

# Nota van Inlichtingen

behorend bij

## Aanvulling 2019 bij het Regionale inkoopkader Wlz 2018-2020

Zorgkantoren Zuid-Holland Noord  
en  
Amstelland en de Meerlanden



## Leeswijzer

Onderstaand treft u de vragen aan die het zorgkantoor Zorg en Zekerheid heeft ontvangen naar aanleiding van de publicatie van de Aanvulling Regionale inkoopkader Wlz 2018-2020 zowel voor bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

Wanneer een vraag van een zorgaanbieder een individuele situatie betreft, is deze niet meegenomen in de regionale Nota van inlichtingen. De zorgaanbieder wordt verzocht hierop terug te komen tijdens de inkoopdialoog.

Nr	Vraag of opmerking van zorgaanbieder	Antwoord zorgkantoor
1	Regionaal inkoopkader: Blz. 8: wij hebben 11 oktober een afspraak voor een werkbezoek door het zorgkantoor, moeten we dit vervroegen (want in het tijdspad staat dat de inkoopgesprekken uiterlijk 3 oktober moeten zijn afgerond) of wordt de inkoopafspraak nog gemaakt?	De inkoop gaat over de kwaliteit en eventueel andere voorkomende zaken. Mocht u van mening zijn dat er specifieke zaken aan de orde zijn die van invloed zijn op het contract dan adviseren wij u de afspraak te vervroegen. Zo niet, dan kan deze afspraak gewoon doorgaan.
2	Moet er nog een zorgportfolio opgesteld worden?	Het zorgkantoor stuurt voor het zorginkoopgesprek de zorgportfolio aan de zorgaanbieders. In de zorgportfolio staan de prestaties die de afgelopen drie jaar zijn gedeclareerd. Tijdens het inkoopgesprek wordt de zorgportfolio besproken en worden nadere afspraken gemaakt.
3	De hoogte van de contracteerruimte staat nog niet definitief vast. Welke procedure wordt gehanteerd als er meer/minder middelen beschikbaar komen dan verwacht?	Voorafgaand aan het productiejaar is er geen procedure wanneer er meer/minder middelen beschikbaar komen dan verwacht. Gedurende het jaar is de knelpunten procedure van toepassing.
4	Waarom wordt ook voor meerzorg een korting op het maximumtarief toegepast, terwijl het gaat om een doelgroep waarvoor de reguliere tarieven ontoereikend zijn en met extern advies (CCE) de zorginzet wordt bepaald?	Het tarief voor meerzorg koppelt het zorgkantoor Zorg en Zekerheid aan het intramurale tariefpercentage, omdat de meerzorg cliënten intramuraal verblijven.

5	<p>Wegens krapte op de arbeidsmarkt zijn wij genoodzaakt om relatief meer personeel-niet-in-loondienst (PNIL), ZZP'ers, zij-instromers etc. in te zetten die, vanwege verhoogde scholingskosten en hogere tarieven, duurder zijn. Dit leidt tot een verhoging van onze kosten. U legt dit risico geheel bij de zorgaanbieder neer. Nu ook de ontwikkelruimte in de GZ-sector ontbreekt, leidt dit per saldo tot minder beschikbaar budget voor de zorg. Wij vinden deze risicoverdeling onredelijk en niet proportioneel. Kunt u toelichten op welke wijze u hiermee in de onderbouwing van uw tariefhoogte rekening houdt?</p>	<p>Door het niet toepassen van een ontwikkelruimte GZ sector komt dit deel van de contracteerruimte beschikbaar voor productie. Het zorgkantoor is van mening dat een goede bedrijfsvoering de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder. Graag treden wij in dialoog wanneer zorgaanbieders aanlopen tegen beperkingen.</p>
6	<p>Wij constateren dat cliënten die door andere zorgaanbieders (vaak wegens een verzwaarde indicatie) voor overplaatsing op onze wachtlijst worden geplaatst niet als zodanig bekend zijn bij het zorgkantoor. Dit is in strijd met het Voorschrift Zorgtoewijzing. Ook zorgt dit ervoor dat het zorgkantoor voor deze cliënten geen actieve bemiddelende rol kan vervullen. Naleving van het Voorschrift Zorgtoewijzing op dit punt is in het belang van de cliënt. Hoe gaan zorgkantoren hiermee om en hoe zien zij toe op naleving van het Voorschrift Zorgtoewijzing op dit punt?</p>	<p>Wij hanteren alleen de wachtlijst zoals bekend in iWlz. Wanneer u constateert dat er cliënten bij u worden aangemeld die niet via iWlz aan u zijn toegewezen, dan bent u conform het Voorschrift Zorgtoewijzing niet de dossierhouder. Wij verwachten in deze gevallen, dat u dit met de andere zorgaanbieder opneemt. Het Zorgkantoor heeft regelmatig contact met cliënten of diens vertegenwoordigers die nog op de wachtlijst staan of inmiddels zijn opgenomen. Concrete signalen van het niet naleven van het Voorschrift worden met de zorgaanbieder besproken.</p>
7	<p>Zorgkantoren stimuleren zorglevering via VPT/MPT. Wat kunnen wij van zorgkantoren verwachten in het vinden van geschikte betaalbare woonruimte voor deze cliënten?</p>	<p>Dit is de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf, het betreft immers een "pakket thuis". Het zorgkantoor heeft hier in principe geen rol in. Maar we zijn op dit moment met gemeenten in een verkennende fase om kwetsbare groepen die zelfstandig moeten (gaan) wonen onderdak te bieden (GGZ). Wanneer hier meer over bekend is zullen wij de zorgaanbieders hierover informeren.</p>

8	<p>In de aanvulling 2019 bij het regionaal inkoopkader schrijven jullie op pagina 12, paragraaf 4.2 het volgende: "Echter voor de GZ-sector worden we door invoering van het verdeelmodel en de afwijking op de landelijk gemiddelde prijs, genoodzaakt het tariefpercentage naar beneden bij te stellen voor 2019." Nu hebben wij recent te horen gekregen dat het verdeelmodel niet doorgaat en/of er anders uit komt te zien. Betekent dit ook dat het tariefpercentage weer wordt bijgesteld naar boven? De reden voor aanpassing is immers niet meer geldig weg. Zo niet, waarom niet?</p>	<p>De beantwoording op deze vraag moet het zorgkantoor aanhouden gezien de landelijke discussie omtrent de wijzigingen van het verdeelmodel. De Nza neemt hierover op korte termijn een besluit. Het zorgkantoor informeert u zo snel mogelijk middels een nadere Nota van Inlichtingen.</p>
9	<p>Afgelopen jaren is landelijk ingezet op meer uniformiteit tussen zorgkantoren. 2019 is sprake van meer divergentie. Dit strookt volgens ons niet met het ingezette beleid?</p>	<p>Zorgkantoor Zorg en Zekerheid conformeert zich aan de landelijk gemaakte meerjarenafspraken, aanvullingen en procedures.</p>
10	<p>Hoe kunnen we "best practise worden"?</p>	<p>Best practices zijn succesvol gebleken zorgpraktijken en succesvolle veranderinterventies met impact voor de cliënt en kwaliteit van zorg. Een best practice kan bestaan uit een techniek, werkmethode, proces of activiteit. Het zijn initiatieven die (zeer waarschijnlijk) toepasbaar zijn voor andere instellingen en dus een voorbeeldfunctie hebben.</p>
11	<p>Hoe beoordeelt het zorgkantoor wie "best practise" organisatie wordt?</p>	<p>In principe kan iedereen 'best practise' worden, dit wordt in dialoog vastgesteld.</p>
12	<p>Waarom is er 2 keer sprake van een kwaliteitsdialoog GZ?</p>	<p>Dat is een minimum. Het zorgkantoor is in principe gedurende het hele jaar in dialoog met de zorgaanbieders in haar regio's. De kwaliteitsdialoog is een continu proces.</p>
13	<p>De VG tarieven VPT en MPT laten een bandbreedte zien. Op basis van welke criteria wordt het tarief 2019 vastgesteld?</p>	<p>Het VG-tariefpercentage voor MPT en VPT 2019 is gelijk aan het tariefpercentage 2018 zoals dat met de zorgaanbieder overeengekomen is. Het tarief is dus historisch bepaald.</p>
14	<p>Is het mogelijk meerdere inlogaccounts voor Negometrix te hebben per instelling?</p>	<p>Ja dat kan. U kunt een extra account aanvragen via de mailbox <a href="mailto:zorgkantoor@zorgenzekerheid.nl">zorgkantoor@zorgenzekerheid.nl</a>. In de mail geeft u aan voor wie dit account is en wat de functie is van deze persoon.</p>

<b>15</b>	Uitnodiging voor de Webinar op 7 juni volgt uiterlijk 5 juni. Dit is erg korte termijn, waarom is dit niet al eerder bekend gemaakt?	Onze uitnodiging was inderdaad laat. Het Webinar is nog steeds beschikbaar en kan te allen tijde worden bekeken; <a href="https://www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl/ik_ben_zorgaanbieder/zorginkoop/zorginkoopbeleid_2019">https://www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl/ik_ben_zorgaanbieder/zorginkoop/zorginkoopbeleid_2019</a>
<b>16</b>	Alle zorgaanbieders die in 2019 een geldige overeenkomst hebben, ontvangen een brief inzake prestatie, tarief en initiële productieafspraken als onderdeel van de contractering. Wanneer kunnen wij deze brief verwachten?	Conform landelijke planning versturen wij de overeenkomst inclusief productieafspraken uiterlijk op 10 oktober 2018 naar alle zorgaanbieders.
<b>17</b>	Uitgangspunten dialoog volgt opsomming. Heeft het Zorgkantoor ook een controlerende / beoordelende rol of is het zorgkantoor alleen een gesprekspartner in de dialoog?	We blijven sturen op 'leren en verbeteren'. Dit wil zeggen dat we zorgaanbieders niet meteen 'afrekenen' op eventueel achterblijven in bepaalde ontwikkelingen, maar aansluiten bij de ontwikkelfase waarin de zorgaanbieder zich bevindt om van daaruit kwaliteitsverbetering te stimuleren. De dialoog is een belangrijk middel om zicht te krijgen op de cyclische verbeteringen en hoe die worden ervaren. Zo nodig worden met de zorgaanbieder maatwerkafspraken gemaakt om gerichte verbetering te stimuleren. We verwachten dat zorgaanbieders daadwerkelijk inzetten op gericht werken aan kwaliteitsverbetering. Als dit niet of onvoldoende het geval is dan wordt de bestuurder hierop aangesproken en kunnen zorgkantoren maatregelen treffen voortvloeiend uit de overeenkomst.
<b>18</b>	Heeft dit financiële gevolgen?	Zie voor het antwoord de beantwoording van vraag 17.
<b>19</b>	wanneer vinden deze kwaliteitsgesprekken plaats? Is het gezien de hoeveelheid aan locaties van onze instelling mogelijk de werkbezoeken over meerdere jaren te verspreiden?	In 2019 spreken we de zorgaanbieders meerdere malen. In de gesprekken komt o.a. de implementatie van het kwaliteitskader aan de orde. Daarnaast gaat het zorgkantoor locaties bezoeken. We zullen niet in 1 jaar alle locaties kunnen bezoeken. We proberen 1 of 2 locaties per zorgaanbieder te bezoeken.
<b>20</b>	In 2018 wordt een verdiepende analyse gedaan naar capaciteitsontwikkeling. Afgelopen jaar is er ook een uitvraag naar de capaciteit gedaan, komt daar nog een terugkoppeling op i.c.m. de nieuwe uitvraag?	De uitvraag van 2017 is meegenomen in de analyse over 2018. Wanneer dit tot wezenlijke nieuwe inzichten heeft geleid, is dit met de betreffende zorgaanbieder besproken. Vanzelfsprekend blijft het zorgkantoor graag op de hoogte van voorgenomen mutaties in capaciteit/vastgoed.

<b>21</b>	Crisis zorg: De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de organisatie voor de crisisdienst is gefinancierd door het aantal crisisplaatsen, hoe wordt hiermee rekening gehouden bij de beoordeling van het bezettingspercentage?	Bij de analyse van het bezettingspercentage wordt hier geen rekening mee gehouden. Zoals ons beleid aangeeft, zijn de resultaten een aanleiding om met u in overleg te treden. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de organisatie zijn onderdelen van het gesprek.
<b>22</b>	Wanneer publiceert het Zorgkantoor de definitieve tariefpercentages?	De definitieve contracteerruimte en de NZa-beleidsregels voor 2019 zijn op het moment van publicatie van dit document nog niet bekend. Wij behouden ons daarom het recht voor om de tariefpercentages 2019 voor zorgprestaties aan te passen zodra de contracteerruimte en de NZa-beleidsregels bekend zijn. Wij publiceren dit op de website van ons zorgkantoor en maken u attent op deze wijziging via een bericht in de mail.
<b>23</b>	Waarom is het tariefpercentage voor huishoudelijke verzorging zoveel lager dan de andere leveringsvormen?	Het prijspercentage van huishoudelijke zorg is in de overgang van de WMO naar de Wlz tot stand gekomen. Het zorgkantoor prolongeert het beleid van 2018.
<b>26</b>	<p>Vraag persoonsvolgende bekostiging:</p> <p>Nieuwsbericht van de NZA: “ Het is goed mogelijk om langdurige zorg zo te organiseren dat de wensen van de cliënt daarin centraal staan. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn in de bekostiging het afgelopen jaar aangepast. Waar het eerder nodig was om de (bekostigings-)regels hiervoor via een experiment aan te passen, hoeft dat nu niet meer om persoonsvolgende zorg te kunnen leveren “ (14 juni 2018). Het advies is dan ook om de experimenten te stoppen en nu door te gaan met de implementatie in de praktijk. De NZA geeft aan “ persoonsvolgende bekostiging kan nu in heel Nederland” . De zorgkantoren spelen hierbij een belangrijke rol.</p> <p>Hoe gaat Zorg en Zekerheid deze rol invullen? Komt hiermee ook de beperking op de groei zorgzwaarte pakketten inclusief behandeling te vervallen? Zo nee, graag uw toelichting.</p>	Afhankelijk van de ruimte die de beleidsregels van de NZa voor 2019 ons laten welke 1 juli a.s. worden gepubliceerd zal het zorgkantoor nader beleid hieromtrent bepalen. De persoonsvolgendheid blijft afhankelijk van de beschikbare financiële kaders. De beperking op de groei van zorgzwaartepakketten inclusief behandeling blijft ook voor 2019 van toepassing conform beleid 2018.

<b>27</b>	<p>Het betreft het tarief 2019 van 97% voor de VVT: in 2018 heeft u de beschikbare middelen niet in zijn geheel opgenomen in het tarief. De 97% tariefafpraak was ook berekend over deze middelen. Echter, de extra middelen zouden volgens de afspraak met ZN in zijn geheel toekomen aan de zorgaanbieder, dit is niet gebeurd. U heeft echter 3% achtergehouden. Gaat u, tegenstelling tot 2018, voor 2019 de middelen wel in zijn geheel beschikbaar stellen.</p>	<p>Voor zorgkantoren staat het inkopen van kwalitatief goede zorg voor cliënten voorop. Zorgkantoren zijn gebonden aan het landelijk vastgesteld beleid dat de toegekende regionale contracteerruimte bepaalt. Dit is de maximaal beschikbare ruimte voor uitvoering van de Wlz. Door het hanteren van een tariefpercentage maken zorgkantoren ruimte om wachtlijsten te voorkomen en de continuïteit van de zorg voor cliënten te garanderen. Daarnaast biedt dit de mogelijkheid om regionale knelpunten op te lossen. Tevens is de keuze om niet de maximumtarieven als vastgesteld door de NZa te hanteren, een continuering van het bestaande beleid. Daarbij heeft de Minister van VWS onlangs in de voorlopige Kaderbrief Wlz 2019 over Zorginkoop in relatie tot het kostenonderzoek aangegeven dat de uitkomsten van het kostenonderzoek en daarmee de nieuw vastgestelde maximum tarieven ook voor de komende jaren onderhandelingsruimte laten om afspraken te maken over de prijs. Daarmee bevestigt de minister dat zorgkantoren niet het maximum tarief hoeven te hanteren.</p>
<b>28</b>	<p>Hoe maakt u (en op welke termijn) de gevolgen van de kaderbrief bekend aan de aanbieders?</p>	<p>Dit doen wij niet.</p>
<b>29</b>	<p>Kunt u ook aangeven op welke wijze bezwaar op de gehanteerde werkwijze of genomen beslissing kan worden gemaakt ? Bestaat hiervoor een procedure bij het Zorgkantoor?</p>	<p>Net als voorgaande jaren kunt u bij de zorginkoper een bezwaar indienen. De termijn hiervoor is binnen 20 dagen na publicatie/ bekendmaking.</p>
<b>30</b>	<p>Wat wordt gezien als nieuw WLZ-aanbod? Gaat dit om een nieuwe erkenning, bijvoorbeeld GRZ?</p>	<p>Nieuw Wlz-aanbod zijn prestaties die het zorgkantoor nog niet contracteert. GRZ valt hier niet onder, omdat deze prestatie onder de zorgverzekeringswet valt en niet onder de Wet langdurige zorg. Nieuw Wlz-aanbod kan zijn als u bijvoorbeeld VPT wil leveren en die nu nog niet levert of extra VPT wil ontwikkelen deels gesubstitueerd met intramurale plaatsen.</p>

31	Hoe definieert u een bedrijfsplan en een financieel plan?	<p>Het bedrijfsplan beschrijft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de Wlz-doelgroepen</li> <li>- de prestaties</li> <li>- de verwachte aantallen</li> <li>- de ervaring met deze zorglevering</li> <li>- het benodigd personeel, omvang en opleidingsniveau en aard opleiding</li> </ul> <p>Het financieel plan gaat in op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het bedrijfsresultaat 2017</li> <li>- de begroting voor 2018 en verwacht resultaat</li> <li>- de bussinescase 2019 e.v.</li> </ul>
32	Wordt een businesscase ook gezien als bedrijfsplan cq. financieel plan?	Een bussinescase kan dienend zijn ter onderbouwing van een plan, maar vervangt niet alle elementen hierboven genoemd uit het bedrijfsplan en financieel plan.
33	Hoe definieert u passende zorg en kwaliteit nu de permanente dialoog tijdens de inkoop naast de kwaliteit van zorg in het teken staat van passende zorg?	<p>Voor passende zorg bestaat geen eenduidige definitie. Het zorgkantoor ziet passende zorg o.a. als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorg waarin het belang van de cliënt voorop staat;</li> <li>- zorg op maat;</li> <li>- zorg die in samenspraak tussen de cliënt en zorgverlener wordt bepaald.</li> </ul> <p>Betrokkenheid en motivatie zijn hierbij belangrijke factoren;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorg die aansluit bij de beleving en leefwereld van de cliënt;</li> <li>- zorg die de mogelijkheden benadrukt, niet de beperkingen van de cliënt;</li> <li>- zorg waarin aandacht is voor verlies van mogelijkheden;</li> <li>- zorg die niet als belastend wordt ervaren.</li> </ul> <p>NB We zijn ons ervan bewust dat deze opsomming niet compleet is.</p>
34	Hoe is toetsbaar of de verbeteringen merkbaar zijn voor de Wlz-klant?	Dat gaan we de komende tijd met elkaar leren. Merkt de cliënt de ingezette kwaliteitsverbetering en waarin komt dit tot uitdrukking? Eigen metingen in verschillende vormen, onafhankelijke afname van cliënt ervaring, Zorgkaart Nederland zullen wij opvolgen in dialoog om samen inzicht te krijgen.



35	Hoe wordt de PDCA cyclus zichtbaar voor het zorgkantoor?	De PDCA-cyclus kan op vele manieren zichtbaar worden gemaakt door een zorgaanbieder. In de dialoog is dit onderwerp van gesprek.
38	Welke (positieve) gevolgen heeft de erkenning van positie als Koploper?	Het zijn van een best practice is erkenning voor waar de zorgaanbieder mee bezig is. Het zorgt voor zichtbaarheid en wellicht voor meer toestroom van nieuwe cliënten en medewerkers. Het zorgkantoor zal waar mogelijk de koploper uitnodigen om de opgedane kennis en ervaring in de regio te delen.
39	Welke gevolgen heeft 'bovenstaand' specifiek voor de inhoud van individuele gesprekken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor? Wat is bovenstaand? De prestaties van koplopers op kwaliteits cq financieel terrein? Zijn de prestaties op financieel terrein ook van invloed op toekenning van nog eventueel beschikbaar kwaliteitsbudget?	Bovenstaande slaat terug op de tekst "Het gesprek over kwaliteit". Er zitten geen financiële voordelen aan het zijn van een best practise.
40	Waaruit blijkt het vertrouwen van het zorgkantoor in het streven van aanbieders naar het leveren van betere kwaliteit?	De afgelopen jaren hebben wij de zelfanalyse en de daaraan gekoppelde ontwikkelplannen besproken. Onze intentie is om de kwaliteitsdialoog op dezelfde wijze voort te zetten. Vertrouwen is hierbij de basis. Wij vertrouwen de zorgaanbieders op hun intrinsieke motivatie om de kwaliteit van de zorg te blijven ontwikkelen en verbeteren.
41	Wat verstaat u onder het 'regionaal plan van aanpak kwaliteitskader'?	Wij verstaan onder het regionaal plan van aanpak de implementatie van het kwaliteitskader bij zorgorganisaties. Het zorgkantoor maakt individuele en instelling overstijgende afspraken die betrekking hebben op merkbare kwaliteitsverbetering voor de cliënt. Hierbij is de regionale aanpak van de arbeidsmarktproblematiek een belangrijk onderdeel.
42	Op welke wijze maakt het Zorgkantoor een onderscheid in de middelen , die beschikbaar worden gesteld vanuit het kwaliteitskader én de zgn. Waardigheid en Trots-middelen?	De procedure voor goedkeuring van W&T voor 2019 is nog niet gepubliceerd. Het zorgkantoor gaat er van uit dat zorgkantoren dezelfde rol vervullen als in voorgaande procedures. Het is niet de bedoeling dat activiteiten dubbel gefinancierd worden.

43	Hoe ziet u de afvaardiging /betrokkenheid van cliëntenraad voor zich? Wat is de rol van de afvaardiging in welke fase van het proces?	De extra middelen worden ingezet zodat 'oma (of opa) er iets van merkt'. De input van de cliënten en de cliëntenraad is daarom belangrijk. Tijdens de dialoog en de locatiebezoeken is een vertegenwoordiging van de cliënt uitgenodigd. De CR kan het zorgkantoor inzicht geven in wat de cliënt daadwerkelijk merkt van de uitgevoerde acties.
44	Wat is de 'benodigde ontwikkeling' en naar welke maatstaven beoordeelt het zorgkantoor dat deze 'achterblijft'?	Een zorgaanbieder die geen of nauwelijks stappen zet in de verbetering van kwaliteit en bij hetzelfde niveau opnieuw blijft steken is hiervan een voorbeeld. Dit blijkt ook uit het niet verder komen m.b.t. resultaten t.a.v. de thema's uit het kwaliteitskader.
45	In de aanvulling wordt geen aandacht besteed aan behandeling, terwijl dit m.b.t. het ontbreken van financiering ook een knelpunt is dat door veel aanbieders wordt benoemd. Hoe gaat het zorgkantoor om met de financiering in de toekomst van de benodigde behandeling in relatie tot kwaliteit van zorg alsmede verbetering hierop? Mag, vanuit de optiek van kwaliteitsverbetering, het kwaliteitsbudget ook voor inzet behandeling worden gebruikt?	Met het kwaliteitsbudget mag het zorgkantoor geen uitbreiding van de functiebehandeling financieren, maar het beter afstemmen en inrichten van de functie behandeling ofwel de kwaliteitsverbetering van de functie behandeling is wel mogelijk.
46	Welke betekenis schrijft u toe aan uw constatering dat de totale duur van het verblijf net zo snel afneemt als voorzien (door u)?	Wanneer de verblijfsduur van cliënten afneemt, heeft dat impact op het totaal aantal beschikbare plekken. Op dit moment horen wij verschillende geluiden: bij de ene zorgaanbieder is de verblijfsduur langer dan bij de andere. Wij willen dit bespreekbaar maken vanuit de wens het intramurale zorgaanbod aan te laten sluiten op de vraag in de Wlz. Uiteindelijk ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder zelf en om met het zorgkantoor hierover in dialoog te treden. Wij raden de zorgaanbieder aan om de huisvesting flexibel te maken bij nieuw -of verbouwplannen.
47	Hoe zorgt het zorgkantoor ervoor dat uw marktanalyse bijdraagt aan de aansluiting van de vraag op het aanbod? Wordt hierbij door het Zorgkantoor ook de onvrede meegenomen, die er leeft bij o.a. ziekenhuizen en huisartsen, over het tekort aan intramurale plaatsen?	Het zorgkantoor maakt een analyse op basis van gegevens uit o.a. declaratiesystemen en berichtenverkeer. Daarnaast nemen we ook signalen mee die we binnen krijgen. De onvrede die heerst bij de 1e en 2e lijn hebben voornamelijk betrekking op de beschikbaarheid en vindbaarheid van ELV plaatsen, dit is zorgverzekeringswet en dit signaal is gedeeld met onze collega's binnen Zorg en Zekerheid zorgverzekeraar.

<b>48</b>	Welke verdiepende slag maakt u in in 2018 in uw marktanalyse? Hoe maakt u de uitkomsten hiervan kenbaar aan aanbieders / de regio?	Op regioniveau hebben we de marktanalyse niet aangepast t.o.v. vorig jaar. Verdiepende analyses worden indien noodzakelijk met de zorgaanbieder besproken.
<b>49</b>	Hoe en onder welke voorwaarden kunnen gedurende het jaar aanpassingen in de productieafspraken gemaakt worden?	Gedurende het jaar kunnen geen nieuwe productieafspraken gemaakt worden behoudens het moment van herschikking. Voor crisiszorg geldt dat we tijdens de herschikking nieuwe afspraken kunnen maken op het moment dat blijkt dat de bezetting op de crisisbedden daar aanleiding voor geeft.
<b>50</b>	Als uitgangspunt wordt de voorkeur voor regiospreiding aangegeven. Op welke wijze wordt dit bewerkstelligd?	Regiospreiding betekent dat er bij meerdere locaties en/of aanbieders crisiszorg verspreid over de regio geleverd wordt. De voorkeuren of noodzaak tot regionale spreiding wordt in regionaal overleg besproken.
<b>51</b>	Hoe motiveert u uw beleid om tarieven 2018 gelijk te stellen aan 2017, mede gelet op de veranderingen?	Deze Nota van Inlichtingen heeft betrekking op het zorginkoopbeleid Wlz 2019. De vraag gaat over voorgaande jaren. Graag bespreken wij dit met de vraagsteller in dialoog.
<b>52</b>	Aanbieder levert voor de Huntingtondoelgroep zorg in de vorm van intermitterende opnamen (een structureel terugkerende tijdelijke opname waarna de cliënt weer terugkeert naar de thuissituatie). Door het gespecialiseerde karakter van deze zorg en de bovenregionale functie wonen de cliënten die van deze zorg gebruik maken regelmatig ook buiten de zorgkantorregio van Zorg en Zekerheid. Kunt u bevestigen dat de zorg die wij aan deze cliënten leveren binnen de contractering van het Zorgkantoor van Zorg en Zekerheid valt? Zo niet, kunt u toelichten hoe de contractering dan verloopt?	In paragraaf 2.1 van de Aanvulling inkoopkader Wet langdurige zorg 2018 - 2020 wordt aangegeven dat gespecialiseerde zorgaanbieders met een expertise functie uitgezonderd kunnen worden van contracteren op fysieke locatie. Waar van toepassing gaat het zorgkantoor in gesprek met de zorgaanbieder en wordt dit afgestemd. Voor de doelgroep Huntington behoort dit na afstemming met het zorgkantoor tot de mogelijkheden.