er dan vanuitgaan dat ons richttariefpercentage voor de komende drie jaar minimaal 95,5% is?	Het richttarief is het uitgangspunt van het inkoopgesprek, tenzij u eerdere jaren een lager tariefpercentage ontvangen heeft. In dat laatste geval is dit lagere percentage uitgangspunt.
1145	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De bewegingen die u in uw inkoopbeleid benoemt, onderschrijven wij. Wij vragen ons wel af waarom u daarbij de systematiek van opslagpercentages heeft gekozen? Het aanvragen, moitoren en verantwoorden leiden tot grote administratieve last, die niet in verhouding staat tot de te behalen resultaten.	De gekozen systematiek is veel minder arbeidsintensief dan eerdere jaren. In plaats van het opvragen en beoordelen van plannen, focussen we deze inkoopronde op het maken van concrete resultaatsafspraken.
1152	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Het rtp kan op zorgaanbiedersniveau hoger of lager liggen dan het landelijk onderbouwd rtp. Hoe wordt het rtp per zorgaanbieder vastgesteld? Kan een zorgaanbieder hierover nog onderhandelen met het zorgkantoor?	Een uitgebreide toelichting hierop is terug te vinden in ons inkoopbeleid (bijlage 7). Het landelijke richttariefpercentage is voor de looptijd van de overeenkomst vastgesteld. Als u in aanmerking wilt komen voor opslagen, kunt u dit aangeven bij de inschrijving.
1156	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De bekostigingssystematiek inclusief de tariefpercentages gelden voor de looptijd van ons inkoopbeleid 2024-2026' met eventueel 2 maal 1 jaar verlenging. Is dit tariefpercentage per zorgaanbieder opnieuw onderhandelbaar als blijkt dat de verhouding kosten - opbrengsten Wlz aanzienlijk afwijkt van het percentage dat uit de berekening obv 2021 is gekomen. Zo nee, waarom respecteert u de jurisprudentie over een reeel kostendekkend tarief in deze situatie niet?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed hoeven te worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.
1157	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe worden door u bij een meerjarig contract voor de jaren 2025, 2026 en evt 2027 en 2028 de tarieven geïndexeerd bij stijging van loon- en energiekosten, maar ook inflatie ten gevolge van stijging van voeding- en materiaalkosten, inflatie. Zodat er wellicht geen kostendekkend tarief resteert?	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1158	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	De zorgaanbieder committeert zich aan alle afspraken die worden gemaakt aan de regionale V&V tafels'. Wilt u duidelijk uitleggen wat u precies verstaat onder 'commiteert'?	Wij verwachten dat u zich houdt aan de daar gemaakte afspraken, waarbij wij streven naar het maken van resultaatsafspraken.
1159	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	MPT - stelt u eisen aan de functiemix die MPT levert of biedt u de zorgaanbieders ruimte zelf een best passende functiemix te vinden?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid.
1160	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Mag je binnen de MPT met een 'verlengde arm' werken. Bijvoorbeeld een lager niveau mag gedelegeerd handelingen uitvoeren onder regie van een niveau 3 of 4?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid.
1185	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom wordt het richttarief met 0,1%punt verlaagd (van 95,8% naar 95,7%)?	Zorgkantoren hebben bewust gekozen voor het uitgangspunt dat 75% van de zorgaanbieders een neutraal of positief resultaat moet kunnen behalen met het richttariefpercentage. Deze keuze volgt uit de doelmatigheidsopdracht van zorgkantoren. Een reëel/proportioneel tarief staat niet gelijk aan een tarief dat voor iedere aanbieder kostendekkend is. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vormgegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
1186	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Als gevolg van de hoge inflatie wordt voor een aanbieder het risico op niet in de tarieven gedekte kosten (CAO-ontwikkelingen, energie-ontwikkelingen, duurzaamheidsinvesteringen) steeds groter. Zo is er op dit moment al een risico in de VG sector dat de CAO tussentijds fors wordt verhoogd en dit niet (volledig) is opgenomen in de tarieven voor 2024. Dit zijn wezenlijk andere omstandigheden dan in 2021, het referentiejaar voor het richttarief van 95,7%. Is het zorgkantoor ermee eens dat de huidige macro-economische situatie in Nederland wezenlijk anders is dan in 2021? Op welke wijze is hiermee rekening gehouden in de inkoopsystematiek en bij de tariefsbepaling? Indien hier geen rekening mee is gehouden graag een toelichting op de reden hiervan.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Door de koppeling van het richttariefpercentage aan de maximum NZa tarieven volgen we de indexatie.
1190	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor de opslag van 0,2% dient zorgaanbieder 2 Good Practices te implementeren. Hoe verloopt de procedure als een aanbieder een nieuw initiatief (dat nog niet op de VGZ website over zinnige zorg is opgenomen als Good Practice) in 2024 wil implementeren als onderdeel van de opslag 2024?	Voor de transformatieopslag wordt enkel uitgegaan van het implementeren van bewezen Good Practices op onze website. Hierover worden afspraken vastgelegd in de overeenkomst. Wij blijven dagelijks op zoek naar vernieuwende, meetbare initiatieven om te onderzoeken of deze uitgewerkt kunnen worden tot een GP. Zo blijven we samen het zorgveld vernieuwen. Wij nodigen u uit om bij uw zorginkoper kenbaar te maken als u een vernieuwend, meetbaar initiatief heeft.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1191	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Om in aanmerking te komen voor de opslag van 0,2% dient zorgaanbieder 2 Good Practices te implementeren. Is het mogelijk voor een VG aanbieder om een Good Practice te implementeren afkomstig uit een andere sector, bijvoorbeeld de ouderenzorg?	Jazeker, we stimuleren graag dat zorgaanbieder ook sectoroverstijgend toepasbare GP's implementeren.
1196	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe verhouden zich de te kiezen Good Practices met de door de zorgaanbieder in samenspraak met de cliëntvertegenwoordiging in 2023, gekozen kanslijnen?	Met onze Zinnige Zorg strategie willen wij zoveel als mogelijk de kanslijnen omarmen en vernieuwende initiatieven ontwikkelen die hierop aansluiten. Voor de mogelijke tariefsopslag staan al onze GP's open om op te schalen. Meerdere van onze GP's sluiten aan bij de kanslijnen. De zorgaanbieder kan hieruit zelf een voorselectie maken welke aansluit op de individuele uitdagingen en dit kenbaar maken bij de inschrijving in Vecozo. Vervolgens gaat onze zorginkoper hierover met de zorgaanbieder in gesprek.
1198	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op welke NZA tarief-prestaties wordt de opslag MPT&VPT +2,2% toegekend?	Op de leveringsvormen MPT en VPT.
354	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom mag de af te spreken basisproductie van alle zorgaanbieders gezamenlijk niet hoger zijn dan 98% van de beschikbare contracteerruimte van VGZ? Waarom wordt er bij het vaststellen van het initiële budget geen rekening gehouden met de extramurale groei binnen de Wlz?	Zie paragraaf 4.4.4 van het inkoopbeleid van VGZ Zorgkantoor. Wij willen als zorgkantoor gedurende het jaar goed kunnen inspelen op onvoorziene omstandigheden. Daarnaast willen we zorgaanbieders gedurende het inkoopjaar de mogelijkheid bieden om een bijdrage te leveren aan Zinnige Zorg en innovatie. Aan het begin van 2024 reserveren wij daarom 2% van onze totale contracteerruimte 2024. Er wordt rekening gehouden met de gerealiseerde extramurale groei, toekomstige groei wordt verwerkt via de Click en Herschikking, in samenspraak met uw zorginkoper.
1201	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Onze organisatie loopt al voorop in het realiseren van MPT en VPT (% MPT/VPT ten opzichte van het totaal). Is het dan billijk dat wij een groei moeten laten zien om in aanmerking te komen voor de opslag van 2,2% opslag MPT&VPT?	Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, dient u aan de genoemde voorwaarden te voldoen. Het is niet mogelijk om hier in te gaan op de individuele situatie van een zorgaanbieder.
1202	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In het VG werkveld bestaan er verschillen tussen aanbieders wat betreft het gerealiseerde aandeel MPT en VPT. Op welke wijze laat u dit verschil meewegen in de toekenning van de opslag?	Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, dient u aan de genoemde voorwaarden te voldoen. Het is niet mogelijk om hier in te gaan op de individuele situatie van een zorgaanbieder.
1203	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Moeten wij, indien wij in aanmerking willen komen voor maatwerkafspraken dit bij inschrijving in Vecozo aangeven?	Wanneer u in aanmerking wenst te komen voor een maatwerkafpraak kunt u contact opnemen met uw inkoper.
1206	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	In de ZN Visie Gehandicaptenzorg worden de knelpunten t.a.v. de complexe doelgroep benadrukt en met name dat het moeilijk blijft om voldoende passend aanbod beschikbaar te hebben. Onderschrijft VGZ deze ZN Visie Gehandicaptenzorg en zo ja, op welke wijze geeft VGZ deze visie vorm in het inkoopbeleid?	In het VGZ inkoopbeleid verwoorden we deze visie in het thema Complexe zorg.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1207	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	VGZ maakt een groot onderscheid tussen transformatieopslag MPT/VPT en ZZP's. Hiermee legt VGZ de nadruk op een verschuiving naar MPT en VPT producten d.m.v. ambulantisering. Dit creëert het risico dat aanbieders die momenteel relatief veel complexe zorg leveren dat zich niet leent voor ambulantisering hun aanbod verschuiven naar minder complexe zorg waardoor het knelpunt in passend aanbod voor de complexe doelgroep groter wordt. Ziet VGZ dit risico ook? Zo nee, waarom treedt dit risico in uw ogen niet op. Zo ja, wat stelt u voor als risicobeheersmaatregelen n.a.v. dit risico?	Wij dagen u uit de mogelijkheden te onderzoeken om ook voor de hoge ZZP's tot ambulantisering te komen. Wij brengen u graag in contact met partijen die hier al ver in zijn gevorderd. Zie hiervoor o.a. de GP's, deze zijn beschikbaar via onze website.
1209	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De tariefsystematiek middels de transformatieopslagen legt de nadruk op ontwikkeling VPT en/of MPT. Hiermee worden de uitdagingen om de meest complexe zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden bij aanbieders zelf neergelegd. Aanbieders zijn zonder de juiste financiering hiertoe niet in staat. Dat zou tot een zeer ongewenste ontwikkeling kunnen leiden. Wat zijn de voornaamste argumenten in dit licht voor VGZ geweest om deze richtingskeuze te maken?	Complexe zorg wordt regulier gefinancierd middels ZZP's. Mocht reguliere bekostiging inclusief meerzorg niet toereikend zijn gaan wij hierover graag in gesprek. Het is mogelijk om in aanmerking te komen voor een maatwerkafspraken als deze inhoud geeft aan de 5 kanslijnen voor zover daar nog geen GP's voor beschikbaar zijn. Het dienen projecten te zijn om het aanbod van zorg en ondersteuning dusdanig te wijzigen dat voldaan wordt aan de doelen van de afzonderlijke kanslijnen. 1 van de kanslijnen is 'Complexe zorg, waarbij sprake is van multiproblematiek'.
1210	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Er wordt een groot onderscheid gemaakt tussen transformatieopslag voor ZZP's en MPT/VPT. In deze (universele) differentiatie is geen rekening gehouden met hoe de populatie verschilt per soort zorgaanbieder. Zou daarin ook niet een meer gedifferentieerde aanpak passender zijn?	Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, dient u aan de genoemde voorwaarden te voldoen. Het is niet mogelijk om hierin te gaan op de individuele situatie van een zorgaanbieder.
1211	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Op dit moment verkeren diverse aanbieders al in financieel zwaar weer en de komende tijd volgen nog veel meer financiële uitdagingen (zie rapport Donkere Wolken). Het richttarief is hiermee onhoudbaar. Op welke wijze waarborgt u dat er voldoende capaciteit van zorg beschikbaar blijft voor de cliënten die dat nodig hebben?	Zorgkantoren hebben de wettelijke taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Daarom kiezen zij voor een systematiek met een richttarief dat in de basis prikkelt tot het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg en tevens de ruimte biedt een afwijkend tarief af te spreken wanneer dit passend is. Als 75% van de aanbieders zorg kan verlenen voor het richttariefpercentage, moet de overige 25% dit in principe ook kunnen. Zorgkantoren verwachten dat de aanbieders die een groot verlies lijden met het richttariefpercentage in veel gevallen in staat zijn door aanpassingen in de organisatie doelmatigheidswinst te boeken en zo het resultaat te verbeteren. De voorzieningenrechter heeft immers overwogen dat geen tarieven hoeven te worden vergoed die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn omdat dan de duurste zorgaanbieder de maatstaf zou worden en elke prikkel om efficiënt te werken zou verdwijnen. Indien de gehanteerde tariefsystematiek inclusief het regionale beleid een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1212	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wij onderschrijven het belang om cliënten die daartoe in staat zijn de mogelijkheid te bieden om met ondersteuning thuis te blijven wonen. Daar staan wij zeker achter. We zien echter dat deze ontwikkeling ook op veel andere onderwerpen impact heeft, zoals schuldenproblematiek bij cliënten en het risico op eenzaamheid. Ook denken wij dat het juist om deze ontwikkeling mogelijk te maken het belangrijk is dat de wachtlijsten in de complexe zorg weggewerkt worden zodat cliënten het vertrouwen kunnen hebben dat ze, als het thuis niet lukt, toch ergens terecht kunnen. Ziet u dat ook zo? Hoe denkt u de hiertoe benodigde verblijfs capaciteit in te gaan kopen?	Deze vraag heeft niet rechtstreeks betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden.
1213	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Geldt het richttariefpercentage ook voor meerzorg? Indien nee, wat is het tariefpercentage voor meerzorg? Indien ja, waarom wordt er geen onderscheid gemaakt voor meerzorg? Meerzorg tarieven zijn niet kostendekkend, o.a. door overheadsopslag die niet vergoed wordt en PNIL die noodgedwongen moet worden ingezet.	Ja, het richttarief geldt ook voor meerzorg. De inzet van PNIL is bedrijfsvoering en dus aan de aanbieder.
951	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom wordt er nog nauwelijks tot niet gesproken over VPT aanbod?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
1217	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: Eén van de voorwaarden voor maatwerkafspraken is dat initiatief moet leiden tot dalende kosten (interne kosten zorgaanbieder). Aangezien de kostenuitdagingen verschillen per doelgroep zouden wij graag zien dat deze voorwaarde per aanbieder/situatie genuanceerd wordt bekeken. Ziet VGZ dit ook zo en is VGZ bereid hierover met zorgaanbieders in dialoog te gaan? Zo nee, waarom niet?	Over het maken van maatwerkafspraken gaan we in dialoog, passend bij de uitdaging per zorgaanbieder.
1218	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: Eén van de voorwaarden voor maatwerkafspraken is dat initiatief moet leiden tot dalende kosten (interne kosten zorgaanbieder). Wordt met dalende kosten ook gelijkblijvende kosten bedoeld (kosten ombuiging / beheersing)?	Het gaat om een daling van de kosten.
1219	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: kunnen hier gedurende hele looptijd van overeenkomst voorstellen voor ingediend worden? Zo nee, wat is hier de motivatie achter?	Het is niet mogelijk om maatwerkafspraken gedurende het jaar te maken. De afspraken die hierover worden gemaakt, worden namelijk vastgelegd in de overeenkomst. Doel is om aan de voorkant doelgerichte en meetbare resultaatafspraken te maken die helder en transparant vastgelegd zijn in de overeenkomst.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1220	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken alleen mogelijk indien richttarief niet volstaat. Hoe kunnen zorgaanbieders aantonen dat richttarief niet volstaat?	Indien u een initiatief heeft welke bijdraagt aan de transformatie van het zorglandschap maar die niet voldoende kan worden gefinancierd vanuit het richttarief en de transformatieopslag kunt u bij uw inkoper aangeven dat u in aanmerking wenst te komen voor een maatwerkafpraak. Het moet gaan om experimenten binnen de experimentregels van de NZa, op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht. Bij een aanvraag zult u (o.a. financieel) moeten kunnen onderbouwen dat het richttarief niet toereikend is voor de uitvoering van de transformatieplannen.
1221	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: transformatie door innovatie aanvraag alleen aan te vragen voor aanbieders met financieel gezond resultaat afgelopen 3 jaar. Wat is de ratio hierachter?	De praktijk leert dat innoveren veel vraagt van organisaties. We hebben gekozen om deze belangrijke processen voor de transformatie alleen te doen met organisaties die daar voldoende focus en aandacht voor kunnen hebben.
1222	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Transformatieopslag meerjarig: hoe kan bij de inschrijving aangegeven worden hier meerjarig op in te willen zetten / hier meerjarig aanspraak op gemaakt worden?	Het is niet mogelijk om dit in de vragenlijst van Vecozo aan te geven. U bespreekt dit met uw zorginkoper.
1225	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Transformatieopslag: welke informatie dient ingediend te worden bij het inschrijven op de transformatieopslag(en) bij de inschrijving met deadline 28 juli 2023?	Bij uw inschrijving in Vecozo geeft u aan welke Good Practices (GP's) u wenst te implementeren om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag. In het inkoopgesprek bespreekt u dit verder met uw zorginkoper.
1226	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Transformatieopslag: 2,2% opslag VPT/MPT: over welk bedrag krijgen aanbieders deze opslag?	Deze opslag geldt voor MTP en VPT prestaties.
1259	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Dien je voor de 0,2% opslag ZZP zelf GP's te ontwikkelen of GP's van andere instellingen te implementeren?	Het gaat hierbij om het implementeren van al elders bewezen GP's. Deze kunt u terugvinden op onze website: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zinnige-zorg/zinnige-zorg-in-de-praktijk
1260	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wij leveren momenteel al een combinatie van ZZP en VPT/ MPT. We zijn hier al tientallen jaren mee bezig maar hebben niet meer een groeiend aantal. Komen wij dan wel in aanmerking om deze opslag te krijgen?	Om in aanmerking te komen voor de transformatieopslag, dient u aan de genoemde voorwaarden te voldoen. Het is niet mogelijk om hier in te gaan op de individuele situatie van een zorgaanbieder.
1302	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	In welke mate kan het richttarief wijzigen voor de jaren 2025 en 2026? Licht uw antwoord toe.	In het inkoopbeleid van ieder zorgkantoor is de gehanteerde tariefsystematiek toegelicht. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren de komende jaren tot reële tariefafspraken te komen. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. Het richttariefpercentage staat in principe vast gedurende de looptijd van het inkoopbeleid. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1303	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Hoe verhoudt zich het richttarief voor 3 jaren met de juridische voorwaarde dat het Zorgkantoor een reëel tarief moet bieden? Welke aanpassingsmogelijkheden zijn er dan de komende contracteren jaren? Licht uw antwoord toe.	Hier is in zoverre rekening mee gehouden dat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven. De NZa is vanuit hun wettelijke taak verantwoordelijk voor het verwerken van kostenontwikkelingen in de maximumtarieven op basis van de door VWS afgegeven indexatiecijfers. Zorgkantoren zullen jaarlijks op basis van de meest recente beschikbare gegevens beoordelen of het vastgestelde richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.
1304	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Welke aanpassingsmogelijkheden zijn er komende contracteren jaren? Licht uw antwoord toe.	Deze vraag is niet in algemene zin te beantwoorden. Dit heeft o.a. te maken met de duur van het contract en de aard van de gemaakte (meerjaren)afspraken.
1305	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Heeft de recente herberekening van de Wlz tarieven door bijstelling van de indexatie van de NZa nog gevolgen voor het richttariefpercentage, de voorwaarden voor de opslagpercentages of anderszins? Licht uw antwoord toe.	Nee dit heeft geen gevolgen voor het richttariefpercentage. De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van zorgkantoren. Het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en volgt daarmee de ontwikkeling in de maximumtarieven. Dit vanuit de opdracht die voor zorgkantoren en zorgaanbieders volgt uit de landelijke kortingen in het kader van de betaalbaarheid van de zorg. De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder het tarief niet toereikend is kan een zorgaanbieder een beroep doen op de hardheidsclausule opgenomen in het zorginkoopbeleid. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven.
1309	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De transformatieopslag op de twee producten bij MPT is alleen te verkrijgen bij een groei in het aantal cliënten van 2%, terwijl de tarieven voor deze zorg nu al ontoereikend zijn. Waarom wordt de voorwaarde van groei gesteld om een opslag te krijgen die bijdraagt aan meer kostendekkende tarieven, terwijl zorgaanbieders soms al jaren verlies hebben gemaakt op deze zorgvorm, en reeds in eerdere jaren groei hebben laten zien in het aantal MPT-cliënten?	Deze stimulans hangt samen met de transformatie die we inzetten en die is gericht op de houdbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst: 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan', met tevens het behoud van een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen. Dit betekent dat wij zorgaanbieders stimuleren om zich maximaal in te spannen om cliënten waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden, ook in de thuissituatie te organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten gaan worden. Wij zien de groei VPT/MPT tevens als een tegemoetkoming aan de toenemende vraag van cliënten naar verschillende vormen van wonen met zorg, anders dan intramuraal. Ons beleid is erop gericht de verschillende mogelijkheden in wonen met zorg te vergroten. Wij voorzien dat met een groei in VPT de keuzemogelijkheid van cliënten in woonvormen uitgebreid kan worden.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1311	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom is de transformatieopslag voor MPT +2,1% gekoppeld aan de opslag 0,2% voor implementatie Good Practices? Bestaat er een mogelijkheid om deze twee opslagen los van elkaar te verkrijgen?	Er is gekozen voor de koppeling omdat we zo willen stimuleren dat de geleverde MPT's ook bijdragen aan Zinnige Zorg. Het klopt dat de opslag voor MPT gekoppeld is aan de opslag voor het implementeren van tenminste twee GP's, de opslag voor de GP's is wel los te verkrijgen.
1313	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Wat zijn de gevolgen als bij het inschrijven bij Vecozo met de deadline op 28 juli nog geen afspraken zijn gemaakt over de implementatie van de twee Good Practices?	Afspraken over de implementatie maakt u met uw inkoper. Indien u niet kiest voor de implementatie van de twee Good Practices bij het inschrijven in Vecozo dan komt u voor het jaar 2024 niet meer in aanmerking voor deze opslag.
1314	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Maatwerkafspraken: In hoeverre kunnen projecten/innovaties die door zorgaanbieders voor 2024 al zijn opgestart in aanmerking komen voor maatwerkafspraken obv het inkoopbeleid 2024? Licht uw antwoord toe.	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot reële tariefafspraken te komen.
1322	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Is de transformatieopslag voor MPT +2,1% ook van toepassing op het product H120 PV Speciaal? Licht uw antwoord toe.	Nee, de opslag MPT geldt op de onderdelen PV (H126) en VP (H104).
1325	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De transformatieopslag op de twee producten bij MPT is alleen te verkrijgen bij een groei in het aantal cliënten van 2%. Is dit ook van toepassing voor de jaren 2025 en 2026. In welke mate wordt er rekening gehouden met de reeds gerealiseerde groei op MPT's in voorgaande jaren?	In principe geldt de transformatieopslag voor 1 jaar. Het is naast het maken van jaarlijkse afspraken ook mogelijk, meerjarenafspraken te maken over de opslag. Dit kan als naast de doelstellingen ook de effecten meerjarig zijn. De hoogte van de opslag kan eventueel per jaar wisselen. De tarieven worden per zorgaanbieder individueel afgesproken, o.a. afhankelijk van de gemaakte transformatieafspraken. U kunt hierover in overleg met uw inkoper.
1326	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	De transformatieopslag op de twee producten bij MPT is alleen te verkrijgen bij een groei in het aantal cliënten van 2%. In welke mate wordt er rekening gehouden met de reeds gerealiseerde groei op MPT's in voorgaande jaren? Is het redelijk en billijk dat we als zorgaanbieder ook deze groei moeten hebben gezien onze geboekte successen en aantallen tot nu toe?	Er wordt niet gekeken naar reeds in eerdere jaren gerealiseerde groei. Die groei is ook in eerdere jaren gefinancierd.
1330	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Waarom geldt de opslag 2,1% voor MPT op de onderdelen PV en VP alleen bij een toekomstige groei van het aantal MPT-cliënten en niet bij al gerealiseerde groei in afgelopen perioden/jaren? Waarom wordt groei c.q. hoge aantallen MPT-cliënten niet extra gehonoreerd? Waarom wordt hierbij niet gekeken naar de groei van het aantal VPT- plus MPT-cliënten samen, derhalve naar de groei van de extramurale versus de intramurale zorgverlening?	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT, omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
1385	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2_024	2.1. Tariefsystematiek	Met een groot aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. Wij handhaven dit lagere tariefpercentage voor 2024 en zullen dat doortrekken naar volgende jaren. Hoe is dit te bezien in ontwikkeling die jonge en groeiende organisaties doormaken en hoe ziet het zorgkantoor dit in relatie tot de rechterlijke uitspraak over reële tarieven? Wij merken dat we met het huidige historisch lage tarief tegen grenzen aan lopen met de groei van onze Wlz-populatie.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1386	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	We willen graag weten waarom met ons een historisch laag tarief is afgesproken. Hoe ziet VGZ dit in het kader van de rechterlijke uitspraak over reële tarieven? En hoe ziet VGZ het aanhouden van een historisch laag tarief voor een jonge en groeiende organisatie?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
1390	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Opslag MPT: Er moet voldaan worden aan het criterium voor de 0,2% opslag. Moeten de GP's uit deze voorwaarde gerelateerd zijn aan MPT-cliënten?	Alle GP's op onze website kunnen, in overleg met de inkoper, voldoen aan de opslag voor twee GP's. Deze GP's hoeven niet specifiek voor MPT-cliënten te zijn.
1391	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Een aandeel van minimaal 2% MPT-clients: betekent dit dat 2% van al onze Wlz-cliënten MPT'ers moeten zijn. Wat wordt verstaan onder een groeiend aantal, minimale eis?	Deze groei berekenen we door op de peildata te kijken naar het totaal aantal MPT cliënten en het aandeel MPT cliënten ten opzichte van het totaal aantal MPT en ZZP cliënten.
1392	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Zijn de voorwaarden voor maatwerkafspraken even toegankelijk voor kleine als grote zorgorganisaties? De formulering is vrij globaal en het lijkt dat het voor kleine zorgorganisaties veel moeilijker is om daar aan te voldoen.	In principe zijn de voorwaarden voor maatwerkafspraken voor alle aanbieders gelijk.
1393	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	wanneer wordt een experiment een good of comomon practice? Aan welke voorwaarden moet dan voldaan zijn?	Een innovatie of een nieuw initiatief kan wanneer het meetbaar bewezen is een Good Practice worden. Het uitgangspunt voor de zorgtransformatie is dat we samen met alle aanbieders breed Good Practices implementeren, zodat het common practices (gemeengoed) worden.
1394	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	wat zijn de voorwaarden om in aanmerking te komen voor ' zinnige zorg & innovatie' ?	Zie hiervoor de website: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2024/innovatie
1398	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Op pag. 5 staat dat het richttariefpercentage voor 3 jaar is vastgesteld. Vervolgens staat er dat het uitgangspunt is dat zorgkantoor (waar mogelijk) meerjarenafspraken maakt. In welke situatie is het maken van meerjarenafspraken wel mogelijk en wanneer niet?	Het maken van meerjarenafspraken is mogelijk met bestaande aanbieders, waar het zorgkantoor ook in 2023 een contract mee heeft.
1400	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Pag. 6 opslag MPT op onderdelen van 2,1%. Organisaties die cliënten in de Zvw hebben gelaten, kunnen dit doel gemakkelijker behalen dan organisaties die cliënten consequent naar Wlz omzetten als dit van toepassing is. Houdt u hiermee rekening?	Het resultaat van deze opslag wordt vastgesteld voor alle cliënten die een Wlz-indicatie hebben en de leveringsvorm MPT hebben.
1401	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Op pagina 7 wordt aangegeven dat er Maatwerkafspraken mogelijk zijn voor experimenten op het gebied van innovaties. Wanneer dienen we deze aan te leveren? En in welke format/mate van detail moet dit worden aangeleverd?	Wij benaderen zorgaanbieders die voldoen aan de gestelde innovatiecriteria en halen innovatiethema's op in de regio. Zie hiervoor de website: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2024/innovatie . Trajecten die niet toereikend zijn vanuit de richttarieven, adviseren wij u om verder te bespreken met uw inkoper.
1403	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	n het inkoopdocument wordt niet gesproken over de financiering van de Good Practices, klopt het dat ook Good Practices aangemeld kunnen worden waarvoor reeds elders een financiering is aangevraagd (bv subsidie).	Elders toegekende financieringen zijn voorliggend op de tariefsopslagen vanuit het zorgkantoor. Het is helaas niet mogelijk om dubbele financiering aan te vragen op hetzelfde traject.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1413	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Gaat u bij de beoordeling van de financiële positie van een instelling de rekenregel toepassen waarbij een aanvraag alleen gehonoreerd voor zover sprake is van een begroot Wlz-exploitatieverlies, als 50% van het eigen vermogen van de zorgaanbieder dat resteert na aftrek van een bedrag gelijk aan 15% van de Wlz-omzet, ontoereikend is om dat verlies te dekken? Zo ja, kunt u toelichten waarom?	<p>Het klopt dat we een aantal rekenregels toepassen. Mocht er een situatie zijn waar we specifiek rekening mee moeten houden, neemt u dit dan mee in de toelichting.</p> <p>Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verdelen van de schaarse middelen. Daarom stellen wij dat als een zorgaanbieder voldoende reserves heeft om het negatieve resultaat op te vangen, de zorgaanbieder deze reserves inzet. Hiermee borgen wij dat de schaarse Wlz middelen ingezet worden daar waar continuïteit van zorg van onze cliënten in het geding komt.</p> <p>Bij het meewegen van (een gedeelte van) het vermogen wordt gekeken naar het totale vermogen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieringsstromen binnen de zorg. Wel wordt eventueel gecorrigeerd voor eigen vermogen dat niet afkomstig is vanuit financieringsstromen die een (in)directe relatie hebben met zorg. Wanneer u meent dat een bepaald deel van het eigen vermogen niet meegenomen kan worden, dan verzoeken wij u om dit nader toe te lichten. Wij zullen dit meewegen in onze beoordeling.</p>
1422	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1)VGZ stimuleert zorgaanbieders met een financiële prikkel om meer VPT in te zetten bij cliënten met een VG. De voornaamste reden om dit te stimuleren is niet het welzijn van de cliënt, maar het afwentelen van zorgkosten op een ander departement. Met een VPT huren cliënten immers zelf de woning en betalen ze minder eigen bijdrage. Maar omdat ze gemiddeld ook ieder 300 euro huursubsidie per maand krijgen, is het voor het zorgkantoor toch financieel aantrekkelijker dan zorg met verblijf (ZZP) inkopen. Macro maakt het voor de rijksbegroting vrijwel geen verschil, financieel is het voor de cliënt geen voordeel, voor de instelling maakt het financieel geen verschil (maar administratief en juridisch wel complexer), maar voor het welzijn van de cliënt is het niet goed. Waarom zet VGZ op meer VPT in, terwijl een VPT cliënten meer hulp afhankelijk maakt, veel VG cliënten zelf geen woning hebben en geen huurders op de woningmarkt zijn, de keuzevrijheid van de cliënt door de zorgaanbieder beïnvloed kan worden en het de zorg duurder en complexer maakt in verband met de toenemende administratieve last?	Deze stimulans hangt samen met de transformatie die we inzetten en die is gericht op de houdbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst: 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan', met tevens het behoud van een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen. Dit betekent dat wij zorgaanbieders stimuleren om zich maximaal in te spannen om cliënten waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden, ook in de thuissituatie te organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten gaan worden. Wij zien de groei VPT/MPT tevens als een tegemoetkoming aan de toenemende vraag van cliënten naar verschillende vormen van wonen met zorg, anders dan intramuraal. Ons beleid is erop gericht de verschillende mogelijkheden in wonen met zorg te vergroten. Wij voorzien dat met een groei in VPT de keuzemogelijkheid van cliënten in woonvormen uitgebreid kan worden.
1423	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Er wordt gesproken over nieuwe en bewezen Good Practices. Kunnen zorgaanbieders nog Good Practices toevoegen? En, indien deze nog verder in ontwikkeling is, kunnen hier dan ook maatwerk afspraken over gemaakt worden. Zo nee, waarom niet?	Wij blijven dagelijks op zoek naar vernieuwende, meetbare initiatieven om te onderzoeken of deze uitgewerkt kunnen worden tot een GP. Zo blijven we samen het zorgveld vernieuwen. Wij nodigen u uit om het bij uw zorginkoper kenbaar te maken als u een vernieuwend, meetbaar initiatief heeft. Het uitgangspunt is dat een GP zorgkosten bespaart, waardoor er geen maatwerk nodig is voor het ontwikkelen van een GP. Ten aanzien van het maken maatwerkafspraken verzoeken wij u deze trajecten te bespreken met de zorginkoper.
1427	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	kan een project wat is aangemeld voor de kanslijnen in aanmerking komen voor een maatwerkafpraak?	Zolang het niet tot de reguliere bedrijfsvoering behoort, maar voldoet aan de gestelde eisen voor maatwerk, dan kan dat. Let wel: uitgangspunt is dat projecten niet dubbel gefinancierd worden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1429	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_GZ_2 024	2.1. Tariefsystematiek	hoe kan een meerjaren afspraak worden gemaakt indien het tarief van de opslag (2,2%) jaarlijks kan worden aangepast of wel of niet worden toegekend? de risico's liggen dus bij de aanbieder?	Het richttarief is vastgesteld voor de looptijd van de overeenkomst en is bedoeld voor reguliere zorgverlening. Transformatieopslagen worden in beginsel jaarlijks opnieuw afgesproken.
1433	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	In welke mate gaan eventuele doelmatigheidsafspraken voor de Wlz in de toekomst negatieve gevolgen hebben voor de huidige bedrijfsvoering op de bestaande VPT locaties?	Doelmatigheid en gezonde bedrijfsvoering staan naar het oordeel van het zorgkantoor niet op gespannen voet met elkaar.
1435	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Wat zijn de criteria die bepalen wat onvoorziene en onredelijke benadelende gevolgen van de tariefsystematiek zijn?	De nota van inlichtingen is bedoeld om vragen te stellen over het beleid, niet om u te informeren over gemaakte afspraken voor de hardheidsclausule. Wij kunnen geen voorbeelden geven omdat zoals gezegd dat afhankelijk is van de omstandigheden van het geval dat per individuele zorgaanbieder beoordeeld moet worden.
1436	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Wat wordt bedoeld met een historisch lager tarief. In het geval hiermee een lager tarief bedoeld wordt dan richtingspercentage in 2023 en eventueel voorgaande jaren, dan maken we hier tegen bezwaar en verzoeken we om het richttariefpercentage voor 2024 ev te hanteren.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
1437	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Kan de inzet van een Verpleegkundig Specialist binnen VPT (geclusterd en in de wijk) en MPT ook worden opgenomen als prestatie? Zij kan namelijk veel taken van de huisarts/ SO overnemen. Als de financiering van de VS goed geregeld is, bespaard dit tijd en kosten voor de inzet van de huisarts en SO.	De NZa bepaalt de prestatieomschrijvingen. Per 2020 heeft de NZa de prestaties H335 en H336 verruimd waardoor de verpleegkundig specialist (VS), in lijn met de Wet BIG, deze prestaties kan uitvoeren voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. Met de wijziging wordt de mogelijkheid geboden voor verpleegkundig specialisten (VS) om zelfstandig te declareren.
1438	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Doordat verpleeghuiscapaciteit niet uitgebreid wordt, zullen er meer cliënten langer thuis moeten blijven. Cliënten die thuiswonen en eigenlijk naar het verpleeghuis zouden moeten, moeten dan gedwongen thuis blijven. De zorgzwaarte neemt dan echter fors toe en wordt niet altijd gedekt door de Wlz-indicatie. Hoe wordt deze zwaardere zorg (in feite verpleeghuiszorg die thuis geleverd moet worden) toereikend gefinancierd?	De Wlz-indicatie bepaalt de zorgzwaarte, zonder de context daarin in positieve of negatieve zin mee te wegen. De tarieven voor VPT en MPT zijn daarmee ook voor zwaardere zorg toereikend.
152	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Wanneer een organisatie in 2023 is begonnen met de implementatie van een Good Practice maar de volledige implementatie over de gehele organisatie pas in 2024 afgerond wordt. Komt deze dan in aanmerking voor de opslag van +0,2%? Zo nee, waarom niet?	Een GP die in 2023 is gestart, wordt niet als nieuw aangemerkt.
1478	Regionaal_VGZ_In koopbeleid_VV_2 024	2.1. Tariefsystematiek	Zijn er om maatwerkafspraken te maken, zo ja welke, over een hoger tarief om goede en doelmatige zorg te leveren?	Maatwerkafspraken zijn te maken voor experimenten op het gebied van meerjarige, toekomstgerichte inkoopvormen, experimenten met nieuwe zorgvormen, baanbrekende innovaties en het oplossen van onvoorziene knelpunten in de zorgplicht. Indien hierover maatwerkafspraken worden gemaakt, leidt dit tot een hoger tarief.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1481	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Het richttarief is 0,3% lager dan het tarief 2022. Deze 0,3% kan weer worden terugverdiend als opslagpercentages onder daaraan gekoppelde voorwaarden. Dit leidt tot extra druk op de zorgexploitatie van zorgaanbieders die al zwaar onder druk staan. Waarom deze keuze en heeft het zorgkantoor er niet voor gekozen het inkooptarief gelijk te houden?	De tariefsystematiek bestaat uit drie delen: 1. De landelijke richttariefpercentages, 2. zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en 3. de hardheidsclausule. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot passende tariefafspraken te komen. Het richttariefpercentage is het onderliggende uitgangspunt voor de tariefbepaling. In de regionale inkoopstukken van de zorgkantoren staat vermeld hoe het beleid voor regionale aanpassingen is vorm gegeven. Als blijkt dat voor een individuele zorgaanbieder de tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. De toekenning van de hardheidsclausule moet in beginsel passen binnen het macrokader en de maximumtarieven. Onze systematiek laat dus ruimte voor maatwerk, maar afspraken boven de 100% NZa maximumtarieven zijn niet mogelijk.
1760	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	U stimuleert MPT met een tariefopslag van 2,1%. Voor een cliënt met een Wlz-indicatie zijn er 3 mogelijkheden, opname in het verpleeghuis, VPT of MPT. De verpleeghuisplekken worden bevroren. Betekent de opslag op MPT een financiële prikkel om geen VPT te leveren? graag uw antwoord toelichten.	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1854	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Met een aantal aanbieders heeft u in de voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken. U geeft aan dit lagere richttariefpercentage te handhaven voor 2024 en dit door te zullen trekken naar de volgende jaren. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen wel, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle tariefopslagen.</p> <p>Onze vraag: 1. Hoe kunt u onderbouwen dat het een passende keuze is om het lage tariefpercentage te handhaven voor een nieuwe contractperiode. De wereld ziet er inmiddels anders uit en aanbieders hebben te maken met tal van ontwikkelingen die fors van invloed zijn op de kostprijzen. Is het niet zo? Nieuwe contractperiode, nieuwe tarief afspraken? Enigszins aansluitend op de huidige reële kostprijzen. Ik verzoek u in uw beantwoording kennis te nemen van een recente uitspraak van de Voorzieningenrechter. Deze heeft de zorgverzekeraars opgedragen het tarief voor Wijkverpleging voor 2023 te indexeren en nog een correctie over 2022 toe te passen. De aanbieder van wijkverpleging vordert dat een groep zorgverzekeraars een reëel tarief vergoedt voor de gecontracteerde zorg in 2023, dat hoger ligt dan het thans aangeboden tarief. In dit specifieke geval brengen de maatstaven van redelijkheid en billijkheid naar het oordeel van de voorzieningenrechter mee dat de zorgverzekeraars bij hun handelen een bijzondere zorgvuldigheid in acht dienen te nemen jegens deze zorgaanbieder. Dat brengt mee dat zij haar een reëel tarief moeten bieden.</p> <p>https://www.recht.nl/rechtspraak/uitspraak/?ecli=ECLI:NL:RBDHA:2023:2685#</p> <p>Daarnaast wijs ik u op de uitgangspunten van de AmvB Reële prijs Wmo, https://vng.nl/publicaties/amvb-reele-prijs-wmo-2015-handelingsperspectieven-voor-gemeenten-0</p>	<p>Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.</p>
1903	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Wij vinden de verlaging van het huidige tariefpercentage niet samen gaan met de financiële consequenties als gevolg van de aanpassingen van het macro-kader door de overheid en de kostenstijgingen waar we als aanbieder mee te maken hebben. Wij vragen u dan ook om hier het signaal over af te geven richting het ministerie van VWS en de Tweede Kamer om aan te geven dat door het financiële beleid van de overheid wordt voorzien dat de kwaliteit en continuïteit van de zorg in gevaar komt en aandringen op een hoger budgettair kader voor de Wlz. Gaat u dit doen?</p>	<p>De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover het gesprek aan met VWS.</p>
1904	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>In paragraaf 2.1 "Financiering" staat dat het richttariefpercentage voor 3 jaar is vastgesteld. Wordt bij verlenging van het inkoopbeleid naar 2027 (en mogelijk ook 2028) hetzelfde richttariefpercentage toegepast?</p>	<p>Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbieders. Wel zal jaarlijks op basis van meest recente beschikbare gegevens worden beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoet aan de onderliggende uitgangspunten.</p>
1906	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.1. Tariefsystematiek	<p>Geldt bij VGZ de wijze voor tariefsopslag zoals weergegeven in de tabel op pagina 6 ook voor de jaren na 2024?</p>	<p>Het richttarief is voor de looptijd van de overeenkomst. Het opslagpercentage wordt jaarlijks vastgesteld.</p>

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1912	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	Op welke wijze wordt de deelname aan huidige al lopende transitie projecten gehonoreerd? Of moet in alle gevallen een volledig nieuwe projectaanvraag worden gedaan op basis van nieuwe en bewezen GP's?	De transitiemiddelen en de transformatieopslagen zijn twee losstaande trajecten. Voor de transformatieopslag voor het opschalen van GP's, overleggen de aanbieders samen met de inkoopers. De afspraken worden vastgelegd in het inkoopcontract.
1950	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Wij zijn onder de voorwaarden van het huidige inkoopbeleid (2020-2023) gecontracteerd als nieuwe aanbieder tegen een lager tarief t.o.v. bestaande aanbieders. Geldt dit als een historisch laag tarief en zo ja waarom? Zo niet, hanteert u in dit geval dan het landelijke richttariefpercentage van 95,5%?	Ja dit geldt dan als historisch laag tarief. In de onderhandelingen van destijds bent u akkoord gegaan met dit tarief, omdat deze kostendekkend is.
1957	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Is het zorgkantoor zich bewust dat ik voor de zekerheid een aanvraag voor de hardheidsclausule zal indienen (deadline 20 juli 2023) omdat ik geen zekerheid heb of de NZa-tarieven dan bekend zijn en de uitkomsten voor mijn begroting 2024 daarmee nog niet ken? Deze onduidelijkheden bemoeilijken de onderbouwing van de aanvraag HHC. In de procedure zou VGZ zorgkantoor de aanbieder daar mee ruimte voor moeten geven. Tot 29 september zijn gesprekken mogelijk over contractering en voorwaarden, terwijl 21 september de aanvraag HHC al ingediend moet zijn. De gunning is pas 20 oktober bekend, inclusief de gunning transitiemiddelen. Pas dan kan ik een definitieve analyse maken of ik mijn aanvraag HHC wil / moet doorzetten.	De NZa maakt de tarieven rond 1 juli bekend. Op het moment van inschrijving is dit bekend. De deadlines blijven zoals beschreven in het inkoopbeleid. Mochten zich later in het jaar urgente financiële problemen voordoen, neem dan contact op met uw zorgkantoor.
1959	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Kan een zorgaanbieder aantonen dat zij op een doelmatige wijze zorg levert (in het kader van de hardheidsclausule) door aan te tonen dat de personeelskosten 70% of minder bedragen afgezet tegen de totale kosten voor de Wlz- zorglevering? Zo nee, welke norm hanteert het zorgkantoor dan om vast te stellen dat sprake is van doelmatige zorgverlening?	Bij de beoordeling van de hardheidsclausule wordt meegewogen of uw organisatie doelmatig werkt. Hierbij wordt in elk geval gekeken of er operationele verbeteringen mogelijk zijn op het vlak van gemiddelde kosten per fte tov de benchmark en de bezetting. Als er andere zaken zijn waaruit blijkt dat uw organisatie aantoonbaar niet doelmatig werkt en er operationele verbetermogelijkheden zijn, zullen we hierover het gesprek aangaan bij het wel/niet toekennen van de HHC.
1960	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.1. Tariefsystematiek	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.1) Kunt u naar schatting kwantificeren wat u bedoelt met 'uitzonderlijke gevallen' bij de omschrijving van de hardheidsclausule?	Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule. U leest hier meer over in het inkoopbeleid. We nemen uw financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er nog operationele verbeteringen mogelijk zijn. Bij de financiële positie zal onder meer gekeken worden naar het eigen vermogen van de organisatie. Wij betrekken daarbij ook de financiële reserves van de zorgaanbieder. Bij de afweging om de hardheidsclausule toe te passen nemen we ook de zorgplicht en het perspectief voor de langere termijn mee. Met uitzonderlijk bedoelen we dat op aanbieder niveau gekeken wordt naar de aanvraag HHC.
1962	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.1. Tariefsystematiek	Er staat beschreven dat er een aanvraagformulier hardheidsclausule opgevraagd kan worden. wat is de deadline van indienen ervan? Welk proces wordt doorlopen? En wat is de reactietermijn van VGZ Zorgkantoor?	Tot uiterlijk 21 september 2023 heeft u de tijd om een aanvraag voor de hardheidsclausule in te dienen. Uiterlijk 20 oktober 2023 ontvangt u van ons hierop reactie. Een uitgebreide beschrijving van dit proces vindt u terug in paragraaf 2.1 van ons inkoopbeleid. In hoofdstuk 10 van ons inkoopbeleid vindt u een overzicht van eerdergenoemde data.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
2011		2.1. Tariefsystematiek	In uw inkoopbeleid houdt u geen rekening met de ZG sector. Hierdoor kan onvoldoende worden vastgesteld of u reële tarieven hanteert. Waarom denkt u met uw aanpak een kostendekkend tarief te bieden voor de ZG doelgroep?	Binnen de sector GZ differentiëren wij niet naar doelgroep. Voor de ZG is daarmee dezelfde benadering van toepassing als voor de overige doelgroepen die onder de GZ vallen. Omdat de Nza tarieven voor de ZG specifiek zijn vastgesteld, zijn wij van mening dat we met het vastgestelde richttarief in een reële behoefte voorzien.
109	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	In paragraaf 2.2.2 is een beschrijving opgenomen van de wijze waarop de aanvullende middelen VG7 worden besteed. Ondanks dat er in de landelijke aanpak eerst is gekeken naar de VG7 is de kostendekkendheid van ZGAUGD3 ook een probleem. Kunt u aangeven op welke manier u de problematiek met de bekostiging van ZGAUD3 wilt oplossen?	Binnen de sector GZ differentiëren wij niet naar doelgroep. Voor de ZG is daarmee dezelfde benadering van toepassing als voor de overige doelgroepen die onder de GZ vallen. Omdat de Nza tarieven voor de ZG specifiek zijn vastgesteld, zijn wij van mening dat we met het vastgestelde richttarief in een reële behoefte voorzien.
134	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Aanvullende landelijke financiële middelen	Op pagina 9 staat dat het uitgangspunt is dat mensen met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer ontvangen, tenzij de sociale context daarom vraagt. Is VGZ zorgkantoor zich bewust dat zij daarmee afwijkt van wet- en regelgeving? Een Wlz-indicatie met verblijf, geeft nl. een recht op verblijf. Het zorgkantoor kan mij als aanbieder of de cliënten met een verblijfsindicatie toch niet verbieden om de indicatie (recht op zorg) niet te verzilveren?	Nee, dat is niet de suggestie die wij hier wekken. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
190	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Hoe waarborgt u dat er voldoende budget beschikbaar is voor de noodzakelijke transformatie van de zorg zoals de inzet van ICT en technologie? Hoe is dit budget tot stand gekomen?	We staan samen voor de transformatie. Standaard zit het budget voor ICT en technologie verwerkt in de tarieven. Voor innovatie kunt u aanspraak maken op maatwerkafspraken of samen met collega-aanbieders in de regio door een aanvraag te doen voor de transitie-middelen.
199	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Hoeveel transitie-middelen zijn er beschikbaar voor de periode 2024-2026? Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbare transitie-middelen 2023?	Het ministerie van VWS heeft de transitie-middelen bekend gemaakt voor de hele periode tot en met 2026. In het coalitieakkoord staat dat er tijdelijk extra middelen beschikbaar komen voor een deel van de Wlz. Voor het regionaal stimuleringsbudget ouderenzorg en gehandicaptenzorg is landelijk €150 mln. beschikbaar. Dit is € 30 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. Voor het regiobudget scheiden wonen – zorg voor de ouderenzorg is € 200 mln. beschikbaar gesteld. Dit is € 40 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. Dit is dus landelijk in lijn met de middelen voor 2023.
200	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Wij werken in de VVT Regio al enkele jaren samen aan de gestelde doelen en dit blijven wij doen. Wij pleiten voor een zo hoog mogelijk integraal tarief in de regio. De transitie-middelen brengen administratieve lasten met zich mee. Is het bespreekbaar dat deze middelen terugvloeien naar de tarieven?	Vanuit het ministerie is bewust gekozen om de transitie-middelen te financieren via een aparte geldstroom, die ook tijdelijk is. Toevoegen aan het integrale tarief is dan ook geen optie. Om de administratieve lasten terug te dringen is er gekozen voor een aanvraagformat met daarin o.a. de doelstelling van het regioproject in plaats van een groot plan.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
229	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Welk tarief gaat u hanteren voor ZZZP ZG VIS 5, mede gelet op de gelijkenissen tussen dit ZZZP en ZZZP VG7?	Zorgkantoren hanteren voor het ZZZP ZG VIS 5 tarief het regionale tariefpercentage dat volgens onze tariefssystematiek voor de betreffende zorgaanbieder van toepassing is. Deze doelgroep is door VWS niet genoemd als doelgroep waarvoor de extra € 40 miljoen voor 2023 en 2024 beschikbaar is gesteld. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZZP ZG VIS 5 staat los van de doelgroep ZZZP VG7 en is niet meegenomen in de onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
271	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.2) Welk tarief gaat u hanteren voor ZZZP ZG-Aud3, mede gelet op de gelijkenissen tussen dit ZZZP en ZZZP VG7?	Zorgkantoren hanteren voor het ZZZP ZG AUD3 tarief het regionale tariefpercentage dat volgens onze tariefssystematiek voor de betreffende zorgaanbieder van toepassing is. Deze doelgroep is door VWS niet genoemd als doelgroep waarvoor de extra € 40 miljoen voor 2023 en 2024 beschikbaar is gesteld. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZZP ZG AUD3 staat los van de doelgroep ZZZP VG7 en is niet meegenomen in de onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
272	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.2) Hoe rechtvaardigt u eventuele verschillen in de tariefstelling tussen ZZZP ZG VIS 5 en ZZZP VG7, gelet op de overeenkomsten tussen beide ZZZP's?	Specifiek voor de VG7 doelgroep hebben afgelopen jaar landelijk meerdere onderzoeken gelopen. Mede hierdoor heeft VWS voor 2023 en 2024 €40 miljoen extra per jaar beschikbaar gesteld, specifiek voor de VG7 doelgroep. Dit is te lezen in de Voorjaarsnota 2023. De doelgroep ZZZP ZG VIS 5 staat los van de doelgroep ZZZP VG7 en is niet meegenomen in deze onderzoeken naar de VG7 doelgroep.
278	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Over 2024-2026 worden door VWS transitie-middelen beschikbaar gesteld. Hoe verhouden deze middelen zich tot de middelen voor impactvolle transformaties vanuit het IZA?	De transitie-middelen die VWS voor de Wlz beschikbaar stelt, staan los van de middelen die beschikbaar zijn gesteld voor impactvolle transformaties vanuit het IZA. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe deelname van een Wlz aanbieder aan het IZA bekostigd wordt. Wel is het zo dat een initiatief/project slechts eenmalig bekostigd wordt.
284	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	De hoogte van de toeslag kan eventueel per jaar wisselen". Waarom staat het richttariefpercentage 3 jaar vast en geldt dit niet voor de transformatieopslag(en)?	Het richttariefpercentage staat voor de looptijd van het inkoopbeleid vast. De hoogte van de opslag kan per jaar wisselen. Hiermee behouden we de flexibiliteit om tussentijd in te spelen op relevante ontwikkelingen.
285	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Waarom is er alleen een opslag bij groei MPT en niet bij groei MPT en VPT te verkrijgen? Ook groei vpt is nodig t.b.v. transitie scheiden/wonen zorg.	VGZ stimuleert zowel de inzet van MPT als VPT. Er is in dit geval specifiek gekozen voor stimulering van MPT omdat voldoende aanbod van juist deze twee onderdelen (PV en VP) in de huidige situatie het meest effectief kan bijdragen om de toegang tot kwalitatief goede langdurige zorg op een doelmatige manier te waarborgen. Wij hebben bij de keuze ook gehoor gegeven aan de oproep van zorgaanbieders om MPT meer te stimuleren.
380	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Betreffende transitie-middelen: In VGZ gebied is Visio een hele kleine speler in de zorgmarkt. Wat voor acties zet ook VGZ uit in het samenbrengen van zorgorganisaties (regiobijeenkomsten) waarbij wij mee kunnen liften/mee kunnen doen met regionale plannen waar transitie-middelen mee gemoeid zijn?	Het zorgkantoor ziet zichzelf als onderdeel van de keten en faciliteert/coördineert de transformatietafel, samen met hulp van een Vilans/WIR (waardigheid en trots in de regio). Voor de GZ zijn deze tafels in wording en vraagt het zorgkantoor per (sub)regio aan aanbieders om aan te sluiten.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
454	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Aanvraagprocedure: om in aanmerking te komen voor de transitiebudgetten 2024 en verdere jaren dienen zorgaanbieders uiterlijk 28 juli 2023 het aanvraagformat in te dienen. Dit tijdsplan is erg kort en lijkt niet haalbaar om met alle betrokken partijen in de regio af te stemmen en een goede aanvraag te doen. Kan de uiterlijke datum van indiening verschoven worden? Zo nee, waarom niet?	Helaas is dit niet mogelijk, omdat we voor 2024 aansluiten bij de termijnen van het inkoopbeleid. We hebben echter de aanvraagprocedure minder omvangrijk gemaakt. Het indienen van een volledig ingevuld aanvraagformat volstaat. Uiteraard wel afgestemd met de regio. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitiebudgetten 2024 is in verband met de verlate publicatie van de Nvl verplaatst naar 4 augustus 2023.
455	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Aanvraagprocedure (aanvraagformat): in het aanvraagformat onder tabblad 'financiële onderbouwing' wordt er verwacht dat zorgaanbieders aangeven op welke budget zij per jaar aanspraak maken. In het document 'Aanvullende inkoopvoorwaarden' van ZN onder Hoofdstuk 6 Transitiebudgetten wordt aangegeven welke budget er landelijk per jaar beschikbaar is. De budgetten per zorgkantoorregio per jaar zijn niet bekend gemaakt in het inkoopbeleid. Een volledig ingevuld aanvraagformat indienen zonder deze kaders is daardoor niet mogelijk. Tevens maakt dit de projectbeoordeling betreft omvang en inhoud niet mogelijk. Deze ontbrekende kaders i.c.m. het krappe tijdsplan pleit voor een ruimere periode voor indiening waarin de financiële kaders tijdig bekend zijn ter voorbereiding van de indiening. Kunt u verduidelijking geven hoe zorgaanbieders hiermee om moeten gaan?	Bij de landelijke verdeling van de transitiebudgetten vanuit VWS is geen verdeling gemaakt naar regio's. Bij de toekenning hanteren we dan ook geen strikte budgetten per regio. U kunt als richtbedrag kijken naar hetgeen de afgelopen twee jaar (2022 en 2023) aan uw regio/sector is toegewezen. Bij de beoordeling kijken we naar de voortgang van de projecten over de afgelopen twee jaar en de kans van slagen en resultaten die u en de regio met de nieuwe plannen willen bereiken. Bespreekt u hetgeen u van plan bent aan de regio-/transitieafdeling in uw regio.
458	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	De aanvraag transitiebudgetten is in de tekst alsmede in het aanvraagformat transitiebudgetten 2024-2026 gericht op 3 jaar. Het is op dit moment nog niet in te schatten hoe de transitiebudgetten voor 2025 en 2026 het best ingezet kunnen worden. Klopt het dat jullie voor zowel 2024, 2025 als 2026 de aanvragen transitiebudgetten al willen ontvangen? Zo ja, kan dit ook per jaar? En daarmee in de aanvraag met deadline 28 juli 2023 gericht op enkel het jaar 2024?	Het is mogelijk inderdaad om voor een project dat over meerdere jaren loopt een aanvraag in te dienen tot en met 2026. U kunt/mag ook een aanvraag doen voor alleen het jaar 2024. De deadline voor 2024 is in verband met de verlate publicatie van de Nvl verplaatst naar 4 augustus 2023.
517	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024, pagina 8) Hoe verhoudt de bijeenkomst 'Samenwerken in de regio' georganiseerd door onze inkoper van VGZ op 17 mei zich met de harde deadline voor de aanvraag transitiebudgetten?	De bijeenkomst op 17 mei 2023 in uw regio is een eerste aanzet geweest voor het komen tot een versterking in de regionale samenwerking. Op de verschoven deadline van 4 augustus 2023 verwachten wij alleen een ingevuld aanvraagformat. Mocht u hierover vragen hebben kunt u contact opnemen met uw inkoper in de regio
533	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	U beschrijft: Hoewel plannen betrekking kunnen hebben op meerdere jaren, vindt de financiële afhandeling van de plannen per jaar plaats. Vraag: moet voor de financiële afhandeling voldaan worden aan specifieke voorwaarden, zo ja wat zijn de voorwaarden?	De algemene voorwaarden voor de transitiebudgetten zijn beschreven in bijlage 4 'Aanvullende inkoopvoorwaarden' bij het inkoopbeleid. Er zullen per jaar doelstellingen opgeschreven moeten worden in de overeenkomst die getoetst dienen te worden. Hierover maakt u afspraken met uw inkoper.
534	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	U spreekt over regiotafels; op welke wijze en voorwaarden kan een organisatie deelnemen aan de regiotafels?	De regiotafels zijn in ontwikkeling. De zorgaanbieders die vertegenwoordigd zijn in de regio zullen hiervoor benaderd worden. De wens tot deelname kan bij de inkoper kenbaar worden gemaakt.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
866	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Voor het gebruik kunnen maken van transitie-middelen dient het aanvraagformat uiterlijk 28 juli 2023 ingediend te worden. Wij verzoeken u, vanwege de zeer krappe deadline na publicatie van inkoopbeleid en nota van inlichtingen, deze deadline naar het najaar te verplaatsen zodat aanbieders inhoudelijke afspraken met elkaar kunnen maken passend bij de doelstellingen voor het gebruik van de transitie-middelen. Wilt u hier aan voldoen? Graag ontvangen wij een gemotiveerd antwoord op ons verzoek.	Helaas is dit niet mogelijk. We hebben echter de aanvraagprocedure minder omvangrijk gemaakt. Het indienen van een volledig ingevuld aanvraagformat volstaat. Uiteraard wel afgestemd met de regio. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitie-middelen 2024 is in verband met de verlate publicatie van de NvI verplaatst naar 4 augustus 2023.
867	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Het indienen van het aanvraagformat transitie-middelen dient voor 28 juli 2023 te gebeuren. Is er een mogelijkheid om voor 2025 en 2026 op een later moment de aanvraag in te dienen? Zo ja, welke deadlines hanteert u daarbij?	Helaas is dit niet mogelijk. We hebben echter de aanvraagprocedure minder omvangrijk gemaakt. Het indienen van een volledig ingevuld aanvraagformat volstaat. Uiteraard wel afgestemd met de regio. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitie-middelen 2024 is in verband met de verlate publicatie van de NvI verplaatst naar 4 augustus 2023.
878	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Hoe gaat u de maatwerkplannen inrichten? En hoe verhoudt zich dit tot onze cliëntenpopulatie?	In het inkoopbeleid hebben we voor de GZ een aantal criteria geformuleerd waarvoor maatwerk afgesproken kan worden. Om de transformatie te ondersteunen kan in overleg gekomen worden tot maatwerk.
881	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Uiterlijk 30 juni publiceert u het beleid omtrent de verdeling van de €40 mio. Neemt u in de verdeling in overweging deze €40 mio te verdelen over de meest complexe en intensieve zorg aan cliënten met een VG7? Concrete vraag is of hierbij een onderverdeling gemaakt kan worden naar cliënten met een VG7 met en zonder een aanspraak op meerzorg? Zowel voor 2023 als voor 2024?	In de Nota van Inlichtingen die het zorgkantoor eveneens op 7 juli publiceert leest u aanvullend beleid over het tariefpercentage VG7. Het is mogelijk daar vragen over te stellen.
882	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	De tariefpercentages voor VG7 waren bij de publicatie op 1 juni nog niet bekend, dan wel definitief. We gaan er vanuit dat bij bekendmaking van de afspraken omtrent de tariefpercentages (de €40mio) en aanvullende voorwaarden er nog een ronde is voor het stellen van vragen (NvI). Kunt u dit bevestigen? Welke gevolgen heeft deze vragenronde voor de planning met betrekking tot de kort geding procedures en de inschrijving?	In de Nota van Inlichtingen die het zorgkantoor eveneens op 7 juli publiceert leest u aanvullend beleid over het tariefpercentage VG7. Het is mogelijk daar vragen over te stellen.
1082	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Zijn de transitie-middelen op pagina 8 een vervolg op de 4,2% kwaliteitskadermiddelen waar in de regio NML in de jaren 2022 en 2023 de organisatieprojecten van zijn gefinancierd? Zo nee, waar zijn deze middelen dan gebleven? En hoe kan daar alsnog een beroep op worden gedaan?	De 4,2% kwaliteitskadermiddelen zijn voor 2024 in het regulier budget van de zorgaanbieders V&V geland (geclusterd VPT en ZZP VV4 t/m 10). De transitie-middelen die in 2022 en 2023 (naast de 4,2% kwaliteitskadermiddelen) beschikbaar zijn gesteld, krijgen een vervolg in de transitie-middelen-regeling voor de jaren 2024, 2025 en 2026.
1089	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Transitie-middelen: is samenwerking binnen de eigen sector ook passend?	Samenwerking met aanbieders uit de eigen sector is ook passend, mits het plannen zijn die bijdragen aan de regionale toekomstvisie GZ, de kanslijnen en de toekomstagenda, zoals landelijk afgesproken. Het gaat hierbij om passende zorg, ambulantisering, (arbeidsbesparende) innovatie, dagbesteding en betrekken van het netwerk.
1153	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Aanbieder dient uiterlijk 28 juli 2023 via het format Aanvraagformat Transitie-middelen een SMART voorstel per mail in te dienen bij de inkoper. Hoe verhoudt zich dit tot de afspraken die gemaakt zijn aan de V&V tafel?	Het heeft onze voorkeur dat aanvragen voor de transitie-middelen vanuit de V&V tafels worden ingediend en dat deze aan de criteria voor toekenning voldoen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1263	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Onder het kopje 'De financiële....in de overeenkomst'(pag. 8) staat dat de financiële afspraken vastgelegd worden in het jaar waar de plannen uitgevoerd worden. De onderlegger van de beoordeling van de transitiebudgetten is het volledig ingevulde 'aanvraagformat transitiebudgetten 2024-2026'. Klopt dit? Zo ja, hoe kunnen er financiële afspraken gemaakt worden wanneer de financiële kaders als onderlegger van de aanvraag transitiebudgetten niet bekend zijn?	Het ministerie van VWS heeft de transitiebudgetten bekend gemaakt voor de hele periode tot en met 2026. In het coalitieakkoord staat dat er tijdelijk extra middelen beschikbaar komen voor een deel van de Wlz. Voor het regionaal stimuleringsbudget ouderenzorg en gehandicaptenzorg is landelijk €150 mln. beschikbaar. Dit is € 30 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. Voor het regiobudget scheiden wonen – zorg voor de ouderenzorg is € 200 mln. beschikbaar gesteld. Dit is € 40 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. U kunt als richtbedrag kijken naar hetgeen de afgelopen twee jaar (2022 en 2023) aan uw regio/sector is toegewezen. Bij de beoordeling kijken we naar de voortgang van de projecten over de afgelopen twee jaar en de kans van slagen en resultaten die u en de regio met de nieuwe plannen willen bereiken. Bespreekt u hetgeen u van plan bent aan de regio-/transitiebudgetten in uw regio.
1265	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Uit het (concept) regiobeeld dat we in Noord-Holland Noord (de zorgkantoorregio van VGZ) maken ivm het IZA blijkt dat op alle vlakken van zorg er minder zorg geboden wordt in onze regio in vergelijking met de rest van Nederland. Dat gaat van huisartsenzorg tot langdurige zorg. Er wordt veel meer gedaan aan lichtere vormen of ambulante zorg en minder zwaardere zorg geboden. Dit geeft een risico op onderbehandelen en daarmee escalatie in crisissituaties. Hoe verhoudt dit beeld zich tot de voorgestelde zorginkoop en de impulsen die ze willen geven?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid. Wij verzoeken u om hierover met uw zorginkoper in gesprek te gaan.
1306	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	In hoeverre is het mogelijk om budget vanuit het opslagpercentage in te zetten om de ingezette beweging in de regio, vanuit de V&V tafel, te ondersteunen, als projecten gefinancierd vanuit WOZO/IZA niet (mede) gefinancierd kunnen worden vanuit deze opslag?	De transitiebudgetten zijn middelen die vanuit WOZO worden gefinancierd, met landelijke voorwaarden die door VWS zijn gesteld. Uitgangspunt is dat trajecten niet dubbel worden gefinancierd.
1307	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Bent u er zich van bewust dat het uitsluiten van de regio-projecten met WOZO- en IZA financiering voor de financiering vanuit de tariefsopslag niet bijdraagt aan het creëren van focus op de gewenste beweging, maar juist verdere versnippering door een veelheid van projecten in de hand werkt? Kunt u uw antwoord toelichten?	Het inkoopbeleid is erop gericht om juist de focus op de gewenste beweging te creëren. Uitgangspunt is dat trajecten niet dubbel worden gefinancierd. Meerdere projecten kunnen ook allen bijdragen aan dezelfde gewenste beweging.
1310	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Transitiebudgetten: de termijn van het indienen van de plannen is relatief kort (28 juli), terwijl hiervoor afstemming in de regio nodig is met meerdere partijen. Dit kost tijd. Kunnen op de indientermin maatwerkafspraken worden gemaakt?	Dit is niet mogelijk. We hebben echter de aanvraagprocedure minder omvangrijk gemaakt. Het indienen van een volledig ingevuld aanvraagformat volstaat. Uiteraard wel afgestemd met de regio. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitiebudgetten 2024 is in verband met de verlate publicatie van de Nvl verplaatst naar 4 augustus 2023.
1315	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Transitiebudgetten: Waarom is de frequentie van monitoring van de transitiebudgetten hier vastgelegd op elke 3 maanden? Dit in verband met beperken van de administratieve lasten.	De monitoring is vastgesteld per kwartaal om de voortgang in de regio te stimuleren. Gelet op de grote transformatieslag die de komende jaren gemaakt dient te worden, is het belangrijk om met elkaar scherp te blijven op de vorderingen. Ervaring van de afgelopen jaren leert dat er anders gelden op de plank blijven liggen, die heel goed in de regio gebruikt hadden kunnen worden om de transformatie een boost te geven.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1316	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	Transitiemiddelen: In welke vorm dienen de transitiemiddelen te worden verantwoord bij de evaluatie?	De monitoring en de verantwoording vindt plaats aan de regio-/transitietafel. Vanuit VWS wordt hier een tool voor ontwikkeld, die behulpzaam hierbij is voor alle regio's.
1419	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.2) In het aanvraagformat onder tabblad 'financiële onderbouwing' wordt er verwacht dat zorgaanbieders aangeven op welke budget zij per jaar aanspraak maken. In het document 'Aanvullende inkoopvoorwaarden' van ZN onder Hoofdstuk 6 Transitiemiddelen wordt aangegeven welk budget er landelijk per jaar beschikbaar is. De budgetten per zorgkantoorregio per jaar zijn niet bekend gemaakt in het inkoopbeleid. Een volledig ingevuld aanvraagformat indienen zonder deze kaders is daardoor niet mogelijk. Tevens maakt dit de projectbeoordeling betreft omvang en inhoud niet mogelijk. Deze ontbrekende kaders i.c.m. het krappe tijdsplan pleit voor een ruimere periode voor indiening waarin de financiële kaders tijdig bekend zijn ter voorbereiding van de indiening. Kunt u verduidelijking geven hoe zorgaanbieders hiermee om moeten gaan?	Het ministerie van VWS heeft de transitiemiddelen bekend gemaakt voor de hele periode tot en met 2026. In het coalitieakkoord staat dat er tijdelijk extra middelen beschikbaar komen voor een deel van de Wlz. Voor het regionaal stimuleringsbudget ouderenzorg en gehandicaptenzorg is landelijk €150 mln. beschikbaar. Dit is € 30 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. Voor het regiobudget scheiden wonen – zorg voor de ouderenzorg is € 200 mln. beschikbaar gesteld. Dit is € 40 mln. per jaar voor de jaren 2022-2026. U kunt als richtbedrag kijken naar hetgeen de afgelopen twee jaar (2022 en 2023) aan uw regio/sector is toegewezen. Bij de beoordeling kijken we naar de voortgang van de projecten over de afgelopen twee jaar en de kans van slagen en resultaten die u en de regio met de nieuwe plannen willen bereiken. Bespreekt u hetgeen u van plan bent aan de regio-/transitietafel in uw regio.
1421	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.2) De aanvraag transitiemiddelen is in de tekst alsmede in het aanvraagformat transitiemiddelen 2024-2026 gericht op 3 jaar. Het is op dit moment nog niet in te schatten hoe de transitiemiddelen voor 2025 en 2026 het best ingezet kunnen worden. Klopt het dat jullie voor zowel 2024, 2025 als 2026 de aanvragen transitiemiddelen al willen ontvangen? Zo ja, kan dit ook per jaar? En daarmee in de aanvraag met deadline 28 juli 2023 gericht op enkel het jaar 2024?	U kunt een aanvraag indienen per jaar. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitiemiddelen 2024 is in verband met de verlate publicatie van de Nvl verplaatst naar 4 augustus 2023.
1425	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2 Aanvullende landelijke financiële middelen	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 2.2.2.) Er komen aanvullende middelen voor zorgprofiel VG7. Deze aanvullende middelen worden bekostigd vanuit de lagere zorgprofielen. Er is dus geen sprake van extra middelen voor de VG7, maar van een verschuiving van middelen. Een lager zorgprofiel dan VG7 betekent echter niet dat deze zorg minder gaat kosten. Deze verschuiving maakt dat nu minder complexe zorg met tekorten te maken zal krijgen (i.p.v. hoog complexe zorg), terwijl het budget al laag was. Dit zal ten koste van de kwaliteit gaan. Waarom wordt hiervoor gekozen? Ziet u dit ook als het verschuiven van het probleem? Zo nee, waarom niet?	De aanvullende middelen voor VG7 zijn landelijk extra ter beschikking gesteld door VWS. Er wordt derhalve niet gekort op het richttarief bij de lagere ZP's.
1239	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2.1 Transitiemiddelen	Is het mogelijk om inzicht te krijgen in welke activiteiten (reeds) worden gefinancierd vanuit de transitiemiddelen?	Voor voorbeelden kunt u zich wenden tot uw zorginkoper.
1240	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2.2 Aanvullende middelen voor zorgprofiel VG7	Voor transitiemiddelen 2024 is de deadline voor het indienen van een plan vastgesteld op 28 juli 2023. Aangezien de plannen in samenspraak met regiopartners opgesteld moeten worden is dit een erg krap tijdsplan. Waarom is desalniettemin voor deze deadline gekozen?	Helaas is dit niet mogelijk. We hebben echter de aanvraagprocedure minder omvangrijk gemaakt. Het indienen van een volledig ingevuld aanvraagformat volstaat. Uiteraard wel afgestemd met de regio. De deadline hangt samen met de deadlines van het inkoopbeleid. De deadline voor het indienen van de aanvraag transitiemiddelen 2024 is in verband met de verlate publicatie van de Nvl verplaatst naar 4 augustus 2023.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1241	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	2.2.2 Aanvullende middelen voor zorgprofiel VG7	Per 2025 is de NZa voornemens om de VG7 tarieven structureel te wijzigen. Dit zal impact hebben op de overige tarieven. Hoe kijkt VGZ naar de grote onzekerheid hiervan in dit Contracteerproces?	Een eventuele wijziging in 2025 door de NZa valt buiten dit inkoopbeleid.
142	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Voor de inkoop Wlz wordt gewerkt met een landelijk kader, dat regionaal wordt uitgewerkt. De uitwerking is een uitwerking voor de concessiehouder VGZ in de VGZ-regio's. De regionale sturing is in het document onderbelicht. Hoe houdt VGZ zorgkantoor rekening met de regiobeelden die in het kader van IZA zijn opgesteld? Bovendien zijn er grote verschillen in de regionale uitwerkingen (of wel uitwerking per concessie houder), terwijl de Wet langdurige zorg een landelijke wet is. Is het juridisch juist dat er regionale verschillen ontstaan? Als aanbieder (en ondernemer) kunnen wij immers niet kiezen met wie wij contracteren?	Uw vraag is niet te beantwoorden vanuit ons inkoopbeleid. Voor de V&V afspraken die in de regio gemaakt worden verwijzen wij u naar de regio-/transitietafel in uw regio.
697	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Het zorgkantoor moet op de hoogte worden gesteld van uitbreidings- of nieuwbouwplannen van bestaande en nieuwe aanbieders door middel van een strategisch vastgoedplan. Dit vergt afstemming tussen aanbieders aan de diverse regio- en transitietafels. Nieuwbouw- of uitbreidingsplannen moeten vóóraf worden voorgelegd aan en getoetst door het zorgkantoor (p. 9 inkoopbeleid). - Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen deze verplichting in het licht van de Mededingingswet? Legt het zorgkantoor hiermee niet een verplichting op aan zorgaanbieders in de regio om concurrentiegevoelige informatie met elkaar te delen, zulks in strijd met de Mededingingswet? Zo ja, is dat volgens het zorgkantoor gerechtvaardigd en toegestaan en waarom? Zo nee, waarom niet? - Bedoelt het zorgkantoor met het vereiste dat het zorgkantoor bedoelde plannen 'toetst' dat de goedkeuring van het zorgkantoor is vereist? Zo ja, wat is de consequentie van het niet verkrijgen van die goedkeuring? Zo nee, wat bedoelt het zorgkantoor dan wel?	Het is uiteraard de bedoeling dat overleg plaatsvindt binnen de toegestane kaders van de Mededingingswet. Om de langdurige zorg ook in de toekomst toegankelijk te kunnen houden is het van belang dat de bouwplannen aansluiten bij de regio-opgave. Het is daarom belangrijk dat het zorgkantoor tijdig op de hoogte is van uw plannen. Het is niet de bedoeling om uw plannen uiteindelijk door toetsing goed- of af te keuren.
2	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wordt hier gesuggereerd dat wij geen cliënten meer op mogen nemen met een ZZP4 indicatie? Graag uitleg over hetgeen hier staat?	Nee, dat is niet de suggestie die wij hier wekken. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
3	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Als wij geen (als vraag 13 ja is) cliënten meer op mogen nemen met een ZZP 4 indicatie wat doen wij dan met de cliënten op de intramurale wachtlijst?	Nee, dat is niet de suggestie die wij hier wekken. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
4	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Als wij geen (als vraag 13 ja is) cliënten meer op mogen nemen met een ZZP 4 indicatie mogen wij dan wel cliënten opnemen met een ZZP 5 en hoger (budgettaire consequenties)? Graag toelichting.	Nee, dat is niet de suggestie die wij hier wekken. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
51	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Aangegeven wordt dat intramurale capaciteit landelijk niet wordt uitgebreid. Tegen de achtergrond van een door vergrijzing uitbreidende doelgroep betekent dit dat cliënten langer thuis blijven en dus ook dat de extramurale zorg toeneemt (in aantal cliënten) en dus ook toeneemt in zwaarte en complexiteit. Hoe verhoudt zich dit tot het gegeven dat historisch lage tarieven (uit een periode van mindere gemiddelde zorgzwaarte) tot uitgangspunt worden genomen? Wij menen dat het ook tegen deze achtergrond onredelijk is nog van de historisch lagere tarieven uit te gaan.	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Aangezien de NZa-maximumtarieven, waaraan het tariefpercentage van het zorgkantoor gekoppeld is, geïndexeerd worden, gaan wij er vanuit dat dit tariefpercentage nog steeds reëel is. Aanbieders met een historisch laag tariefpercentage komen bovendien, mits ze voldoen aan de voorwaarden, in aanmerking voor alle transformatieopslagen. Dit is anders dan voorgaande jaren. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek een voor uw organisatie onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de hardheidsclausule.
67	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Het zorgkantoor is eraan gehouden regionale opslagen en/of modules (of andere op – en afslagen op het basistarief) voldoende te onderbouwen. Heeft u rekening gehouden met regionale problematiek van vergrijzing, verduurzamingsopgave in de regionale opslagen/modules? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?	Ja, VGZ hanteert één regionaal beleid voor alle zorgkantoorregio's. Hierin hebben we inderdaad oog voor vergrijzing en verduurzaming.
93	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Welke financiële zekerheid kan geboden worden in de dekking van NHC t.o.v. de werkelijke kosten, gezien de sterk stijgende rente op vastgoed gebied?	De NZa is verantwoordelijk voor de aanpassing van de tarieven, inclusief de NHC. Voor meer informatie of vragen over de NHC kunt u terecht bij de NZa.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
155	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Één element van het strategisch vastgoedplan is dat een plan (nieuwbouw/uitbreiding) vooraf wordt voorgelegd aan en getoetst wordt door het zorgkantoor. In welke fase van het proces dient dit plaats te vinden?	Wij verwachten dat u ons informeert middels uw strategisch vastgoedplan op het moment dat u in de planvormingsfase zit. Dus zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van herontwikkeling, renovatie, nieuwbouw of uitbreiding.
156	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Waaraan wordt door het zorgkantoor getoetst bij het vooraf voorleggen van een plan?	Er worden resultaatsafspraken gemaakt. In tegenstelling tot eerdere jaren is het indienen van een plan niet meer nodig.
157	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Herontwikkeling van bestaande gebouwen/capaciteit (Dus sloop huidige pand en opbouw nieuw pand) valt hiermee niet onder de gestelde voorwaarden aan de elementen van een strategisch vastgoedplan?	We spreken over nieuwbouw of uitbreiding, dus ook bij herontwikkeling van bestaande gebouwen willen wij hiervan op de hoogte worden gesteld door middel van een strategisch vastgoedplan.
189	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Daarnaast betekent dit zwaardere zorg intramuraal en vaak ook aanpassingen van afdelingen. Een gang met verzorgingshuisappartementen is immers niet geschikt voor mensen met een ZZP 5 indicatie, zij hebben een woonkamer nodig en doorgaans meer geborgenheid en structuur. In hoeverre is met deze gevolgen rekening gehouden in het inkoopbeleid en waar zien we dat terug? Hoe zien we dit terug in de component van de NHC? Wordt deze verhoogd als gevolg van deze uitspraak?	Het NHC/NIC tarief voor 2024 is vastgesteld op 100%. Voor de opvolgende jaren is nog geen duidelijkheid te geven.
201	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Medio pagina 9 wordt gesteld dat uitgangspunt is dat voor mensen met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer wordt georganiseerd, tenzij de sociale context hier echt om vraagt. Per wanneer gaat dat in?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
202	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	"Uitgangspunt is dat voor mensen met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer organiseren, tenzij de sociale context hier echt om vraagt." Waar ligt de verantwoordelijkheid voor deze beoordeling in de praktijk? Ligt hier een rol bij het CIZ? Is deze beoordeling aan de zorginstelling?	Wij verwachten dat aanbieders - net als wij zelf doen- hierover het gesprek aangaan met cliënten en hun naasten.
216	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Op pagina 9 onder het kopje "Complexe zorg intramuraal, ZZP4 extramuraal (VV)" schrijft u dat "de huidige capaciteit landelijk niet verder wordt uitgebreid." Verderop op deze pagina schrijft u onder het kopje "Strategische vastgoedplanning" dat "de intramurale zorg steeds meer gericht zal zijn op de zwaardere zorg wat van zorgaanbieders vraagt aan de slag te gaan met een strategisch (meerjarig) vastgoedplan waarbij het belangrijk is dat dit plan aansluit op de ontwikkelingen in de regio." Betekent dit dat capaciteitsmutaties alleen kunnen bestaan uit vervanging en/of plaatsen scheiden wonen en zorg (VPT/MPT)? Dit ondanks het voornemen van de minister van VWS om de komende vijf jaar 4.800 extra verpleeghuisplekken toe te staan, en dat ze dit aantal wil laten oplopen tot 8.000 extra verpleeghuisplekken.	Capaciteitsmutaties bestaan inderdaad alleen uit vervanging en/of plaatsen scheiden wonen en zorg (VPT/MPT).

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
236	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Als u van mening bent dat wij tegen het wettelijk recht (aanspraak) van de cliënt in moeten gaan, hoe kunnen wij dit in uw ogen dan juridisch afdekken?	Nee, dat is niet de suggestie die wij hier wekken. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
286	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Er staat "We verwachten dat alle zorgaanbieders zich houden aan de afspraken die aanbieders onderling maken aan de regiotafels en aan de regionale visie die is opgesteld. Hoe worden zorgaanbieders op de hoogte gesteld van deze afspraken ook wanneer de zorgaanbieders niet deelnemen aan de regiotafels?"	Het zorgkantoor zal samen met de partijen aan V&V tafel zorg dragen dat alle afspraken die afgesproken, afgestemd en vastgelegd zijn gedeeld worden in uw regio.
291	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wanneer in het proces moet een zorgaanbieder met plannen voor nieuwbouw/uitbreiding, de plannen aan het zorgkantoor voorleggen? En waar wordt dan op getoetst?	Wij verwachten dat u ons informeert middels uw strategisch vastgoedplan op het moment dat u in de planvormingsfase zit. Dus zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van herontwikkeling, renovatie, nieuwbouw of uitbreiding. Voor de voorwaarden verwijzen wij u naar hoofdstuk 2.3: paragraaf strategische vastgoedplanning
292	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Klopt het dat herontwikkeling van bestaande gebouwen niet valt onder de door het Zorgkantoor gestelde voorwaarden?	Wij verwachten dat u ons tijdig informeert over de herontwikkeling van uw bestaande gebouwen.
293	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	U stelt dat er voor cliënten met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer wordt georganiseerd, tenzij de sociale context hierom vraagt. Dit staat in onze beleving haaks op de zorgplicht die het zorgkantoor heeft en de vrijheid van een cliënt om voor intramurale zorg te kiezen. Hoe denkt het zorgkantoor de sociale context te gaan bepalen? Hoe kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder komen tot een reële oplossing voor dit issue?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
303	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Het Zorgkantoor vraagt hier terecht aandacht voor de vastgoedopgave van zorgaanbieders. Door meer druk op de tarieven te leggen en in de vaststelling van het richttariefpercentage geen onderscheid te maken tussen het zorgresultaat en het vastgoedresultaat van zorgaanbieders bemoeilijkt het zorgkantoor deze opgave omdat het er op aanstuurt dat het vastgoedresultaat wordt ingezet voor de zorgexploitatie waardoor zorginstellingen onvoldoende middelen hebben om de vastgoedopgave te realiseren en te financieren. Wat vindt het zorgkantoor van de doorwerking van het richttariefpercentage in de vastgoedopgave en hoe vindt het zorgkantoor dat dit beleid bijdraagt aan deze vastgoedopgave?	Zowel de kosten voor zorg als de kosten voor vastgoed zijn meegenomen in het model. Dit is gedaan om de complexiteit van het model te beperken. Aangezien het richttarief percentage alleen toegepast zal worden op het zorgdeel (loon & materieel) van het NZa tarief en niet op het vastgoeddeel (NHC/NIC) is deze keuze in het voordeel van de aanbieder. Immers zou bij zuivere toepassing het richttariefpercentage over alle delen van het NZa tarief gerekend moeten worden, aangezien ook alle kosten zijn meegenomen.
318	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Reeds heeft een uitvraag plaatsgevonden naar de vastgoedplannen van onze organisatie i.r.t. de fase waarin het plan zich bevindt. Hieruit kan geconcludeerd zijn dat het vastgoedplan reeds in een fase is dat het plan doorgang vindt (en eventuele uitbreiding in capaciteit hiermee gehonoreerd wordt). Valt daarmee het plan niet meer onder de voorwaarden gesteld aan het strategisch vastgoedplan. Anders zou hiermee ook deze plannen weer ter discussie kunnen komen te staan.	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden. Wij verzoeken u om contact op te nemen met uw zorginkoper.
342	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Cliënten met een ZZP4 hebben recht op intramuraal zorg, het zorgkantoor heeft hierin ook een zorgplicht. Hoe kunt u dit verenigen met het door u gehanteerde standpunt dat voor ZZP4 geen intramuraal zorg (behalve sociale context) meer wordt georganiseerd?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitloei van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramuraal capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
350	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	In welke fase van nieuwbouw planning moet het plan worden voorgelegd aan het zorgkantoor en waaraan wordt dit plan getoetst?	Wij verwachten dat u ons informeert middels uw strategisch vastgoedplan op het moment dat u in de planvormingsfase zit. Dus zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van herontwikkeling, renovatie, nieuwbouw of uitbreiding. Wij toetsen of dit plan aansluit op de ontwikkelingen in de regio.
427	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	In jullie Inkoopbeleid is nog niets opgenomen over de inkoop van LVHC, waaronder Korsakov. Inmiddels is bekend dat voor enkele doelgroepen, waaronder Korsakov, er een beleidsregel voor de bekostiging in 2024 beschikbaar komt. Op welke wijze gaan jullie de inkoop van deze doelgroepen vorm geven?	Met betrekking tot LVHC wordt landelijk beleid opgesteld dat gepubliceerd wordt met de Nota van Inlichtingen. Hier sluiten wij als VGZ zorgkantoor bij aan.
527	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2_024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wij zien de inzet van medicijndispenser, oogdruppelbril en hulpmiddelen voor steunkousen als een minimale basis om de zelfredzaamheid in de regio te stimuleren en daarmee de druk op het arbeidspotentieel te verlagen. Dit is niet voor elke doelgroep van toepassing. Is dit een eis om te implementeren of hoe moeten we dit lezen?	Om de zorg op termijn bemensbaar en betaalbaar te houden, roepen we alle aanbieders op om waar dit kan zoveel mogelijk slimme hulpmiddelen toe te passen in de dagelijkse praktijk. Op die manier houden we de professionele zorg beschikbaar voor cliënten die het hard nodig hebben en zijn we zuinig op het kostbare zorgpersoneel. We rekenen erop dat u zich kunt scharen achter deze manier van werken.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
569	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Hoe zien we de 4,2% kwaliteitsmiddelen terug in ons eigen budget/tarief?	De kwaliteitsmiddelen zijn verdisconteerd in de NZa tarieven
570	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Transitiemiddelen: als Zorgconnect deze vraag namens ons indient; is dit dan genoeg?	Dit is correct. Als de plannen voldoen aan de gestelde voorwaarden mogen deze vanuit de regio worden ingediend.
572	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Met welke maatregelen is rekening gehouden in het gebied Noord-Limburg bij het maken van maatwerkafspraken? (dubbele vergrijzing en ontgroening?)	De mogelijkheid van maatwerk is niet gebiedsgebonden ingevuld. Maatwerk is niet bedoeld voor reguliere zorg. Voor alle zorgaanbieders gelden dezelfde voorwaarden.
603	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Hoe staat het zorgkantoor tegenover de ontwikkeling van zwaardere zorg met betrekking tot de gebouwisen daarvoor ten opzichte van de verlaging van de NHC?	De NZa is verantwoordelijk voor de aanpassing van de tarieven, inclusief de NHC. Voor meer informatie of vragen over de NHC verwijzen wij u naar de Nza.
631	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Hoe wordt getoetst of 'de sociale context' er echt om vraagt om met een zzp 4 intramuraal opgenomen te worden?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
632	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Hoe wordt omgegaan met cliënten met een zzp 4 indicatie die momenteel intramuraal verblijven?	Er verandert niets voor cliënten met een ZZP4VV die op dit moment intramuraal verblijven.
633	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wanneer moet het strategisch vastgoedplan worden ingediend?	Wij verwachten dat u ons informeert middels uw strategisch vastgoedplan op het moment dat u in de planvormingsfase zit. Dus zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van herontwikkeling, renovatie, nieuwbouw of uitbreiding.
692	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Dit kan worden ondervangen als er een bepaling in de Overeenkomst wordt opgenomen waarin een voorziening wordt getroffen over deze mogelijke omstandigheid, waarbij Partijen in onderling overleg treden om te komen tot een oplossing in dergelijke gevallen, waarbij het zorgkantoor instaat om de eventuele financiële consequenties voor haar rekening te nemen. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Het is ons niet duidelijk waar uw vraag op duidt. Wij kunnen deze vraag niet beantwoorden.
718	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Klopt het dat herontwikkeling van bestaande gebouwen/capaciteit (dus sloop huidige pand en opbouw nieuw pand) niet onder de gestelde voorwaarden valt van de elementen van een strategisch vastgoedplan?	In het geval van sloop van een bestaand pand en opbouw van een nieuw pand zien wij dat als nieuwbouw. Zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van nieuwbouw en of uitbreiding, verwachten wij dat u ons informeert middels het strategisch vastgoedplan.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
767	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Één element van het strategisch vastgoedplan is dat een plan (nieuwbouw/uitbreiding) vooraf wordt voorgelegd aan en getoetst wordt door het zorgkantoor. Waaraan wordt door het zorgkantoor getoetst en in welke fase van het proces dient dit plaats te vinden?	Wij verwachten dat u ons informeert middels uw strategisch vastgoedplan op het moment dat u in de planvormingsfase zit. Dus zodra er plannen ontstaan waarbij sprake is van herontwikkeling, renovatie, nieuwbouw of uitbreiding. Voor de voorwaarden verwijzen wij u naar paragraaf 2.3. Strategisch vastgoedplanning.
768	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	In de visie missen wij de samenwerking tussen zorgkantoor en zorgverzekeraars met name ten aanzien van de contractering huisartsenzorg. Op welke wijze ziet u deze samenwerking?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden.
770	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	voor ZP4 geldt het principe "thuis tenzij" volgens het zorgkantoor. Hoe verhoudt dit zich met de Wlz, het recht op verblijf?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transitie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
778	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Onder complexe zorg intramuraal zpp4 extramuraal geeft u het uitgangspunt dat we voor mensen met een zpp4 indicatie geen intramurale zorg meer organiseren tenzij de context hierom vraagt. Wij gaan er vanuit dat dat alleen geldt voor nieuwe cliënten? Verder vragen wij ons af hoe we de context van de noodzaak aan moeten tonen deze kan immers ook afhankelijk zijn van wel geen aanwezigheid van een mantelzorger. Gaat VGZ als zorgkantoor deze afweging maken en zo ja op welke criteria of verwacht u dit van ons en zo ja op basis van welke criteria en hoe moeten we daarmee omgaan als client de zorg afdwingt?	Dit geldt alleen voor nieuwe cliënten. Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transitie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
829	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Betreft het hier strategische vastgoedplannen voor alleen intramurale plekken?	Het betreft uw plannen voor alle verpleegzorgplaatsen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
976	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Als u van mening bent dat wij tegen het wettelijk recht (aanspraak) van de cliënt in moeten handelen, hoe kunnen wij dit in uw ogen dan juridisch afdekken?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
983	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	U geeft aan dat voor mensen met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer wordt georganiseerd, tenzij de sociale context hier echt om vraagt. Klopt het dat wij de definitie van intramurale zorg moeten lezen als zorg waarbij de verblijfscomponent vanuit de Wlz wordt gefinancierd en niet door de cliënt zelf wordt betaald?	Dit is een correctie interpretatie van intramurale zorg.
1023	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Waarom wordt door het zorgkantoor getoetst bij het vooraf voorleggen van een strategisch vastgoedplan?	Wij verwijzen u hiervoor naar paragraaf 2.3: Strategisch vastgoedplanning
1025	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	U hanteert het uitgangspunt dat voor cliënten met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer wordt georganiseerd, tenzij de sociale context hier echt om vraagt. Cliënten met een ZZP4 indicatie hebben echter recht op intramurale zorg en hebben daarbij de vrijheid om te kiezen voor intramurale zorg in plaats van zorg thuis. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht voor deze cliënten. Als cliënten uitdrukkelijk kiezen voor intramurale zorg en de nakoming van de zorgplicht door het zorgkantoor (in rechte) afdwingen, dan kan dat grote (financiële) consequenties hebben voor zowel zorgkantoren als de gecontracteerde aanbieders. Kan het zorgkantoor aangeven hoe zij rekening heeft gehouden met cliënten met een ZZP4 indicatie die hun recht op intramurale zorg afdwingen? Van Neynsel stelt voor dat er een bepaling in de Overeenkomst wordt opgenomen waarin een voorziening wordt getroffen over deze mogelijke omstandigheid, waarbij Partijen in onderling overleg treden om te komen tot een oplossing in dergelijke gevallen, waarbij het zorgkantoor instaat om de eventuele financiële consequenties voor haar rekening te nemen. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZP4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspannen om cliënten met een ZZP4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1065	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wij zijn een instelling die nogal wat intramurale cliënten heeft met met ZZZ 4 indicatie. Uw uitgangspunt dat we voor mensen met ZZZ 4 geen intramurale zorg meer organiseren staat haaks op onze huidige bezetting. Wij zijn van mening dat cliënten de keuze moeten hebben om hun ZZZ4 indicatie thuis of intramuraal te "genieten". Het zorgkantoor (en wij als aanbieder) hebben ook een zorgplicht om intramurale setting aan te bieden. Kunt u aangeven welke oplossing u voor deze mogelijke patstelling voorziet?	Wij geven aan dat het streven is om cliënten met een ZZZ4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en zo bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZZ4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden dit ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
1066	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Daarnaast is het sowieso voor ons onmogelijk om op korte termijn onze intramurale ZZZ-4's te beëindigen. Deze cliënten wonen immers binnen onze zorginstelling en kunnen niet meer terug naar huis. We gaan er vanuit dat dit ook niet de bedoeling is van uw zinsnede dat we geen intramurale zorg voor ZZZ-4 meer organiseren. Kunt u dat bevestigen?	Dat is inderdaad niet zoals wij dit bedoelen.
1084	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Hoe gaat u om de zorgplicht die het zorgkantoor heeft m.b.t. cliënten met een ZZZ 4 indicatie die hun recht op intramurale zorg willen afdwingen?	Het streven is om cliënten met een ZZZ4VV extramuraal van zorg te voorzien, tenzij dit echt niet kan. Dit uitgangspunt is een uitvloeisel van de transformatie die we inzetten naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' om zo ook een passend aanbod voor de meest kwetsbare groepen te behouden en bij te dragen aan de toegankelijkheid van de langdurige zorg voor nu en in de toekomst. Dit betekent wat ons betreft dat zorgaanbieders zich maximaal inspinnen om cliënten met een ZZZ4VV waarvan de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden ook in de thuissituatie organiseren en de beperkte intramurale capaciteit en arbeidskrachten beschikbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dit is een beweging waarin ook cliënten meegenomen moeten worden. We moeten het immers samen doen.
1138	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	u geeft aan de intramurale capaciteit niet verder uit te breiden. Maar wat als hier regionaal behoefte aan is en de uitbreiding bijdraagt aan de kostendekkenheid van een zorgaanbieder?	Wij volgen het landelijke beleid: geen uitbreiding van intramurale capaciteit.
1141	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	U geeft aan dat de u de huidige intramurale capaciteit niet verder uitbreidt, we maken bezwaar tegen dit punt. U staat positief tegen de opnames van echtparen dit zorgt binnen dezelfde ruimte voor extra capaciteit. Kunt u dit bevestigen?	Wij zien opname van echtparen binnen dezelfde ruimte niet als uitbreiding van uw capaciteit.
1155	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wij zijn een aanbieder in het gebied van zes zorgkantoorregio's. Wij zien dat ieder zorgkantoor eigen beleid voert en eigen oplossingen zoekt, voor dezelfde problematiek. Dat geeft een enorme administratieve last. U verwacht van aanbieders dat zij (nog meer) gaan samenwerken. Hoe ziet u de samenwerking tussen de diverse zorgkantoren? Hoe kunnen wij samen de problematiek van de diverse beleidsinvullingen beslechten?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden.
1318	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	ZZP4: geldt het uitgangspunt "thuis tenzij" niet voor cliënten met een zorgprofiel VV04, verzilverd als VPT of MPT? Licht uw antwoord toe.	Uiteraard wel, deze cliënten verzilveren hun zorg als VPT of MPT volgens het uitgangspunt 'thuis tenzij'.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1319	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Strategische vastgoedplanning: in hoeverre is het zorgkantoor bereid en/of in staat om bij te dragen aan de realisatie van geclusterde woonvormen, gegeven de bekende knelpunten in de financiering van de onrendabele top (zie rapport KPMG, programma WOZO)?	Wij volgen hierin de landelijke ontwikkelingen en wet- en regelgeving.
1350	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	De regiomonitor is belangrijk voor de komende periode. Wordt hierbij ook rekening gehouden met bovenregionaal aan te bieden zorg aan hoogcomplexere doelgroepen met lage volumes?	Deze vraag heeft geen betrekking op ons inkoopbeleid en kunnen wij derhalve niet beantwoorden. Dank voor uw suggestie.
1502	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Wij vertegenwoordigen als coöperatie ruim 250 kleinschalige zorgaanbieders met elk hun eigen (vastgoed)exploitatie en jaarrekening. Onze zorgaanbieders leveren uitsluitend Wlz-zorg op basis van MPT en VPT. Hoe verwacht het zorgkantoor van coöperaties de volgende zaken: -Verantwoording van de huisvestingscomponent -Inzichtelijk maken van zorgvastgoed exploitatie bij gescheiden wonen en zorg -Opstellen van een strategisch huisvestingsplan -Vastgoedbeheerplan (green deal)?	De voorwaarden die het zorgkantoor aan zorgaanbieders stelt, gelden voor zorgaanbieders onafhankelijk van de rechtsvorm.
1756	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Er wordt een landelijk, en ook door VGZ, voor 2024 een richttarief gehanteerd van 95,5% van het maximum NZa-tarief. Daar zijn wij het niet mee eens, daar maken wij bezwaar tegen. Wij verzoeken u het NZa-tarief te hanteren. Het door u vastgestelde percentage leidt tot een lager budget voor onze organisatie en, gezien de (te verwachten) kostenstijgingen, tot een onaantoonbare toenemende financiële druk op onze organisatie. De vraag is of het tarief dat dan van toepassing is voor onze organisatie een redelijkerwijs kostendekkend tarief is, waarbij wij van mening zijn dat wij een redelijk efficiënt functionerende organisatie zijn. een andere mogelijke oplossing is het tariefpercentage voor onze organisatie de komende jaren, vanuit het huidige tariefpercentage, te laten groeien met dat percentage waardoor de budgetverlaging door overheidsmaatregelen in het betreffende jaar wordt gecompenseerd. Wilt u meegaan in die oplossingsrichting? Kunt u daarover uw mening geven? Graag met toelichting.	Wij voldoen niet aan uw verzoek. De NZa stelt geen richttarieven, maar gewogen gemiddeld kostendekkende maximumtarieven vast. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de maximum NZa tarieven en de NZa de maximumtarieven jaarlijks corrigeert voor kostenontwikkelingen en eventuele andere zaken, volgt het richttarief automatisch de kostenontwikkelingen in de zorg, in lijn met het beleid van de NZa. In combinatie met de overige onderdelen van de tariefsystematiek (regionaal beleid en hardheidsclausule) verwachten wij tot reële tariefafspraken te komen.
1949	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	2.3 Regionale regie op het zorglandschap	Komen de VV4 voor de VPT binnen de Wlz te vervallen als deze in geclusterd wonen worden aangeboden als zorg thuis het uitgangspunt is?	Wij begrijpen uw vraag niet en kunnen deze niet beantwoorden.
1999	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.1 Zorgkantoren hanteren de volgende uitgangspunten bij de contractering	Het lijkt erop dat de transitie-middelen op individuele basis als organisatie ingezet kunnen worden. Hoe ziet u dit in relatie tot de 0,1% regio opslag?	Uw veronderstelling is niet juist. Transitie-middelen kunnen niet op individuele basis worden ingezet. Activiteiten die kunnen worden gefinancierd vanuit de transitie-middelen komen niet in aanmerking voor financiering via transitie-opslag of maatwerk. In de aanvraag moet u aangeven welke zorgaanbieders betrokken zijn bij de uitvoering en uit het voorstel moet blijken dat er draagvlak is binnen de regio voor het plan.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1990	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	3.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	In 3.5 schrijft u: "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.". Dit geeft de Zorgaanbieders slechts zeer beperkt tijd. Kunt u de termijn met een week verlengen? Zo nee, waarom niet?	Om de vaart in het proces van de beoordeling te houden, is dit slechts vijf werkdagen. Mocht uit deze stukken blijken dat een aanbieder nieuw aanbod wil gaan leveren, dan kan het zijn dat de zorginkoper om een nadere toelichting vraagt zodat hij een goede afweging kan maken. Wij vragen geen uitgebreide documentatie ter onderbouwing, dus verlenging is naar onze mening niet nodig.
2006	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.2 Wanneer bent u een bestaande of een nieuwe zorgaanbieder in de Wlz?	"3.6 Zorgkantoren behouden zich het recht voor om een correctie in de documenten en/of een wijziging of aanpassing van de inkoopprocedure toe te passen". We gaan er vanuit dat we als zorgaanbieder de ruimte krijgen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken. Kunt u dit bevestigen?	Door deelname aan de inkoopprocedure (zoals het stellen van vragen) verklaren zorgaanbieders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid – waaronder de Nota van Inlichtingen – beschreven inkoopprocedure, waaronder de termijnen, de wijze waarop vragen moeten worden gesteld, bezwaar moet worden gemaakt en een eventuele juridische procedure aanhangig moet worden gemaakt, etc.). De gang naar de rechter staat open in geval van bezwaren die VGZ niet weg kan nemen en die een zorgaanbieder op rechtmatigheid wil laten toetsen. Zorgaanbieders verklaren zich voor dat geval echter akkoord met het verval van de mogelijkheid om buiten de termijn van 20 kalenderdagen na de publicatie van de Nota van Inlichtingen bezwaar te maken en een kort geding aanhangig te maken op de wijze zoals beschreven in het inkoopbeleid.
2008	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Wat zijn de verschillen in voorwaarden bij het afsluiten van een overeenkomst voor 1 jaar ten opzichte van een overeenkomst voor 3 jaar?	Een overeenkomst voor 3 jaar geeft zowel de aanbieder als het zorgkantoor meer zekerheid. Zowel wat betreft de aard van de te maken inkoopafspraken als de te bereiken doelmatigheidsdoelen (onderdeel van de transitie van de langdurige zorg).
1963	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.3 Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	U geeft aan dat u met beleid en richttariefpercentage duidelijkheid creëert voor de zorgaanbieder. "4.1 Voor 2024 dienen we maximaal 98% van de basisproductie maal het afgesproken tarief in als budget bij de NZa. De af te spreken basisproductie van alle zorgaanbieders gezamenlijk mag niet hoger zijn dan 98% van de beschikbare contracteeruimte van VGZ voor 2024." Het contracteren van 98% van de basisproductie is ons inziens een onzekerheid voor de zorgaanbieder. Pas bij het clickmoment en de herschikking krijgt de zorgaanbieder duidelijkheid of de verwachte omzet vergoed gaat worden. Het verwachte te kort van het macrokader ondersteunen dit. We maken dan ook bezwaar tegen dit punt. Hoe kan het zorgkantoor eerder duidelijkheid verschaffen aan de zorgaanbieder?	Wij reserveren 2% van de beschikbare ruimte, deze gelden worden verder ingezet bij de zorgaanbieders middels het clickmoment alsmede de herschikking. De gereserveerde gelden worden verdeeld daar waar ze nodig zijn. Wij hebben met regelmaat landelijke overleggen (met de andere concessies alsmede met NZa en VWS) over de benutting dan wel tekorten op de financiële kaders. Verder geven we op onze website vanaf de maand mei maandelijks een overzicht met daarin de prognose t.o.v. het financieel kader. Als u bezwaar wilt maken, volgt u dan de bezwaarprocedure zoals beschreven in hoofdstuk 8 van het inkoopbeleid.
1993	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	3.4 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	Op welke wijze dienen zorgaanbieders die kunnen volstaan met het indienen van een bestuursverklaring bij de inschrijving aan te geven dat zij gebruik willen maken van de opslag voor de implementatie van de nieuwe en bewezen GP's, de opslag voor de commitment aan de regionale V&V tafels en dat zij van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen?	Bij uw inschrijving in Vecozo hebben we de mogelijkheid beschikbaar gesteld om aan te geven of u voor de genoemde zaken in aanmerking wilt komen. Uw inkoper gaat naar aanleiding van uw inschrijving het gesprek met u hierover aan.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1969	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.4 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	In paragraaf 3.2 van het inkoopbeleid beschrijft u het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zorgaanbieders en in paragraaf 3.4 beschrijft u wat welk type zorgaanbieder moet doen voor een Wlz-overeenkomst. In paragraaf 3.4 is daarbij toegevoegd "(Bestaand voor het zorgkantoor' met een driejarige, een tweejarige of een éénjarige overeenkomst)". Verwacht u van bestaande zorgaanbieders die in de loop van 2023 een overeenkomst hebben gesloten met het zorgkantoor op basis van een tussentijdse inschrijving, een inschrijving als ware zij een nieuwe zorgaanbieder? Zo ja, wat is de toegevoegde waarde van het nogmaals moeten overleggen van de nodige documenten en het opstellen van een ondernemingsplan, terwijl u dit alles zeer recent nog heeft goedgekeurd (de zorgaanbieder heeft immers een overeenkomst)? Zo nee, bent u bereid het stuk tekst met minimaal een éénjarige overeenkomst te laten vervallen, in overeenstemming met het inkoopbeleid van andere zorgkantoren? Zo niet, wat is de onderbouwing dat dit proces bij VGZ Zorgkantoren anders is dan andere zorgkantoren?	Wij verwijzen u naar paragraaf 3.2. waar dit helder wordt toegelicht.
1981	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	3.4 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	In de laatste zin op pag. 11 staat: 'Wanneer zorgaanbieders van plan zijn nieuw zorgaanbod te ontwikkelen, kan hierop toelichting gevraagd worden bij de inschrijving'. Wordt deze toelichting gevraagd in de inschrijving in Vecozo? Zo ja, welke informatie wordt er gevraagd om aan deze toelichting te voldoen? Zo nee, op welke moment en welke manier wordt deze toelichting gevraagd?	Deze alinea heeft betrekking op bestaande aanbieders voor ons zorgkantoor. Wij vragen in principe enkel de bestuursverklaring. Echter als er zaken wijzigen t.o.v. eerdere inschrijfdocumenten en/of overeenkomst dan vragen wij u om de meest recente stukken te delen met ons. Mocht uit deze stukken blijken dat een aanbieder nieuw aanbod wil gaan leveren, dan kan het zijn dat de zorginkoper om een nadere toelichting vraagt zodat hij een goede afweging kan maken.
2001	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	3.4 Wat moet u doen voor een Wlz-overeenkomst?	In de laatste alinea (pag.11) staat: 'Als er wijzigingen plaatsvinden c.q. hebben plaatsgevonden ten opzichte van de eerdere inschrijvingsdocumenten en of overeenkomst moet u dit melden aan het zorgkantoor en eventuele gewijzigde documenten aanleveren.' Op welke manier en waar dienen deze wijzigingen doorgegeven te worden? En binnen welke termijn?	Graag deze aanleveren bij uw inschrijving via Vecozo. Hiervoor hanteert u de termijnen van de inschrijving zoals beschreven in het inkoopbeleid.
1988	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.5 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	Van u mag worden verwacht, onder andere op grond van de aanbestedingsrechtelijke beginselen waaronder het transparantiebeginsel dat u toepast op uw Contracteerproces, dat u afwijzingen van inschrijvingen voldoende motiveert. Afwijzingen van inschrijvingen voldoen hier doorgaans niet aan, omdat enkel wordt volstaan met de verwijzing naar de onderdelen van het inkoopbeleid waaraan de inschrijver niet zou voldoen, zonder toe te lichten waarom de inschrijver hieraan niet voldoet. Hierdoor is het voor inschrijvers onduidelijk hoe zij hun inschrijving kunnen aanpassen voor inschrijving tijdens een opvolgende mogelijkheid. Bent u bereid expliciet op te nemen dat u bij afwijzingen van inschrijvingen gemotiveerd zult toelichten waarom de inschrijving niet voldoet? Zo nee, waarom niet?	Wij herkennen dit signaal niet. Zoals u zelf al aangeeft, wordt verwezen naar de onderdelen van het inkoopbeleid waar niet aan wordt voldaan.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
2007	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.5 Hoe beoordelen wij uw inschrijving?	U geeft aan dat we alleen bezwaar kunnen maken op de onderdelen waar de Zorgaanbieder zelf een vraag heeft gesteld. We maken bezwaar tegen dit punt. De antwoorden in de Nvl zijn voor alle zorgaanbidders van toepassing en kan dus nieuwe inzichten opleveren. Kunt u dit bevestigen?	De inkoopdocumenten die wij hebben gepubliceerd, zijn met de grootst mogelijke zorgvuldigheid door VGZ Zorgkantoor samengesteld. Desondanks kunnen er onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten voorkomen. We verwachten een proactieve houding van u. Dit houdt in dat zorgaanbidders, ieder voor zich, eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan ons meldt maar uiterlijk 15 juni 12:00 uur, te weten via de mogelijkheid tot het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. We wijzen er in dit kader uitdrukkelijk op dat u uw eventuele bezwaren zelfstandig naar voren dient te brengen. Geïnteresseerden kunnen zich daarom niet (achteraf) beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht.
1995	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.6 Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	U schrijft ""Door deelname aan de inkoopprocedure verklaren zorgaanbidders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid - waaronder de Nota van Inlichtingen- beschreven inkoopprocedure." Kunt u uitleggen hoe zich deze paragraaf verhoudt met het aanhangig maken van een kort geding?	Door deelname aan de inkoopprocedure (zoals het stellen van vragen) verklaren zorgaanbidders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid – waaronder de Nota van Inlichtingen – beschreven inkoopprocedure, waaronder de termijnen, de wijze waarop vragen moeten worden gesteld, bezwaar moet worden gemaakt en een eventuele juridische procedure aanhangig moet worden gemaakt, etc.). Uiteraard staat de gang naar de rechter wel open in geval van bezwaren die VGZ niet weg kan nemen en die een zorgaanbieder op rechtmatigheid wil laten toetsen. Zorgaanbidders verklaren zich voor dat geval echter akkoord met het verval van de mogelijkheid om buiten de termijn van 20 kalenderdagen na de publicatie van de Nota van Inlichtingen bezwaar te maken en een kort geding aanhangig te maken op de wijze zoals beschreven in het inkoopbeleid.
2005	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	3.6 Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	U schrijft ""Door deelname aan de inkoopprocedure verklaren zorgaanbidders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid - waaronder de Nota van Inlichtingen- beschreven inkoopprocedure." Wij maken bezwaar tegen het de term 'onvoorwaardelijk akkoord' omdat jullie het enige zorgkantoor zijn waar we kunnen inkopen en dus onlosmakelijk verbonden zijn aan uw beleid. Dat maakt dat wij, behoudens uw antwoorden, straks mogelijk onder protest akkoord gaan. Kunt u het woord "onvoorwaardelijk" hierin laten vallen?	De mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen staan, binnen de daarvoor geldende voorwaarden, open voor alle aanbieders. We volstaan hier met een verwijzing naar hoofdstuk 8 van ons inkoopbeleid. Wij hebben er begrip voor dat er dan ten aanzien van aspecten van ons inkoopkader een inschrijving onder protest zal volgen, waarover u tijdig vragen heeft gesteld en bezwaar kan maken die het onderwerp zijn van die juridische procedure. Het eventueel aanspannen van een kort geding heeft geen schorsende werking.
1982	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	3.6 Welke juridische kaders gelden voor het Contracteerproces en de monitoring?	Er is sprake van een nieuw meerjarenbeleid en toch heeft u ervoor gekozen om een aantal paragrafen uit te sluiten in de Nvi. Wat is hier uw argumentatie en juridische grondslag voor?	Wij herkennen dit niet. In onze Nota van Inlichtingen is de gelegenheid om over iedere paragraaf een vraag te stellen.
104	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	Wanneer zijn de maximum tarieven van de NZA bekend en hoe wordt dit gecommuniceerd?	Naar verwachting halverwege juli 2023. De maximum tarieven worden gecommuniceerd via de website van de NZa.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
304	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	In 4.4 geeft u aan dat de tarieven en de regelgeving voor 2024 nog niet bekend zijn. Wanneer deze definitief zijn en op grond van deze tarieven blijkt bij de doorrekening (bijvoorbeeld in de Actiz tool) dat zorgaanbieders een grote aanvullende financiële opgave krijgen t.o.v. voorgaande jaren waaronder 2021, is het zorgkantoor dan bereid het richttariefpercentage en de toekenning van de opslagen te heroverwegen en de toeslagen zonder meer toe te kennen?	De NZa is verantwoordelijk voor de trendmatige ophoging van het (absolute) tarief. Dit betekent dat het (relatieve) richttarief voor een langere periode kan worden vastgezet. Het richttarief is in beginsel voldoende voor het bieden van reguliere zorg. Door de transformatieopslag en eventueel maatwerkafspraken kan daarnaast de noodzakelijke beweging worden ingezet. Indien dit niet kostendekkend blijkt te zijn voor een aanbieder, kan deze een aanvraag doen voor de hardheidsclausule.
311	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	Ons inziens dient het zorgkantoor de gestegen kosten die boven de indexering van de NZa uitkomen te verdisconteren in het geboden tarief. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Nee, voor zorgkantoren is de door de overheid gegeven informatie over kostenontwikkelingen die zijn opgenomen in de door VWS vastgestelde indexatiecijfers en door de NZa verwerkt in de maximumtarieven het vertrekpunt voor het vaststellen van de richttariefpercentages. Indien zorgaanbieders bezwaren hebben tegen de hoogte en of wijze van indexering van de NZa maximumtarieven, is het raadzaam het gesprek daarover aan te gaan met de NZa.
771	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	Is VGZ voornemens de vergoeding voor het beschikbaar stellen van een crisisbed anders te financieren? De huidige vergoeding van een opslag per geleverde dag is niet kostendekkend. Als een bed leeg blijft ontvangen we immers niets terwijl we wel capaciteit beschikbaar houden.	Crisisbedden worden in ons inkoopbeleid niet genoemd. Individuele vragen van aanbieders over individuele afspraken horen niet in de Nvi. Bespreekt u dit verder met uw zorginkoper.
772	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	Op basis van de herschikking 2023 (jan-juli 2023) wordt een jaarprognose voor 2024 gemaakt. Hiervan wordt slechts 98% doorgerekend. Waarom maar 98% en risico bij zorgaanbieders neerleggen. Gezien de wachtlijsten lijkt ons dit systeem achterhaald. In hoeverre wordt er dan rekening gehouden met de extra dag in 2024. En in hoeverre wordt extra capaciteit meegenomen die pas na juli wordt geëffectueerd?	Wij willen gedurende het jaar goed kunnen inspelen op onvoorziene omstandigheden. Daarnaast willen we zorgaanbieders gedurende het inkoopjaar de mogelijkheid bieden om een bijdrage te leveren aan Zinnige Zorg en innovatie. Aan het begin van 2024 reserveren wij daarom 2% van onze totale contracteerruimte 2024. Historische gegevens laten zien dat dit voldoende is.
932	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	U zegt dat het budget persoonvolgend is. Betekent dit dat wanneer een client kiest haar zorg af te nemen in VPT geclusterde woonvorm, daar altijd budget voor wordt gegeven binnen de mogelijkheden van uw contracteerruimte? Ook indien er voldoende andere mogelijkheden in de regio zijn om VPT af te nemen bij andere zorgaanbieders?	Wij bekostigen cliëntvolgend conform ons beleid. Wij verwachten van zorgaanbieders dat het aanbod aansluit bij de behoefte in de regio.
1327	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Budget	In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord 2021 – 2025 is opgenomen dat per 2025 de vergoeding voor behandeling en geneesmiddelen (behalve de aanspraak op mondzorg) wordt overgeheveld van de Wlz naar de Zvw. Heeft dit voornemen van de coalitie tot aanpassingen geleid in het inkoopbeleid 2023? Licht uw antwoord toe.	Dit is geen vraag over ons inkoopbeleid 2024.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
191	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4. Welke overeenkomsten sluiten wij met zorgaanbieders?	Het Zorgkantoor verwacht dat alle aanbieders zich houden aan de afspraken die aanbieders onderling maken aan regiotafels en aan de regionale visie die is opgesteld. Voor de inhoud van deze afspraken vormen de principes van WOZO het uitgangspunt. De inzet van de medicijndispenser, de oogdruppelbril en hulpmiddelen voor steunkousen ziet het Zorgkantoor als een minimale basis om zelfredzaamheid in de regio te stimuleren. Het Zorgkantoor maakt regionale afspraken over de inzet van deze middelen. Wanneer worden de afspraken over de inzet van de hulpmiddelen in de regio gemaakt en hoe wordt het nakomen van deze afspraken bij individuele zorgaanbieders getoetst?	Samen met de aanbieders aan V&V regiotafels willen wij graag tot regionale afspraken komen. Gezamenlijk worden er afspraken gemaakt over de verdere monitoring.
79	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	Initieel wordt een volumegarantie afgegeven van 98%. Hierdoor wordt een risico van 2% gelopen over de gerealiseerde productie. Mocht ten tijde van de clickmomenten niet voldoende contracteerruimte beschikbaar zijn, mogen aanbieders dan een cliëntenstop instellen om te voorkomen dat het kader wordt overschreden?	Indien u een cliëntenstop overweegt, wordt u geacht voorafgaand in overleg te treden met uw zorginkoper.
94	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	uitgangspunt 2024 is 98% van de basisproductie 2023, heeft de organisatie een vast recht op de overige 2%, indien de productie boven de 98% komt?	Er is geen sprake van een vast recht.
576	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	Er bestaat de mogelijkheid om een meerjarenafpraak te maken? Wat zijn de voorwaarden? En de voor- en nadelen? Denkende aan tarief, tariefherijking en verantwoording.	De doelstelling en effecten dienen meerjarig te zijn. Indien u hierover meer wilt weten adviseren we u hierover in gesprek te gaan met uw zorginkoper.
887	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	Vanuit de overeenkomst volgt een doorleverplicht. Echter betekend een doorleverplicht het leveren van 'gratis' zorg wanneer het macro budgetair kader overschreden wordt. Vindt u het realistisch en proportioneel van aanbieders te verwachten dat zij zorg leveren waar geen vergoeding tegenover staat met alle financiële risico's vanden?	Bij het overschrijden van de contracteerruimte bestaat altijd het risico dat overproductie niet vergoed wordt. Dit is geen gewijzigd beleid.
933	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	U hanteert dat op basis van de beschikking 2023 (met daarin verwerkt de declaratiemaanden januari tot en met juli 2023) wordt een jaarprognose voor 2024 gemaakt. Daarnaast is gedurende het jaar 2024 het clicksysteem van toepassing, op basis van goedgekeurde AW 319. Hoe gaat u om met zorgaanbieders die in tweede helft van jaar grote productiestijging heeft op Wlz VPT omdat ze dan een nieuw geclusterde woonvoorziening openen. is er een mogelijkheid dat deze overproductie wel gefinancierd wordt?	Net als in voorgaande jaren, wordt het budget in 2024 persoonsvolgend en per zorgaanbieder bepaald. Per zorgaanbieder wordt op basis van de prognose een budget beschikbaar gesteld. Zoals u aangeeft is gedurende het jaar op dit budget de click-systematiek van toepassing. Om de contracteerruimte optimaal te gebruiken, maken we definitieve productieafspraken met u tijdens de beschikking in het najaar. Wij vragen u om de verwachte productiestijging mee te nemen in uw inkoopgesprek. In hoofdstuk 4.4.2 en 4.4.3 kunt u uitgebreider teruglezen hoe wij omgaan met overproductie.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
2012	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	U schrijft: "Voor 2024 dienen we maximaal 98% van de basisproductie maal het afgesproken tarief in als budget bij de NZa. De af te spreken basisproductie van alle zorgaanbieders gezamenlijk mag niet hoger zijn dan 98% van de beschikbare contracteerruimte van VGZ voor 2024. Bent u gedurende het jaar 2023 gestart met het leveren van zorg in één van de regio's van het VGZ Zorgkantoor? Dan wordt als basisproductie een inschatting gemaakt van het aantal klanten in zorg per januari 2024." Kunt u nader toelichten waarom deze limiet is gekozen, welk doel het dient en wat voor consequenties dit heeft voor de Zorgaanbieders?	Wij willen gedurende het jaar goed kunnen inspelen op onvoorziene omstandigheden. Daarnaast willen we zorgaanbieders gedurende het inkoopjaar de mogelijkheid bieden om een bijdrage te leveren aan Zinnige Zorg en innovatie. Aan het begin van 2024 reserveren wij daarom 2% van onze totale contracteerruimte 2024. Historische gegevens laten zien dat dit voldoende is.
721	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	Er wordt aangegeven dat: De af te spreken basisproductie van alle zorgaanbieders gezamenlijk mag niet hoger zijn dan 98% van de beschikbare contracteerruimte van VGZ voor 2024. In hoofdstuk 4.4. wordt aangegeven dat de definitieve contracteerruimte nog niet bekend is. Waarom wordt de 98% 1 op 1 overgenomen terwijl de definitieve contracteerruimte onbekend is?	Wij willen gedurende het jaar goed kunnen inspelen op onvoorziene omstandigheden. Daarnaast willen we zorgaanbieders gedurende het inkoopjaar de mogelijkheid bieden om een bijdrage te leveren aan Zinnige Zorg en innovatie. Aan het begin van 2024 reserveren wij daarom 2% van onze totale contracteerruimte 2024. Historische gegevens laten zien dat dit voldoende is.
722	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	U geeft aan: basisproductie van alle zorgaanbieders gezamenlijk mag niet hoger zijn dan 98% van de beschikbare contracteerruimte van VGZ. Van wie mag dit niet?	Wij willen gedurende het jaar goed kunnen inspelen op onvoorziene omstandigheden. Daarnaast willen we zorgaanbieders gedurende het inkoopjaar de mogelijkheid bieden om een bijdrage te leveren aan Zinnige Zorg en innovatie. Aan het begin van 2024 reserveren wij daarom 2% van onze totale contracteerruimte van het jaar 2024. Historische gegevens laten zien dat dit voldoende is.
1164	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.1 Bestaande gecontracteerde Wlz-aanbieder	U geeft aan ' voor 2024 dienen we maximaal 98% van de basisproductie maal het afgesproken tarief in als budget bij de NZa'. In uw voorwoord geeft u aan dat 'door de vergrijzing groeit de zorgvraag en ook worden zorg- en gezondheidsvragen complexer' U constateert op beide vlakken (volume en complexiteit) een toename, maar kiest er toch voor om niet 100% van de basisproductie als uitgangspunt te nemen. Bent u bereid het percentage basisproductie aan te passen naar 100%? Zo nee, wilt u uitleggen waarom u 98% passend vindt in het licht van de toenemende zorg- en gezondheidsvragen?	In beginsel starten we met een afspraak van 98% volume onder voorbehoud van de jaarprognose 2024 (op basis van de cijfers tot en met juli 2023). In het clickmoment van juni 2024 passen we de afspraak verder aan. In de herschikking 2024 wordt dit wederom besproken.
2002	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.3 Hoe komen we tot afspraken over het volume?	Is het mogelijk rekening te houden met een uitbreiding van volume? Zo, nee wat is de reden. Zo ja, welke procedure is van toepassing?	In hoofdstuk 4 van het inkoopbeleid beschrijven we hoe we budget (en volume) afspraken met u maken.
52	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	Kunt u bevestigen dat het richttariefpercentage niet naar beneden wordt bijgesteld?	Het richttarief is het uitgangspunt van het inkoopgesprek, tenzij u eerdere jaren een lager tariefpercentage ontvangen heeft. In dat laatste geval is dit lagere percentage het uitgangspunt.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
62	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	De voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag heeft geoordeeld (ECLI:NL:RBDHA:2020:9527) dat zorgkantoren ten volle zijn gebonden aan de aanbestedingsbeginselen, met name de beginselen van gelijkheid, transparantie en proportionaliteit. Wij menen dat het inkoopbeleid niet transparant is doordat de NZa tarieven op dit moment nog niet bekend zijn. Het tarief waarvoor wij de zorg moeten verlenen is een van de essentialia van de overeenkomst. Wij verzoeken u de inkoopprocedure aan te passen zodat wij nadat de NZa tarieven gepubliceerd zijn, nog voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen en het maken van bezwaar. Indien u daartoe niet bereid bent, hoe meent u met deze inkoopprocedure aan het transparantiebeginsel te voldoen?	Het richttariefpercentage stellen wij vast op het niveau waarbij 75% van de aanbieders een neutraal of positief resultaat kan halen. Middels het uitgangspunt van 75% geven we met ons model invulling aan het uitgaan van de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende zorgaanbieder en dat er geen tarieven vergoed worden die voor elke zorgaanbieder kostendekkend zijn. Dit uitgangspunt heeft in jurisprudentie stand gehouden. Doordat het richttariefpercentage wordt afgezet tegen de NZa maximumtarieven die jaarlijks voor kostenontwikkelingen worden geïndexeerd, wordt rekening gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid. Het richttariefpercentage maakt onderdeel uit van een driedelige tariefsystematiek. Middels zorgkantoor-specifiek beleid voor regionale aanpassingen en de hardheidclausule wordt rekening gehouden met kostenverschillen volgend uit eventuele organisatie-specifieke, regionale of anderszins goed onderbouwde verschillen. Met deze systematiek verwachten zorgkantoren tot tariefafspraken te komen waarmee de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg wordt geborgd.
237	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	Aan de ene kant maakt u afspraken rondom doelstellingen over het helpen van meer cliënten om toeslagen te verdienen op het tarief (groei mpt) aan de andere kant legt u het risico van het halen van die afspraken compleet neer bij ons, de zorgaanbieder. Immers bij onvoldoende ruimte wordt overproductie niet vergoed door het zorgkantoor. Hoe rijmt u dit met het "samen" oplossen van de uitdagingen en een goede bedrijfsvoering van de zorgaanbieder?	Een opslag op het tarief staat los van volumegroei of overproductie. Bij het overschrijden van de contracteerruimte bestaat altijd het risico dat overproductie niet vergoed wordt. Dit is geen gewijzigd beleid.
891	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	Indien er sprake zal zijn van overschrijding van de contracteerruimte verdeelt het zorgkantoor de beschikbare financiële ruimte naar rato over de zorgaanbieders. Hoe kijkt het zorgkantoor aan tegen het financiële risico voor zorgaanbieders in het licht van een resultaat van <1% voor ons als aanbieder? Wat is het afwegingskader dat u hanteert voor het bepalen of overproductie wel of niet vergoed wordt?	Indien er sprake is van overschrijding van de contracteerruimte handelen we conform de vigerende regelgeving.
979	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	4.4.4 U legt uit dat u aan het begin van 2024 2% van de totale contracteerruimte reserveert voor o.a. onvoorziene volumegroei. Kunt u uitleggen wat u bedoelt met onvoorzien in deze reservering? Immers alle demografische cijfers wijzen op volumegroei van de zorgvraag zoals u zelf ook constateert in de eerste paragraaf op pag 3 'door de vergrijzing groeit de zorgvraag en ook worden zorg- en gezondheidsvragen complexer'. Volumegroei van zorgvraag is dus voorzien.	Zorgkantoren hebben een zorgplicht. We hebben de afgelopen jaren gezien dat de wereld om ons heen een stuk onvoorspelbaarder wordt. Hierdoor kunnen we nieuwe zorgplichtissues die we nu nog niet kennen niet uitsluiten. Voorziene knelpunten in de zorgplicht bespreken de zorgaanbieder en zorginkoper gezamenlijk.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
258	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	U schrijft: " Deze prognose delen wij met u en wij vragen u om deze te vergelijken met uw eigen prognose. • Ziet u hierin afwijkingen, dan maakt u deze kenbaar en bespreken wij deze met u. Als wij met deze afwijkingen in de prognose akkoord zijn, dan wordt deze prognose meegenomen in het clickmoment." Wat zijn de afwegingen wanneer op een afwijkende prognose wel of niet akkoord wordt gegeven, kunt u hier een toelichting op geven?	Wij beoordelen of uw prognose plausibel is.
259	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	U schrijft: "4.4.3 Geprognostiseerde overschrijding contracteerruimte op basis van extrapolatie. Als de totale beschikbare contracteerruimte van het VGZ Zorgkantoor op basis van de extrapolatie is overschreden, geldt tijdens het clickmoment: • Zorgaanbieder met onderproductie: De budgetafpraak wordt naar beneden bijgesteld." Wanneer een aanbieder kan aantonen dat redelijkerwijs verwacht kan worden dat in de periode vanaf het clickmoment tot het einde van het jaar de productie harder zal stijgen dan de verwachting o.b.v. extrapolatie, is het zorgkantoor dan bereid om in de (eventuele) bijstelling van het budget rekening te houden met voorgenoemde verwachting van de zorgaanbieder? Zo nee, waarom niet?	Het VGZ zorgkantoor heeft haar beleid niet gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. De plausibiliteit van uw prognose wordt hierin meegenomen.
1154	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	VGZ hanteert met ingang van 2024 nog maar 1 clickmoment, terwijl er voorheen meerdere clickmomenten waren. Wat is de reden hiervan? Welke impact heeft dit voor de aanbieder?	Dit is reeds in het jaar 2023 van toepassing. De reden is dat het tweede clickmoment voorheen te dicht bij de herschikking werd uitgevraagd. Deze had onvoldoende meerwaarde.
1165	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	U geeft aan dat voor 2024 de contracteerruimte en het NZa maximumtarief nog niet bekend is. Bent u het met ons eens dat door het ontbreken hiervan wij derhalve als zorgaanbieder op dit moment niet na kunnen gaan of een richt tariefpercentage (95,5% of anders) een reeël kostendekkend tarief betreft? Wij behouden ons dan ook het recht voor om in bezwaar te gaan indien tarieven en onderbouwing voor ons onvoldoende zijn.	De NZa is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de kostendekkende tarieven. Kostenontwikkelingen worden middels indexatie verwerkt. Dit is het vertrekpunt van de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben de wettelijke taak zorg doelmatig in te kopen. Het macrokader waarin de komende jaren van overheidswege kortingen worden doorgevoerd, wordt hierbij gevolgd. In het geval de kortingen tot structurele problemen leiden in de uitvoering dan gaan wij hierover in gesprek met VWS.
1167	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	In hoeverre wordt er bij het clickmoment rekening gehouden met bijvoorbeeld een seizoenspatroon in de productie of eventuele plannen die leiden tot hogere of lagere productie?	Wij vragen u om een prognose. U kunt dit zelf toelichten tijdens het gesprek met de zorginkoper.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1324	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	In het kader van Transparantie contracteerproces Wlz, kan het Zorgkantoor aangeven welk deel van de regionale contracteerruimte is gevuld met afspraken met zorgaanbieders? Kunt u dit openbaar maken?	Vanaf de maand mei 2024 publiceren we maandelijks de benutting en prognose van de regionale contracteerruimte 2024 op onze website. De contracteerruimte wordt voor alle VGZ zorgkantoorregio's gezamenlijk weergegeven.
1952	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	4.4 Voorbehoud voor alle te maken afspraken met zowel bestaande als nieuwe aanbieders	In de budgettering is geen rekening gehouden met capaciteitsuitbreidingen (geclusterde woonvormen voor VPT) en de effecten daarvan op het volgende jaar. Zijn hier aparte en/of aanvullende budget afspraken op mogelijk?	Net als in voorgaande jaren, wordt het budget in 2024 persoonsvolgend en per zorgaanbieder bepaald. Per zorgaanbieder wordt op basis van de prognose een budget beschikbaar gesteld. Meer informatie over het budget kunt u vinden in hoofdstuk 4 van het inkoopbeleid. Daarnaast reserveren we aan het begin van 2024 2% van onze totale contracteerruimte 2024. Deze reservering zetten we onder andere, maar niet uitsluitend, in voor onvoorziene volumegroei.
287	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	Er staat "Als u niets aangeeft bij uw Vecozo-inschrijving, gaan wij er vanuit dat u de zorg kunt leveren voor het richttariefpercentage dat voor u geldt." Kunt u dit nader toelichten?	Het richttariefpercentage is gebaseerd op een landelijke analyse. In principe kan de aanbieder hiervoor de zorg leveren. Als de aanbieder niet aangeeft in aanmerking te willen komen voor transformatieopslag, blijft het richttarief, dan wel het historisch laag tarief als basis over.
305	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	Hier geeft u bij de derde bullet aan dat het mogelijk is iets in te geven bij het invullen van Vecozo en dat u er anders van uitgaat dat de zorgaanbieder de zorg kan leveren voor het richttariefpercentage of een historisch laag tarief. Waar gaat dit precies over? Wat kan hier dan worden ingevuld en wat is de waarde daarvan wanneer de vraagtermijn en de bezwaartermijn zijn verstreken?	Met een aantal aanbieders hebben wij in voorgaande jaren een lager tariefpercentage afgesproken dan het geldende richttarief omdat dit voor hen een reëel tarief was. Voor deze aanbieders hanteren we het 'historisch laag tarief' als basis. Voor de overige aanbieders geldt het richttarief.
564	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	Klopt het dat – gelet op het gebruik van taal als 'uitzonderlijke gevallen', 'specifieke' situaties en 'onvoorziene' gevolgen – zorgaanbieders bij hun eventuele inschrijving c.q. offerte-indiening als uitgangspunt moeten hanteren dat een succesvol beroep op de hardheidsclausule een ultimatum remedium is voor een zorgaanbieder?	Als er sprake is van een specifieke situatie voor een individuele aanbieder door toepassing van de tariefsystematiek (landelijk richttariefpercentage en regionale aanpassingsmogelijkheden) waarbij een onvoorzien en onredelijk benadelend effect optreedt dan kunt een beroep doen op de hardheidsclausule.
684	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	T.a.v. resultaatsafspraken: hoe wordt bepaald of de vastgelegde resultaten 'niet of onvoldoende' worden (zijn) behaald? Is dit een eenzijdig oordeel van het zorgkantoor? Vindt hier (bijvoorbeeld) hoor en wederhoor plaats? Is de rechtsbescherming van de zorgaanbieder voldoende gewaarborgd?	Partijen leggen de afspraken gezamenlijk vast in de overeenkomst, alsmede de resultaten die dienen te worden behaald.
980	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	Dan vragen wij u in Vecozo aan te geven op welke onderwerpen u extra inspanning gaat leveren'. Betreffen dit in Vecozo voorgedefinieerde thema's? Zo ja welke? Of zijn deze thema's door zorgaanbieders vrij invulbaar?	Dit heeft betrekking op de opslagen van de GP's, regionaal commitment en groei van MPT.
1063	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	5. Voorbereiding inkoopgesprek	In de beschrijving van het inkoopgesprek (na inschrijven via Vecozo) wordt aangegeven dat je in Vecozo moet aangeven dat je in aanmerking wilt komen voor transformatieopslagen. Niet dat de plannen dan al in detail moeten worden toegevoegd. Kunt u bevestigen dat het transformatieplan NIET hoeft te worden geupload bij de inschrijving?	Het zorgkantoor vraagt voor de transformatieopslag geen plannen meer op. Wij maken met u concrete resultaatsafspraken.

Volnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
775	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	6. Stellen van vragen (format)	Op bladzijde 28 staat dat we alleen bezwaar kunnen indienen als we daarover een vraag hebben gesteld. Bent u het met ons eens dat dat leidt tot een nieuw administratief proces van bedenken van vragen om onze rechten op bezwaar niet te verspelen? Zo ja bent u bereid deze werkwijze aan te passen? Zo nee waarom niet.	De inkoopdocumenten die wij hebben gepubliceerd, zijn met de grootst mogelijke zorgvuldigheid door VGZ Zorgkantoor samengesteld. Desondanks kunnen er onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten voorkomen. We verwachten een proactieve houding van u. Dit houdt in dat zorgaanbieders, ieder voor zich, eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan ons melden door middel van het stellen van vragen ten behoeve van de Nota van inlichtingen. Indien u na publicatie van de Nota van inlichtingen nog bezwaren heeft dient u uw eventuele bezwaren zelfstandig naar voren te brengen. Geïnteresseerden kunnen zich daarom niet (achteraf) beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht. Wij zijn niet voornemens deze werkwijze aan te passen.
15	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	6. Stellen van vragen (format)	Wij hebben serieuze bezwaren tegen het inkoopbeleid, en sluiten niet uit dat wij naar aanleiding van de Nota van Inlichtingen moeten besluiten een kort geding procedure aanhangig te maken. Er zal geen vonnis zijn voordat de inschrijvingen worden ingediend. Wij zullen dan een inschrijving onder protest indienen. Is dat ook hoe u het voor zich ziet? Zo nee, hoe wilt u dat wij met een dergelijke situatie omgaan?	Wij streven ernaar om eventuele bezwaren van u tegen het inkoopkader weg te nemen. Mocht er toch een kort geding procedure volgen dan is een vonnis niet voor de inschrijvingsdatum te verwachten. Wij hebben er begrip voor dat er dan ten aanzien van aspecten van ons inkoopkader een inschrijving onder protest zal volgen, waarover u tijdig vragen heeft gesteld en bezwaar kan maken die het onderwerp zijn van die juridische procedure. Het eventueel aanspannen van een kort geding heeft geen schorsende werking.
1424	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	6. Stellen van vragen (format)	(Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par 6.) Publicatie datum is 1 juni. Tot 15 juni 12:00 kunnen vragen gesteld worden. Waarom hebben jullie ervoor gekozen het inkoopbeleid op dinsdag 13 juni om 13 uur toe te lichten? De toelichting kan voor extra vragen of juist verduidelijking zorgen. Dit noodzaakt aanbieders op het laatste moment haar vragen te stellen. Het verzoek is in de toekomst de zorgaanbieder meer tijd te gunnen en de toelichting eerder te laten plaatsvinden. Kan dat? Zo nee, waarom niet?	Dit is geen vraag over het inkoopbeleid. Wij zullen in de toekomst proberen hiermee rekening te houden.
614	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	6. Stellen van vragen (format)	Wij hebben een groot aantal vragen bij het zorginkoopbeleid. Verwacht kan worden dat naar aanleiding van uw antwoorden dan wel de publicatie van de NZa tarieven weer nieuwe vragen ontstaan. Wij verzoeken u te voorzien in een tweede inlichtingenronde. Bent u daartoe bereid? Zo niet, kunt u toelichten waarom niet?	Wij streven ernaar om eventuele bezwaren van u tegen het inkoopkader weg te nemen. Zie hoofdstuk 8 van ons inkoopbeleid voor de mogelijkheid van bezwaar en kort geding.
254	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	6. Stellen van vragen (format)	Bijlage 6 Voorschrift zorgtoewijzing ontbeekt bij uw publicatie. Op welke wijze wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld om vragen over de dit Voorschrift te stellen nu dit niet kan dmv de Nota van Inlichting en op welke wijze kan zij eventueel inhoudelijk bezwaar tegen dit voorschrift aantekenen?	Naar aanleiding van de publicatie van het Voorschrift zorgtoewijzing komt er geen gelegenheid om vragen te stellen in het kader van een Nota van Inlichtingen dan wel om bezwaar tegen het Voorschrift aan te tekenen.
1169	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	7. Publicatie Nota van Inlichtingen	Wij dienen 28 juli 2023 onze inschrijving in te dienen . Als we dat doen, dan stemmen we in met het perspectief voor de komende drie jaar. Het kan zijn dat wij op 28 juli 2023 een kort geding hebben aangespannen tegen dit inkoopbeleid (vervaltermijn 20 juli 2023). Kunt u ons vertellen hoe wij moeten handelen als wij een kort geding hebben lopen tegen het inkoopbeleid dat niet is afgerond op 28 juli 2023.	Een eventueel aangespannen kort geding heeft geen schorsende werking. U dient derhalve in te schrijven conform het bepaalde inkoopbeleid.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
53	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	8.1 Tegenstrijdigheden of onvolkomenheden	De nota van inlichtingen dient er juist toe om kennis te nemen van bezwaren van anderen. Ook n.a.v. bezwaren van anderen kunnen aanpassingen gedaan worden. De rechtsverwerkingsclausule is niet billijk en onredelijk op dit moment. Tevens is deze in strijd met het proportionaliteitsbeginsel. Gewezen wordt op de Gids Proportionaliteit (versie januari 2022, p. 68: "Het is disproportioneel het niet stellen van een vraag automatisch te laten leiden tot het verval van recht om het onderwerp alsnog aan de orde te stellen"). Het verzoek is om de bepaling te schrappen althans zo te verruimen dat ook bezwaar gemaakt kan worden tegen onderdelen waar door andere aanbidders vragen over gesteld zijn.	De inkoopdocumenten die wij hebben gepubliceerd, zijn met de grootst mogelijke zorgvuldigheid door VGZ Zorgkantoor samengesteld. Desondanks kunnen er onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten voorkomen. We verwachten een proactieve houding van u. Dit houdt in dat zorgaanbidders, ieder voor zich, eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan ons meldt maar uiterlijk 15 juni 12:00 uur, te weten via de mogelijkheid tot het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. We wijzen er in dit kader uitdrukkelijk op dat u uw eventuele bezwaren zelfstandig naar voren dient te brengen. Geïnteresseerden kunnen zich daarom niet (achteraf) beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht.
54	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	8.1 Tegenstrijdigheden of onvolkomenheden	Zoals het nu staat beschreven lijkt net of de geldigheid van een kort geding afhangt van de vraag of er van te voren bezwaar is gemaakt. Zowel binnen de periode van 20 dagen moeten inschrijvers bezwaar maken en een kort geding aanhangig maken. Dit jaagt partijen onnodig op kosten. Het verzoek is daarom om partijen te verplichten om binnen een bepaalde periode hun bezwaren kenbaar te maken en binnen een bepaalde periode na de reactie op het bezwaar een KG te entameren. Zo wordt voorkomen dat op voorhand al proceskosten gemaakt moeten worden om de rechten veilig te stellen.	Het zorgkantoor zal deze passage niet aanpassen.
138	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	8.1 Tegenstrijdigheden of onvolkomenheden	Het richttarief percentage is voor 3 jaar vastgesteld. Met stijgende kosten en oplopende kortingen zijn het bijzondere tijden. Betekent dat er volgende jaren geen bezwaren of iets dergelijk mogelijk zijn, als blijkt dat de context is veranderd waardoor de uitgangspunten van het richttarief zijn veranderd, namelijk niet meer een x % kostendeckend?	Zorgkantoren hebben de richttariefpercentages in principe voor de duur van het inkoopbeleid vastgesteld. In de optiek van zorgkantoren biedt dit uitgangspunt juist meer zekerheid aan zorgaanbidders. Jaarlijks wordt op basis van meest recente beschikbare gegevens beoordeeld of het richttariefpercentage nog voldoende voldoen aan de onderliggende uitgangspunten.
478	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	8.1 Tegenstrijdigheden of onvolkomenheden	2. (Regionaal VGZ Inkoopbeleid GZ 2024, par. 10) Zorgkantoren hanteren een tijdpad voor het Contracteerproces 2024. De termijn van 15 dagen om vragen te stellen en/of bezwaar te maken over het inkoopbeleid ten behoeve van onder andere de Nota van Inlichtingen is zeer kort. Op basis waarvan is besloten deze termijn te verkorten?	Als VGZ Zorgkantoor hanteren wij een termijn van 15 dagen waarin een aanbieder vragen mag stellen over ons gepubliceerde inkoopbeleid. Na de publicatie van de Nota van Inlichtingen op 7 juli 2023 hebben aanbidders nog 20 kalenderdagen de tijd op bezwaar in te dienen en een kort geding aanhangig te maken.
256	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	8.1 Tegenstrijdigheden of onvolkomenheden	Het door u aangeboden format voor de Nota van Inlichtingen biedt helaas niet de mogelijkheid om over het ontbreken van bijlage 8 vragen te stellen, kunt u dit aanpassen?	In het inkoopbeleid is geen bijlage 8 opgenomen.
175	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	8.2 Bezwaren over de gunning	Op pagina 31 staat: 'Kunt u zich als zorgaanbieder niet vinden in de beslissing met betrekking tot de toekenning van de transitie-middelen? Dan dient u als zorgaanbieder binnen 20 kalenderdagen na de dag waarop de beslissing bekend is gemaakt, een bezwaarschrift in te dienen en een kort gedingprocedure aanhangig te maken bij de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag.' Kunt u nader specificeren wat u bedoelt met de dag waarop de beslissing bekend is gemaakt? Door wie bekend gemaakt aan wie? Hoe loopt dit proces?	Met de dag waarop de beslissing is gemaakt bedoelen wij de dag waarop u per e-mail terugkoppeling ontvangt van uw zorginkoper betreffende uw aanvraag omtrent transitie-middelen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
544	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	8.2 Bezwaren over de gunning	Kunt u aangeven waarom er alleen bezwaar gemaakt kan worden over het onderwerp waarover binnen de daarvoor geldende termijn een vraag is gesteld. Kunt u uw reactie nader toelichten?	De inkoopdocumenten die wij hebben gepubliceerd, zijn met de grootst mogelijke zorgvuldigheid door VGZ Zorgkantoor samengesteld. Desondanks kunnen er onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten voorkomen. We verwachten een proactieve houding van u. Dit houdt in dat zorgaanbieders, ieder voor zich, eventuele onduidelijkheden, onvolkomenheden en/of onrechtmatigheden in de inkoopdocumenten zo spoedig mogelijk aan ons meldt maar uiterlijk 15 juni 12:00 uur, te weten via de mogelijkheid tot het stellen van vragen voor de Nota van Inlichtingen. We wijzen er in dit kader uitdrukkelijk op dat u uw eventuele bezwaren zelfstandig naar voren dient te brengen. Geïnteresseerden kunnen zich daarom niet (achteraf) beroepen op bezwaren die door (een) andere (potentiële) zorgaanbieder(s) naar voren zijn gebracht.
1062	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	8.2 Bezwaren over de gunning	Zorgkantoren hebben na inschrijving de bevoegdheid maar niet de verplichting om een toelichting te vragen op de inschrijving voor een beoordeling van de inschrijving. Is dit alleen van toepassing op nieuwe aanbieders of ziet dit ook toe op de inhoud van de transformatieplannen? Wanneer dit laatste het geval is (transformatieplannen zonder toelichting kunnen afwijzen) vragen we u met klem de tekst te wijzigen. Immers in vorige vragen in deze NVI en voorgaande jaren blijkt dat de informatie die een zorgaanbieder bij inschrijving heeft nog met de zorginkoper moet worden finegetuned. Kunt u aangeven dat deze passage niet geldt voor afwijzen of accepteren van transformatieplannen?	Deze passage geldt niet voor het afwijzen of accepteren van transformatieplannen. Met ingang van het jaar 2024 zullen wij vooraf geen plannen meer beoordelen en zetten we in op het maken van resultaatsafspraken.
1490	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	8.2 Bezwaren over de gunning	Zorgkantoren hanteren verschillende vervaltermijnen voor het indienen van bezwaar bij het zorgkantoor en het aanhangig maken van een kort geding . Dit maakt het onnodig complex voor zorgaanbieders die zorg leveren in zorgkantoorregio's van verschillende Wlz-uitvoerders. Wij verzoeken u deze vervaltermijnen voor alle zorgkantoren te uniformeren zodat zorgaanbieders duidelijkheid hebben en het proces niet onnodig ingewikkeld wordt gemaakt. Bent u daartoe bereid? Zo nee, waarom niet?	Evenals voorgaande jaren volgen de zorgkantoren hierin hun eigen procedures en hanteren zij hun eigen termijnen. Vooralsnog zal dat zo blijven.
530	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	9.1 Digitale gegevensuitwisseling	Hoe ziet het zorgkantoor herbruikbaarheid van gegevens voor primair en secundair gebruik? Mede in relatie tot het beroepsgeheim en AVG.	Om gebruik te maken van cliëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en voor primair en secundair gebruik herbruikbaar zijn voor andere zorgverleners in het netwerk van de cliënt en de cliënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving. Hierbij dient te zijn voldaan aan de richtlijnen zoals de AVG dit voorschrijft.
531	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	9.1 Digitale gegevensuitwisseling	Wat wil het zorgkantoor zeggen/ duidelijk maken met de opsomming van landelijke programma's?	In de visie schetsen we de ambitie met betrekking tot digitale gegevensuitwisseling. Dit heeft geen verplichtend karakter. Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen van de genoemde landelijke programma's. Vooralsnog zijn er voor zover ons bekend nog geen verplichtingen, maar die gaan mogelijk wel komen. Wij adviseren u om via uw brancheorganisatie deze ontwikkelingen te volgen.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
532	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	9.1 Digitale gegevensuitwisseling	Wat verwacht het zorgkantoor van de zorgaanbieder t.a.v. de landelijke programma's?	In de visie schetsen we de ambitie met betrekking tot digitale gegevensuitwisseling. Dit heeft geen verplichtend karakter. Zorgkantoren volgen de ontwikkelingen van de genoemde landelijke programma's. Vooralsnog zijn er voor zover ons bekend nog geen verplichtingen, maar die gaan mogelijk wel komen. Wij adviseren u om via uw brancheorganisatie deze ontwikkelingen te volgen.
1978	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	10. Tijdsplan	Op pagina 34 en 35 geeft u het tijdsplan weer. Gedurende het jaar hanteert het zorgkantoor een aantal uitvragen (denk aan prognoses etc.). Is het mogelijk om deze toe te voegen aan het tijdsplan? Zo weten aanbieders gedurende het jaar beter wat er van hen wordt verwacht en kan hierop worden ingespeeld. En wat betreft deze uitvragen vragen we ook aandacht voor de administratieve last. Vaak worden gegevens opgevraagd die al bij het zorgkantoor bekend zijn of eerder al zijn uitgevraagd.	Helaas is het niet mogelijk om deze aanvragen nu al toe te voegen, omdat deze nu nog niet bekend zijn. Veelal zijn dit uitvragen n.a.v. Kamervragen. Wel werken we mee aan het landelijke project KIK-V, wat tot doel heeft om alle gegevens beschikbaar te stellen bij de bron en dubbele/onnodige uitvragen te voorkomen.
1984	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2025	10. Tijdsplan	Op pagina 34 geeft u het tijdsplan weer. Gedurende het jaar hanteert het zorgkantoor een aantal uitvragen zoals het clickmoment. Kunt u deze toevoegen aan het tijdsplan? Zo weten zorgaanbieders gedurende het jaar beter wat er van hen wordt verwacht en kan hierop worden ingespeeld.	Het clickmoment staat in het tijdsplan. Helaas is het niet mogelijk om andere uitvragen nu al toe te voegen, omdat deze nu nog niet bekend zijn. Veelal zijn dit uitvragen n.a.v. Kamervragen. Wel werken we mee aan het landelijke project KIK-V, wat tot doel heeft om alle gegevens beschikbaar te stellen bij de bron en dubbele/onnodige uitvragen te voorkomen.
1994	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GGZ_2024	10. Tijdsplan	U geeft in uw inkoopdocument dat een aantal protocollen en verklaringen nog definitief worden na de NVI. Dat begrijpen we. Wanneer we bezwaar willen maken tegen documenten en/of maatregelen zijn we echter gebonden aan de termijn van 20 juli en moeten we daarover in de NVI vragen hebben gesteld. Kunt u bevestigen dat we, ook wanneer we in de NVI vragen hebben gesteld over documenten en/of maatregelen die op dat moment nog niet bekend waren, bezwaar kunnen maken, ook na de termijn van 20 juli.	Door deelname aan de inkoopprocedure (zoals het stellen van vragen) verklaren zorgaanbieders zich onvoorwaardelijk akkoord met de in dit inkoopbeleid – waaronder de Nota van Inlichtingen – beschreven inkoopprocedure, waaronder de termijnen, de wijze waarop vragen moeten worden gesteld, bezwaar moet worden gemaakt en een eventuele juridische procedure aanhangig moet worden gemaakt, etc.). De gang naar de rechter staat open in geval van bezwaren die VGZ niet weg kan nemen en die een zorgaanbieder op rechtmatigheid wil laten toetsen. Zorgaanbieders verklaren zich voor dat geval echter akkoord met het verval van de mogelijkheid om buiten de termijn van 20 kalenderdagen na de publicatie van de Nota van Inlichtingen bezwaar te maken en een kort geding aanhangig te maken op de wijze zoals beschreven in het inkoopbeleid.
2003	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_GZ_2024	10. Tijdsplan	Wanneer is de start van inschrijving? Deze staat niet in het tijdsplan	Start van de inschrijving is op 7 juli 2023 en terug te vinden op onze website: https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2024/inschrijven-via-Veozo
2004	Regionaal_VGZ_Inkoopbeleid_VV_2024	10. Tijdsplan	Er zit een periode van 15 dagen tussen de publicatie van het inkoopbeleid en de indiendatum voor vragen tbv Nota van inlichtingen. Vervolgens een termijn van 21 dagen voor het indienen van bezwaar. Beide intervallen zijn onverantwoord kort en doen afbreuk aan de zorgvuldigheid die het contracteringsproces zou moeten kenmerken. Bent u bereid coulance te betrachten voor kleine zorgaanbieders die het zonder grote stafafdelingen moeten stellen? Ziet u mogelijkheden om de termijn te verlengen?	Naar aanleiding van het grote aantal vragen dat bij de NvI is ontvangen, is het gehanteerde tijdsplan iets opgeschoven. De inschrijfdatum is verplaatst naar 7 juli 2023. De vervolgdatum in het gekozen tijdsplan zullen in lijn met deze verschuiving verplaatsen. Wij informeren de betrokken aanbieders hier zo spoedig mogelijk over. Differentiatie tussen aanbieders in doorlooptijden, zou leiden tot ongelijke behandeling van aanbieders.
255	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.B: ZORGAANBIEDER GEBONDEN AFSPRAKEN	Kunt u aan de zin, "De zorgaanbiedergebonden afspraken kunnen volgen uit de dialoog tussen de zorginkoper en de zorgaanbieder. Deze afspraken maken onlosmakelijk onderdeel uit van deze overeenkomst.", toevoegen dat de gemaakte afspraken door beide partijen schriftelijk bekrachtigd moeten zijn?	Indien partijen nadere afspraken met elkaar maken, worden deze in de overeenkomst vastgelegd en door beide partijen ondertekend.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1998	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL I.B: ZORGAANBIEDER GEBONDEN AFSPRAKEN	In dialoog tussen de zorginkoper en de zorgaanbieder kunnen zorgaanbiedergebonden afspraken volgen. Kunt u aangeven wat het proces is om tot gezamenlijke overeenstemming te komen in de aanvullende afspraken?	Bij het maken van aanvullende afspraken wordt vastgelegd op welke wijze partijen de voortgang en resultaten monitoren en verantwoorden. Deze afspraken leggen we vast in het addendum bij de overeenkomst van 2024. Verantwoording vindt plaats op basis van de gemaakte afspraken.
1977	Bijlage_1_Overeenkomst_Wlz_2024_-_2026	DEEL II: REGIOGEBONDEN DEEL	artikel 1 lid 4 - Wat zijn de mogelijkheden als de door het Zorgkantoor gecontracteerde leverancier of dephouder het hulpmiddel niet beschikbaar heeft? Kan dan met toestemming van het Zorgkantoor toch bij een andere leverancier worden ingekocht? Hoe kijkt het zorgkantoor hier tegen aan?	In principe heeft een zorgaanbieder vrije keuze van leverancier (mits gecontracteerd door het zorgkantoor; bij twijfel check dit even vooraf).
2010	Bijlage_3A_Bestuurverklaring_2024	1. Algemeen	Hoe verhoudt zich het akkoord aan met de overeenkomst en bijlagen bij inschrijving in Vecozo, met de bezwaarmogelijkheid?	De bezwaarmogelijkheid en de spelregels die daarvoor gelden, staan beschreven in hoofdstuk 8 van het inkoopbeleid. Wij volstaan hier met een verwijzing naar dit hoofdstuk.
1964	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	Sluit VGZ middels deze voorwaarden zorgaanbieders zonder een officieel beveiligingsniveau definitief uit? Zo ja, wat is hier de reden van? Zo nee, is VGZ bereid het gesprek te voeren met zorgaanbieders die wel een veilige behandelsetting bieden en passende integrale behandeling op een verantwoorde wijze kunnen leveren, echter die geen officieel beveiligingsniveau hebben, met als doel hier afspraken over te maken?	Ja, wij sluiten zorgaanbieders die niet aan de gestelde voorwaarden voldoen uit. Eén van de voorwaarde voor het bieden van SGLVG zorg is het beschikken over een beveiligingsniveau 1, 2 en 3. Wij achten dit beveiligingsniveau nodig om de zorg voor mensen met een SGLVG indicatie te kunnen leveren.
1966	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	Eén van de voorwaarden is dat de Borg instellingen over onvoldoende aanbod moeten beschikken. Wat is de definitie van onvoldoende aanbod en wanneer spreekt VGZ van een frictie in het zorgaanbod SGLVG? Indien er sprake is van dat een zorgaanbieder die geen SGLVG indicatie mag verzilveren, die wel deze zorg en behandeling aan bepaalde cliënten biedt, die niet kunnen worden overgenomen door De Borg instellingen (door andere expertise, gebrek aan capaciteit bijv.), valt dit dan ook onder onvoldoende aanbod?	Wij monitoren dit op basis van het aantal afgegeven SGLVG indicaties, de doorlooptijd en het aantal ingekochte plekken in de regio.
1967	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	5.3 SGLVG en LVG-zorg	In geval van zorgaanbieders die SGLVG-zorg verblijf met behandeling bieden voor cliënten die momenteel niet kunnen doorstromen naar een De Borg instelling, die m.u.v. beveiligingsniveau aan alle voorwaarden voldoen, maar niet de betreffende indicatie mogen verzilveren; is VGZ bereid om deze aanbieders een vergelijkbaar tarief te betalen? Zo nee, waarom niet?	Wij hanteren onze tariefsystematiek zoals omschreven in hoofdstuk 2 van ons inkoopbeleid. Uw vraag heeft betrekking op uw specifieke situatie en de toets of u aan alle voorwaarden voldoet. Wij adviseren u om dit te bespreken met uw zorginkoper.
1976	Bijlage_4_Aanvullende_inkoopvoorwaarden	6. Transitie-middelen	De eis van elk jaar minimaal 1 bewezen arbeidsbesparende technologie extra implementeren, stimuleert niet tot zo snel mogelijk hiermee aan de slag gaan, maar leidt juist tot 'uitstelgedrag', om aan deze eis te kunnen voldoen en implementaties uit te smeren over de jaren. Is het niet effectiever om resultaten te eisen van die arbeidsbesparende technologieën- die zich extramuraal bewezen hebben - , zoals daling van de gemiddelde kosten/ personeelsinzet per cliënt? Dus liever sturen op doelen en prestatie-indicatoren ipv op inzet van bepaalde middelen? Anders wordt het middel een doel op zich.	Een eis ten aanzien van het minimaal implementeren van één bewezen technologie is niet in het inkoopbeleid opgenomen.
1972	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	1. Landelijk tariefmodel als gemeenschappelijke basis	Over welke tarieven kunnen specifiek in de regio afspraken gemaakt worden?	Het is voor ons niet duidelijk wat u bedoelt met regio afspraken ten aanzien van het tarief. De systematiek bestaat uit een individueel richttarief met opslagen, zoals opgenomen in het inkoopbeleid.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
2009	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	2. De onderbouwing van de richttariefpercentages per sector	<p>Als organisatie zijn we al langer met u in gesprek over de specifieke doelgroep die wij bedienen. Wij hebben regionaal, maar ook bovenregionaal een essentiële rol in het bieden van zorg aan deze groep deelnemers. Voorbeelden van de complexe problematiek zijn (ernstige) gezondheidsproblemen, verslavings-, psychiatrische- en gedragsproblematiek, geweldsincidenten en een stapeling van deze problemen, welke wij interfererende comorbiditeit noemen. Dat maakt dat wij bijna altijd, vanuit de deelnemer gezien, te maken hebben met een dubbele of zelfs een triple grondslag (VG, GGZ, V&V). De complexe zorgvraag is een gevolg van diverse factoren: multimorbiditeit, (poly)farmacie (door de combinatie van somatische en psychiatrische klachten), interactie tussen medicatie en middelengebruik, stapeling van problematieken (somatisch, psych(iatr)isch, sociaal maatschappelijk en vigerende verslaving), schuldenproblematiek, gedragsproblematiek ten gevolge van overmatig middelengebruik en een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarnaast maakt de psychiatrische- en verslavingsproblematiek het duiden van klachten en symptomen lastig. Verder hebben de deelnemers veel ondersteuning nodig met betrekking tot sociaal maatschappelijke problemen, zoals het regelen van mentoraat en bewindvoering, het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de omgang met schuldenproblematiek, mede ook door het meestal ontbreken van een ondersteunend netwerk. In het inkoopbeleid is voor deze specifieke hoog complexe groep met een laag volume geen erkenning. Wij bieden Wlz zorg aan deze complexe doelgroep waarbij sprake is van interfererende morbiditeit en triple problematiek. Er is veelal sprake van een zorgmijdende client met al dan niet een latente verslavingsachtergrond. Daarnaast is er sprake van een profiel vallend binnen de V&V, VG of GGZ of een combinatie van meerdere domeinen. Het is soms lastig om vanuit de bestaande kaders duidelijk te bepalen of er een specifieke opslag geldig is. Is het mogelijk om deze doelgroep te laten vallen onder LVHC? Zo niet, waarom niet? Hiermee zijn wij gespecialiseerd voor een kleine groep mensen waar hoog complexe zorg voor moet worden geleverd. Wat is de reden dat de locaties voor</p>	<p>Hoofddlijn in het beleid is dat een zorgorganisatie onder het inkoopbeleid valt van de sector waar het merendeel van de cliënten voor geïndiceerd is en waarvoor de zorgaanbieder zich inschrijft. We weten dat de doelgroep die u bedient zeer divers is en met complexe zorgvraagstukken kampt. Wij kunnen in de nota van inlichtingen niet ingaan op individuele situaties. Bespreek u dit verder met uw zorginkoper.</p>
1955	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	<p>Met het richttariefpercentage van 95,5 % in combinatie met de oplopende kortingen komt de basiszorg onder druk te staan, terwijl er veel geld is in andere potjes (waar ook andere dingen voor moeten worden gedaan). Wat gaat VGZ - in het kader van de zorgplicht - doen als de wachtlijsten voor de VVT verder gaan oplopen? Het regiobeeld Noordoost Brabant laat immers een toenemende grijze druk zien</p>	<p>Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg. Zoals ook in de visie gesteld wordt dit een steeds grotere uitdaging door toenemende schaarste in personeel en financiële middelen. Het makro kader dat door de overheid beschikbaar wordt gesteld voor de langdurige zorg blijft de komende jaren stijgen, rekening houdend met demografische ontwikkeling en stijgende kosten. Tegelijkertijd wordt van de overheid wel verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren de gemiddelde kosten per cliënt verlagen om de langdurige zorg wel betaalbaar te houden. Dit is een uitdaging waar we met elkaar voor staan. Zoals ook in de visie benoemd vragen wij hiervoor van de overheid een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen.</p>

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1968	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Onze Wlz-populatie bestaat uit een mix van ruim 1/3 GGZ- cliënten en 2/3 VG- cliënten. Het richttariefpercentage voor GGZ ligt op 95,9%. Wij hebben een overeenkomst met Vgz voor VG. Het verschil tussen het richttarief GGZ en ons historisch lage tarief is groot. Wij merken dat we tegen onze grenzen aanlopen met het huidige tarief. In hoofdstuk 2 van hetzelfde document lezen wij: Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat dit ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en kwalitatief toereikende zorg. Hoe kijkt Vgz hier naar?	Vanaf het jaar 2024 is het voor aanbieders met een historisch laag tarief mogelijk om in aanmerking te komen voor opslagen en maatwerkafspraken. Heeft de gehanteerde tariefsystematiek voor uw organisatie toch een onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg, dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule. Casussen vanuit individuele aanbieders worden niet in de Nota van Inlichtingen behandeld maar zijn voorbehouden aan het inkoopgesprek.
1969	Bijlage_7_Onderbouwing_richttariefpercentages_Wlz	3. Het richttariefpercentage per sector	Voor het bepalen van het richttariefpercentage is gebruik gemaakt van de jaarrekeningen en declaraties 2021. Kan VGZ laten zien of en hoe rekening gehouden is met stijgende kosten in 2022 en 2023? Waarom niet iedereen standaard een opslag geven om tegemoet te komen aan stijgende kosten? Richttariefpercentage is immers geen minimum of maximum, maar uitgangspunt?	Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg. In de visie van het inkoopbeleid staat beschreven dat dit door toenemende schaarste in personeel en financiële middelen een steeds grotere uitdaging wordt. Het macrokader dat door de overheid voor de langdurige zorg beschikbaar wordt gesteld blijft de komende jaren stijgen, rekening houdend met demografische ontwikkeling en stijgende kosten. Tegelijkertijd wordt van de overheid verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren de gemiddelde kosten per cliënt verlagen om de langdurige zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Dit is een uitdaging waar we samen voor staan. Zoals ook in de visie benoemd vragen wij hiervoor van de overheid een realistisch meerjarig financieel kader dat doorlopend (ook na de huidige kabinetsperiode) de ruimte biedt voor doelmatige reële tarieven en voor voldoende zorgaanbod om de toegankelijkheid te borgen.
1956	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	1.Aanleiding & Urgentie	Het zorgkantoor heeft met enkele aanbieders gesproken over de meerjarige zorginkoop (zie ook filmpje Hans van Noorden op de website). Ik ben daar als aanbieder niet voor uitgenodigd geweest en ik heb ook geen algemene terugkoppeling gehad van de voornemens van VGZ, zoals andere Wlz-uitvoerders dit wel hebben beschikbaar gesteld voorafgaand aan de publicatie van 1 juni. Ik ben daardoor niet gelijk behandeld als de aanbieders die daartoe wel in de gelegenheid waren. Wat gaat het zorgkantoor hier aan doen?	Dit is geen vraag die betrekking heeft op ons inkoopbeleid en kunnen we derhalve niet beantwoorden.
1997	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	2. Duurzame toegang tot langdurige zorg	Op pagina 8 beschrijft u de aanvraagprocedure voor aanvullende landelijke financiële middelen (Transitiemiddelen). Is de hoogte van het toe te kennen budget volledig afhankelijk van de omvang van de organisatie? Wanneer namelijk maximaal een percentage van de totale opbrengsten wordt toegekend dan is voor kleine aanbieders slechts een beperkt budget beschikbaar. Doorgaans is dat onvoldoende om zelfstandig een project/transitie te financieren. Wat zijn de (financiële) voorwaarden voor deze transitiemiddelen? Is er bijvoorbeeld een minimum aan het budget wat een organisatie toegekend kan krijgen.	De hoogte van de toe te kennen middelen is niet afhankelijk van de omvang van de organisatie. Bij voorkeur worden deze middelen besproken aan de regiotafel/transitietafel, waar u met meerdere regionale aanbieders plannen maakt om een oplossing te bieden aan aanbiederoverstijgende problemen, zoals tekort aan zorgpersoneel. Het budget van de in de regio afgestemde en goedgekeurde plannen wordt doorgaans via een kassier ter beschikking gesteld. Zie ook pagina 8 van ons inkoopbeleid. Dit is ook de procedure die we voor 2022 en 2023 hebben doorlopen.
1958	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	3 Rol van zorgkantoren	Pagina 13: Het zorgkantoor ziet het als zijn rol om met de zorgaanbieder in gesprek te gaan over een gezonde bedrijfsvoering? Gezien de urgentie om ook de uitvoeringskosten van de Wlz zo laag mogelijk te houden, hoe kunnen zorgaanbieders inzicht krijgen in de bedrijfsvoering van de zorgkantoren en daar het gesprek over met de zorgkantoren aangaan? Anders dan de totale cijfers van bijvoorbeeld Coöperatie VGZ waarnaar verwezen wordt.	Dit is geen vraag die betrekking heeft op ons inkoopbeleid en kunnen we derhalve niet beantwoorden.

Volgnummer	> document <	Paragraaf	Vraagstelling	Concept Antwoord (optioneel)
1961	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Hoe kan VGZ en zorgaanbieder de te behalen doelstellingen voor opslagen op het richttariefpercentage en de maatwerkafspraken vooraf objectiveren zonder dat extra regeldruk voor zorgpersoneel ontstaat?	Het is voor ons niet duidelijk wat u bedoelt met objectiveren. Wij proberen de regeldruk zo laag mogelijk te houden door geen plannen op te vragen, maar concrete resultaatsafspraken met u te maken.
2000	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.1 Visie V&V	Wij verwachten dat een constructieve dialoog en maatwerk afspraken resulteren in een bekostiging waarmee wij ook in 2024 en verder goede zorg aan kwetsbare ouderen kunnen blijven geven. Mocht een beroep op de hardheidclausule nodig zijn dan is niet duidelijk welke principes en uitgangspunten gehanteerd worden en welke rol de NZa als toezichhouder heeft. In de communicatie wordt in onze ogen voorgesorteerd op onnodige juridisering. Is het niet logisch om de NZa als mediator in te schakelen wanneer VGZ en zorgaanbieder elkaar niet kunnen vinden? Kunt u de objectieve uitgangspunten en rekenmodel van de hardheidsclausule met ons delen? Op dit moment is door ons niet te beoordelen welke vangnet wordt geboden.	Het klopt dat we een aantal normen en rekenregels hanteren. We publiceren het beoordelingskader niet integraal. Als u een aanvraag doet kunt u altijd bijzonderheden aangeven, dan nemen we dit mee bij de beoordeling in relatie tot de passendheid van de norm. Het is niet de rol van de NZa om in dit proces als mediator op te treden.
1985	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	4.2 Visie Gehandicaptenzorg	".. omdat we zien dat het voor de meest complexe zorg moeilijk blijft om voldoende passend aanbod beschikbaar te hebben. Zorgkantoren spannen zich daarom naast de kanslijnen ook in om de komende jaren samen met de zorgaanbieders in de regio passend aanbod te ontwikkelen voor deze doelgroep." Wat houdt "spannen zich in" concreet in en in hoeverre heeft VGZ innovatiebudget beschikbaar voor zorgaanbieders die dit passende aanbod gaan ontwikkelen?	Voor de GZ willen wij met onze Zinnige Zorg strategie (waaronder GP's en FIT's) zoveel mogelijk aansluiten bij de kanslijnen. Er zijn meerdere GP's toepasbaar die voldoen aan de kanslijn 2. Op onze website kan een aanbieder onderzoeken welke GP's mogelijk bij hen aansluiten en dit kenbaar maken bij de inschrijving. Door het faciliteren van regiotafels horen wij graag van zorgaanbieders gezamenlijk welke uitdagingen zij zien voor het organiseren van passende zorg voor de doelgroep.
1975	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Geven inzet digitale middelen tariefsverhoging maar wordt daarbij ook scholing, implementatie enz. meegenomen in de tarieven?	Wij verwachten dat aanbieders vanuit de reguliere middelen budgetten reserveren voor onder andere het opleiden van medewerkers en het implementeren van diverse bewezen innovaties. Daarnaast kunnen de transformatieopslagen een extra impuls bovenop het richttarief geven.
1971	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Indien een organisatie de benoemde GP's al geïmplementeerd heeft, is er geen opslag. Je 'straft' dus de organisaties die vooruitlopen. Hier maken wij bezwaar tegen.	De GP's die u inmiddels geïmplementeerd heeft, zijn ook uit de contracteerruimte betaald. Bovendien heeft u nu ook al profijt van de implementatie-effecten. Voor het maken van bezwaar verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het inkoopbeleid.
1974	Visie_op_duurzame_toegang_tot_langdurige_zorg	5.1 Innovatie	Hoe liggen de % tariefsverhoging verdeeld over de diverse innovaties als zorgtechnologie, preventie en specialismen?	Het is voor ons niet duidelijk wat er met de vraag bedoeld wordt. Het inkoop beleid gaat niet in op verdeling van % tariefsverhoging voor diverse innovaties.