

Ref nr			VRAAG	ANTWOORD	
1	112	Inhoud	Behandeling	Onze organisatie is druk bezig om consultatie en behandeling te organiseren dit duurt nog enige tijd. Daarom de vraag of het het mogelijk is om na het ingaan van de overeenkomsten, een overeenkomst af te sluiten voor Behandeling JGGZ wanneer we voldoen aan de voorwaarden?	Ja, het is na verzoek hiertoe en beoordeling door de regio op kwalificaties en producteisen toegestaan voor de bestaande aanbieders van forensische jeugdhulp om de productcatalogus uit te breiden met andere forensische Jeugdhulp producten.
2	113	Inhoud	vervolgvraag op vraag 86	de casuïstiek van zorg in vrijwillig kader is vaak gelijk aan de casuïstiek van gevonniste zorg. De zorg in vrijwillig kader kan ook 'opgelegd' zijn doordat er niet altijd aangifte gedaan wordt wanneer het zich in een familiale situatie heeft afgespeeld, maar wel behandeling nodig is. Kan de regio nogmaals overwegen om bewezen urgent in vrijwillig kader ook doorgang te laten vinden?	Zoals aangegeven maken wij nu nog geen gebruik van deze bepalingen in de raamovereenkomst inzake maximale bestedingsruimte. Mochten we in de toekomst hiervoor kiezen zal ook iedere casus in het vrijwillig kader in samenspraak met de toegang en aanbieder op zijn eigen merites beoordeeld moeten worden. Dit zal in samenspraak met contractmanagement plaatsvinden.
3	114	Inhoud	Vervolg vraag op vraag 79	In de regel is de verwijzer de casusregisseur en denken wij mee bij het opstellen van een dergelijk plan. Echter is deze verantwoordelijkheid een begeleidingsbehoefte die niet direct verband houdt met een forensische zorgvraag waar wij vanuit werken (RNR-principes en risicotaxatie). Gezien dit dus vooral om begeleiding gaat en niet om behandeling zou dit niet bij een hoog specialistische GGZ aanbieder thuis moeten horen. Tevens zullen de kosten dan ook veel hoger zijn wanneer een hoog specialistische GGZ aanbieder dit oppakt in plaats van een lokaal team of Gl. Zou de regio dit nogmaals kunnen heroverwegen?	Wij gaan uit van een goede samenwerking binnen de zorgketen. De bepaling in de raamovereenkomst is een generieke bepaling. Wij achten echter van grote waarde dat alle betrokken zorgaanbieders als ook de toegang betrokken is bij het bepalen van het perspectief van de jeugdige rond de leeftijd van 18 jaar. Dit zal meer specifiek voor Lekstroom conform bijlage 12 van de inkoopdocumenten plaatsvinden en bij Zuid Oost Utrecht conform de werkafspraken coördinatie van de jeugdhulp. We passen daarom de bepaling niet aan.
4	115	Inhoud	vervolgvraag op vraag 77	kan er toegevoegd worden dat er bij de verwijzing wel consultatie wordt gehouden tussen verwijzer en jeugdhulpaanbieder zodat er rekening wordt gehouden met matched-care?	Voorafgaand aan de toewijzing verwachten wij inderdaad een consultatie/afstemming tussen verwijzer (toegang gemeenten en Gl) en de aanbieder of de hulpvraag tijdig en passend door de aanbieder opgepakt kan worden. Wij willen uw suggestie conform onze zin hierboven daarom toevoegen als het gaat om de verwijzers toegang gemeenten en Gl in de raamovereenkomst, art. 1 en PVE B4.
5	116	Uitvoering	vervolgvraag op vraag 72	Het antwoord op vraag 19 is nog steeds niet haalbaar. Als zorgaanbieder zijn wij gebonden aan deze wettelijke treeknormen. Uiteraard streven wij ernaar om een client zo snel mogelijk te helpen. Echter, dit moet dan ook haalbaar zijn met ons huidige personeelscapaciteit. Met de huidige arbeidskrapte is de eis vanuit de regio om binnen 14 kalenderdagen te starten niet realistisch en niet haalbaar. Daarom nogmaals het verzoek om vast te houden aan de wettelijke treeknormen.	Wij stellen niet dat binnen 14 kalenderdagen moet worden gestart met de zorg, wij stellen dat er binnen 14 kalenderdagen een intake moet plaatsvinden en dat de hulp binnen 4 weken na intake start (zie Bijlage 3 PvE, B5 en Bijlage 4, artikel 3.1 onder c). De reden dat wij afwijken van de Treeknormen is dat wij van mening zijn dat er middels intake snel duidelijkheid moet komen voor de cliënt of deze in zorg wordt genomen, gelet op mogelijke, onvoorziene, contra-indicaties die bij het vooroverleg tussen verwijzer en aanbieder nog niet inzichtelijk waren. Deze termijn hebben we middels NVI 1 naar onze mening zodanig opgerekt, dat deze voor én cliënt én u redelijk is.
6	117	Inhoud	vervolgvraag op vraag 67	Kunnen jullie aangeven wat de regio's doen wanneer deze toestemming niet wordt gegeven door client?	Wij gaan uit van toestemming, zeker bij lopende trajecten. Als dat echter toch niet lukt zal het dossier bewaard moeten blijven bij de zorgaanbieder met inachtneming van de juridische vereisten.
7	118	Inhoud	Vervolg vraag op vraag 66	We begrijpen dat de gehele bepaling schrappen niet wenselijk is. Echter de voorbeelden die nu genoemd worden ontstaan door fouten vanuit de gemeente. Het is dan ook niet redelijk om rente opslag dan wel de overige kosten die voor terugvordering gemaakt moeten worden te verhalen op jeugdhulpaanbieder. graag dit stuk schrappen.	Wij zullen op grond van uw verzoek het volgende in de bepaling toevoegen: "Indien de onverschuldigde betaling door een fout van de gemeente heeft plaatsgevonden betaalt de aanbieder rente en kosten als de aanbieder niet binnen een termijn van 6 maanden zelfstandig tot terugbetaling is overgegaan of als hij op eerste verzoek van gemeente niet meewerkt aan de terugbetaling van het onverschuldigd betaalde bedrag."
8	119	Inhoud	vervolgvraag op vraag 62 (2	Kan de regio bevestigen dat zij ervoor zal zorgdragen dat hoofdaannemer reële tarieven gebruikt?	Wij gaan ervan uit dat de Combinatie daarbij reële tarieven hanteert naar zijn onderaannemers toe. Bij de bekostiging van de Combinatie is rekening gehouden met de tarieven uit het kostprijsonderzoek
9	120	Uitvoering	Vervolg vraag op vraag 62	Kunnen wij hieruit opmaken dat wij als zorgaanbieder dan een hoofd-onderaannemerschap moeten aangaan met de opdrachtnemer van Gezinsvormen?	Ja, dat klopt, maar alléén als forensische zorg nodig is voor kinderen die langdurig (langer dan 6 maanden) in een Gezinsvorm verblijven en het perspectief 'stabiliteit in gezinsvorm' hebben. Daar waar een kind slechts kortdurend in een Gezinsvorm verblijft met het perspectief weer naar huis/zelfstandigheid wordt de forensische zorg geboden vanuit het segment Forensisch met bijbehorende tarieven en is er géén sprake van hoofd-onderaannemerschap.
10	121	Proces	vervolgvraag op vraag 57	Wij vragen niet naar de uitkomsten van een pilot, maar naar de mogelijke procesmatige gevolgen van een uitkomst van de pilot. Hier ontvangen wij graag nog een antwoord op.	De uitkomst van een pilot is afhankelijk van het verloop van de pilot. Mogelijke procesmatige gevolgen van de uitkomst van een pilot kunnen zijn: de opbrengsten van een pilot leiden tot het aanpassen van een reeds aangeboden product (binnen aanbestedingsrechtelijke grenzen), of leiden tot het aanbesteden van een nieuw product, of het kan zijn dat er niets met de uitkomsten van een pilot wordt gedaan.
11	122	Inhoud	vervolgvraag op vraag 48	kan de regio dan toevoegen in de tekst dat bij het bij het vrijwillig kader om een voorlopige inschatting gaat van de verwijzer (sociaal team) en dat daarna de behandeling conform de RNR principes wordt vormgegeven?	Wij zullen dit aanpassen.

12	123	Inhoud	vervolgvraag op vraag 39	In de forensische zorg wordt gewerkt met het risicotaxatie-instrument RAF-GGZ, waarin op verschillende leefdomeneen een algemeen klinisch oordeel gegeven wordt door een daartoe opgeleide behandelaar. Het Leefdoemein Gezin is onderdeel van dit instrument. Binnen dit leefdoemein wordt een inschatting gemaakt van de kwaliteit van de gezinsrelaties, alsmede eventuele problematiek bij gezinsleden en opvoedvaardigheden bij ouders. Aldus wordt er een inschatting gemaakt van de kind-veiligheid, de mate waarin het gezinsfunctioneren een risicofactor is in delictgedrag en wat de noodzaak is tot het plegen van welke (gezins)interventie. Indien gewenst kan er meer uitleg aan gemeente gegeven worden over het instrument en het gebruik daarvan.	RAF GGZ voldoet om de kindveiligheid in kaart te brengen. Zeker als die in combinatie met de Kindcheck wordt uitgevoerd.
13	124	Inhoud	vervolgvraag op vraag 35	Kan de regio dan toevoegen dat er tussen verwijzer en zorgaanbieder afstemming plaatsvindt bij verwijzing? Tenslotte is het in het belang van de jongere, het gezin en verwijzer (ongeacht welke) dat er passende zorg plaatsvindt	Zie ons antwoord op ref.nr 115.
14	125	Uitvoering	vervolgvraag op vraag 34	Het is niet mogelijk om binnen 14 kalenderdagen zorg te dragen voor een intake. Hoewel wij de noodzaak onderschrijven van snel startende zorg, heeft een zorgaanbieder te maken met personele capaciteit en personele tekorten. Deze eis is niet realistisch en wij verzoeken de regio daarom nogmaals om deze eis aan te passen naar de wettelijke termijnen.	Zie antwoord bij ref.nr. 116.
15	126	Inhoud	vervolgvraag op vraag 31	Kan de regio in de tekst opnemen dat verwijzer en aanbieder gezamenlijk tot afstemming komen over hoe doorverwijzing naar noodzakelijke zorg plaatsvindt?	Wij nemen deze tekst niet zodanig op. De toewijzing naar een andere aanbieder is een verantwoordelijkheid van de verwijzer. Het komen tot die toewijzing en het plan daarbij is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verwijzer en de forensische aanbieder.
16	127	Inhoud	vervolgvraag op vraag 29	Dit zou leiden tot onnodig veel administratieve taken bij de zorgaanbieder. Het is niet mogelijk om na 5 werkdagen een intake gedaan te hebben. Indien het lukt om binnen 6 weken een intake te doen, dan nog is het binnen de forensische zorg van belang om een uitgebreide risicotaxatie te doen om op basis van RNR principes tot een behandelplan te kunnen komen dat leidt tot vergroten van veiligheid en verminderen van de kans op recidive. Veel van onze cliënten zijn verminderd of niet gemotiveerd. Dit is een responsiviteitsfactor die maakt dat er meer tijd nodig is om tot overeenstemming te komen over behandeldoelen. Wij hanteren daar 12 weken na intake voor. Kan de regio daar, met inachtneming van de specifieke kenmerken van de forensische doelgroep en de principes van forensische zorg, mee instemmen?	Wij gaan deels mee in uw verzoek. De termijn voor intake is met de NVI 1 al gewijzigd naar 14 dagen. Met betrekking tot het hulpverlenings-/behandelplan: wij kunnen ons voorstellen dat de verminderde motivatie bij deze doelgroep maakt dat er meer tijd nodig is om tot overeenstemming te komen over behandeldoelen. Echter, een termijn van 12 weken na intake lijkt ons dan weer onredelijk lang. Wij wijzigen dit naar een eerste hulpverleningsplan met behandeldoelen binnen 6 weken na start van de hulp (in plaats van binnen 6 weken na toewijzing). Gelet op de termijnen die voor intake en start hulp zijn gesteld komt dit neer op hulpverleningsplan binnen 12 weken na toewijzing. Dit leidt dan tot de volgende termijnen: - intake: binnen 14 dagen na toewijzing, - start hulp: binnen vier weken na intake; - hulpverleningsplan gereed: binnen 6 weken na start hulp.
17	128	Inhoud	vervolgvraag op vraag 21	Dit is geen antwoord op de vraag. De vraag gaat over de verplichting tot overbruggingszorg voor de intake. Kan de regio hier antwoord op geven?	Wij hebben in ons antwoord op vraag 19 waarnaar wij verwijzen in de eerste zin aangegeven dat de aanbieder (opdrachtnemer) pas verantwoordelijk is vanaf de intake en dus niet daarvoor. De <u>verwijzer</u> zal tot het moment van intake voor overbrugging moeten zorgen als dit nodig is.
18	129	Inhoud	Vervolgvraag op vraag 20	Waarom wordt er afgeweken van de wettelijke termijnen (treeknormen) voor de GGZ? In deze tijden van grote arbeidskrapte is het vaak onmogelijk om te voldoen aan de eis om binnen 14 dagen na aanmelding van een cliënt te kunnen starten met een behandeling.	Zie antwoord bij ref. nr. 116.
19	130	Inhoud	Vervolgvraag op vraag 19	Het is niet mogelijk om binnen 14 kalenderdagen een intake te hebben. Hoewel wij de noodzaak onderschrijven van snel startende zorg, heeft een zorgaanbieder te maken met personele capaciteit en personele tekorten. Deze eis is niet realistisch. Kan de regio deze veranderen in de treeknorm?	Zie antwoord bij ref. nr. 116.
20	131	Proces	Vervolgvraag op vraag 13	De regio kan de omzet uit de productieverantwoording gebruiken voor de jaarafsluiting, want deze wordt gecontroleerd en goedgekeurd door onze accountants. Het is niet altijd mogelijk voor aanbieders om ook daadwerkelijk uiterlijk 1 april alle productie gedeclareerd te hebben door verschillende redenen waar we niet altijd invloed op hebben. O.a. ict problemen, correcties nav de productieverantwoording, afkeur etc. Kan de regio de uiterlijke termijn voor declaraties verruimen?	Wij gaan er van uit dat niet gedeclareerde zorg over het jaar T-1 geen onderdeel is van de productieverklaring T-1. U kunt wel declareren over T-1 (die niet tijdig gedeclareerd was en niet in de productieverantwoording is meegenomen), als onderdeel van uw productieverklaring T, dus niet meer in het boekjaar T-1. 1 april is een harde datum voor de accountantsverklaring en afsluiten boekjaar. Wij verwijzen u verder naar het antwoord op ref.nr 13 NVI 1.
21	132	Inhoud	Vervolgvraag op vraag 18	We gaan er van uit dat indien de (ouders van een) cliënt na inspanning van de aanbieder alsnog geen betrokkenheid wil van het sociaal team, de aanbieder dan gebruik kan maken van een opt out regeling?	Als met gebruik maken van de opt-out regeling door de zorgaanbieder bedoeld wordt dat de cliënt dan standaard alsnog in zorg wordt genomen, zijn wij ermee eens. Wij gaan uit van de inspanning van de zorgaanbieder de client het belang te laten inzien van integrale hulp en het betrekken van het sociaal team.
22	133	Proces	B. Eisen levering Zorg B4/B7	De inschrijver heeft acceptatie en leveringsplicht. Is er de mogelijkheid om aan te geven dat de inschrijver geen aanmeldingen meer kan aannemen/accepteren i.v.m dat de beschikbare ruimte gevuld is?	Wij vinden acceptatie- en leveringsplicht bij dit type zorg van groot belang. De aanbieder is zich dat gezien de door ons gestelde voorwaarden ook bewust bij inschrijving. Echter er zouden zich situaties kunnen voordoen waarin aanbieder hier toch tijdelijk niet aan kan voldoen. Wij verwijzen u daarvoor naar art. 6 Raamovereenkomst.

23	134	Inhoud	3.6.2 Hoofdaannemer met één of meerdere Onderaannemers	Hoe wordt er omgegaan met instellingen die voornamelijk bestaan uit ZZP'ers? Waar de ZZP'ers al langere tijd verbonden zijn aan de instellingen?	Wij verwijzen u naar 3.6.2 van de Inschrijvingsleidraad, waarin staat dat ZZP'ers gelijk worden gesteld aan onderaannemers, en dat voor Hoofdaannemer geldt dat deze maximaal 49% van de Opdracht in onderaanneming mag uitbesteden. U moet ook rekening houden met het feit dat elke ZZP'er als onderaannemer een UEA moet leveren.
24	135	Inhoud	4.4 In te dienen bewijsmiddelen/documenten bij inschrijving	Indien de Inschrijver gebruik maakt van onderaannemers, moet de Inschrijving per onderaannemer de volgende stukken bevatten: 8. Volledig ingevuld en ondertekend UEA, conform Bijlage 7; 9. Een certificaat kwaliteitssysteem van Inschrijver. Of; Inhoudsopgave van het kwaliteitshandboek en een bewijs dat gestart is met het traject tot het verkrijgen van een certificaat (verklaring auditororganisatie vallend onder de raad van accreditatie (RVA). 10. Volledig ingevulde opgave personeel Bijlage 10 Kan er verwacht worden van een ZZP'er waar mee gewerkt wordt, dat hij kwaliteitscertificaten heeft of gestart is met het traject tot het verkrijgen van een certificaat?	In de inschrijvingsleidraad onder punt 3.6.2 stelt zzp'ers gelijk aan onderaannemers. Wij erkennen echter dat een ZZP'er in de regel zal vallen onder de kwaliteitsnormen van de hoofdaanbieder (anders dan een onderaannemer een onderneming is). Wij zullen daarom gedogen als ZZP-ers verklaren onder het kwaliteitscertificaat en toepassing kwaliteitsnorm van de hoofdaanbieder te werken. Wij zullen dit in paragraaf 4.4 aanpassen in de inschrijvingsleidraad.
25	136	Inhoud	vervolgvraag op vraag 11	Het aanleveren van opgevraagde gegevens voor een contractmanagementgesprek is een andere vorm van controleren dan controleren van de aangeleverde informatie op juistheid, rechtmatigheid of op geleverde kwaliteit. Daarom vinden wij deze passage te ruim geformuleerd en kan het te breed geïnterpreteerd worden. Kan de regio bevestigen dat een vorm van controle op juistheid, rechtmatigheid en op geleverde kwaliteit alleen wordt ingezet wanneer er een gerichte aanleiding is om te twijfelen aan de juistheid van gegevens?	Wij blijven bij ons antwoord op vraag 11, de toets op geleverde kwaliteit zal ook via KPI's getoetst worden door contractmanagement. De juistheid van data inzake bijvoorbeeld in-uit en doorstroomgegevens cliënten, recidive en andere data zal ook tijdens contractmanagementgesprekken onderwerp van gesprek zijn en met u als aanbieder gecheckt worden. Rechtmatigheid wordt jaarlijks getoetst via het opvragen van een accountantverklaring. Het is zoals aangegeven niet alleen twijfel die leidt tot controle op deze items.