Bijlage 1: vragen en antwoorden inspraakreacties.

Nr.	Zorgaanbieder	Vraag	Reactie gemeenten Midden-IJssel/Oost-Veluwe	Leidt dit tot een wijziging? (ja/nee)	Wijziging (indien van toepassing)
1	Leestalent	U noemt voor zorgaanbieders het format Kwaliteitsstatuut NZa waar de zorgaanbieders de kwaliteit kunnen gaan vastleggen. Voor de Jeugdhulp is het kwaliteitsstatuut echter niet van toepassing. Aanbieders van jeugdhulp moeten, volgens de Jeugdwet, wel voldoen aan de norm van de verantwoorde werktoedeling. Graag brengen wij dit onder uw aandacht en wij verzoeken u de verplichting van het Kwaliteitsstatuut voor de Jeugdhulp, inclusief de dyslexiezorg (diagnostiek en behandeling EED) voor volgend jaar te laten vervallen.	In samenspraak met meerdere GGZ aanbieders is het kwaliteitsstatuut naar voren gekomen als sectorspecifieke manier om aan te tonen dat een aanbieder kwalitatief goede zorg verleent. Het is oorspronkelijk bedoeld voor de volwassen GGZ, maar we werken toe – samen met de aanbieders – om dit toepasbaar te maken voor de Jeugd GGZ. De dyslexie inkoop maakt geen onderdeel uit van de GGZ inkoop voor 2018. Hier zijn aparte producten, in samenspraak met de werkgroep dyslexie, voor gedefinieerd. Hier is reeds consultatie voor geweest en op basis hiervan zullen de colleges in september besluiten voor de inkoop voor 2018. Voor de dyslexie zijn aparte kwaliteitseisen geformuleerd, aansluitend bij die van het Nationaal Kwaliteitsinstituut Dyslexie, het NKD.	Nee	
2	Driestar educatief	Kunt u mij vertellen in welke productcategorie EED valt?	De dyslexie inkoop maakt geen onderdeel uit van de GGZ inkoop voor 2018. Hier zijn aparte producten, in samenspraak met de werkgroep dyslexie, voor gedefinieerd. Voor een antwoord op uw vraag verwijzen wij naar een link op onze website: http://www.zorgaanbiedersinfo.nl/	Nee	

			272-verlenging-2018-raamovereenkomsten-jeugd-wmo-en-mo-bw		
3	Virenze	Aanbieder vraagt naar de administratieve route van de diagnostiek en ingeval van verlenging van de dienstverleningsopdracht voor behandeling.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Willen jullie de berekening van de mixtarieven op detailniveau toesturen, zodat we kunnen achterhalen waardoor de verschillen komen tussen onze kostprijzen en de gestelde mixtarieven.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Nee	
		Aanbieder levert uitgebreide inhoudelijke informatie aan over een nadere aanscherping van de indeling van Delespaul.	Wij bedanken Virenze voor deze uitgebreide informatie. Voor een antwoord en de verdere omgang hiermee verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
4	Accare	Aanbieder stelt een vraag naar de toepassing van het Model Kwaliteitsstatuut. Het Model Kwaliteitsstatuut is geschreven voor de GGZ voor volwassenen en niet voor de Jeugd-GGZ. Daarmee is een aantal beroepsgroepen met specifieke expertise in de jeugd-GGZ en die we in de Jeugd GGZ deskundig en bekwaam achten om het regiebehandelaarschap uit te voeren weggevallen. Wij missen voor de Jeugd-GGZ de Orthopedagoog-generalist NVO, de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP en de GGZ-arts in het overzicht van bevoegde regiebehandelaren. De Orthopedagoog-generalist NVO en de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP voldoen op dit moment nog niet aan de voorwaarde van BIG-registratie, dit is wel in voorbereiding. Wij vragen u de Orthopedagoog-generalist NVO, de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP en de GGZ-arts toe te voegen aan de lijst van bevoegde regiebehandelaren.	Wij bedanken Accare voor deze aanvulling. Dit is inderdaad momenteel een ontbrekend onderdeel van het kwaliteitsstatuut (zeker omdat dit afgeleid is van de volwassen GGZ, waar de door u genoemde specialismen geen regiebehandelaar kunnen zijn). We zullen het kwaliteitsstatuut verduidelijken, en daar waar nodig aanpassen en tevens meesturen bij het contract. De Orthopedagoog-generalist NVO, de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP en de GGZ-arts worden toegevoegd als bevoegde regiebehandelaren. Voor de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt tijdelijk een uitzondering gemaakt	Ja	

			op de eis van BIG-registratie. Zij dienen wel te beschikken over een SKJ-registratie.		
		Kunt u aangeven hoe u aan de gestelde normtijd per cliëntengroep bent gekomen?	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Aanbieder vraagt of de normtijden verhoogd kunnen worden. Deze zijn te krap gesteld.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Aanbieder verzoekt de eis van de maximale geldigheidsduur te laten vervallen.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Om de Beschikbaarheidscomponent Crisiszorg goed te kunnen declareren, is het nodig dat deze als product toegewezen is. Kunt u zich vinden in het voorstel om hiervoor een separaat product te maken met als eenheid 'stuks', volume '1' en frequentie 'totaal binnen geldigheidsduur beschikking'. En dat deze bij iedere aanvraag voor de toewijzing van een Crisis-product als extra product wordt aangevraagd?	De door u genoemde voorstellen zijn in lijn met de bekostigingswijze van dit product. De definitieve invulinstructies voor het gebruik van het berichtenverkeer worden samen met aanbieders verder uitgewerkt.	Ja	
		Aanbieder stelt voor de terminologie rond de harde afsluiting van de DBC's per 31/12/2017 aan te passen, in verband met de rechtsgeldigheid van de geleverde zorg. Aanbieder vraagt dit te wijzigen in "verkorten tot 31/12/2017" in plaats van "intrekken".	De juiste term is inderdaad het wijzigen van de einddatum van de toewijzing.	Ja	Terminologie aanpassen in het draaiboek bedrijfsvoering.
		Aanbieder stelt voor dat, voor de overgangscliënten, de zorgaanbieder eind november de gemeenten JW315 berichten stuurt, zodat de gemeenten daarop met een nieuwe JW301 kunnen reageren. Kunt u zich in dit voorstel vinden?	Het aanvraagproces voor nieuwe toewijzingen wordt komende weken samen met aanbieders verder uitgewerkt. Hierin wordt ook de afweging gemaakt over het gebruik van de JW315-bericht. Nadere instructies hierover volgen op korte termijn.	Nee	
		Aanbieder kan zich grotendeels vinden in het proces rond de dienstverleningsopdrachten maar vraagt of de duur van de jeugdhulp ook overgelaten kan worden aan de inschatting van de professional?	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Aanbieder vraagt of er een inhoudelijke toets door de	Voor het antwoord verwijzen wij	Ja	

		gemeentelijke toegang wordt gedaan bij verlenging van de dienstverleningsopdracht?	naar de Reactienota, onderdeel 2.		
5	GGNet, Karakter, Stichting de Kern	Wij ondersteunen de keuze voor een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Ten aanzien van Kwaliteit gaan we mee in de keuze voor aansluiting bij het Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit is echter een basiselement dat zou moeten gelden voor alle aanbieders, daarnaast verwachten wij van de gemeente ook een standpunt ten aanzien van de gewenste kwaliteit voor het aanbieden van J-GGZ. Over de uitwerking hiervan gaan we graag met u in gesprek.	Het kwaliteitsstatuut GGZ is ontwikkeld voor de volwassen GGZ, maar ook met enige aanpassingen toepasbaar voor de borging van de kwaliteit van de J-GGz.	Nee	
		Ten aanzien van de Inhoud wordt genoemd dat een nieuwe indeling van productgroepen moet worden gemaakt. Een van de eisen die hieraan wordt gesteld is dat deze een heldere grondslag zijn voor de toekenning van uren. Wij zijn van mening dat het toekennen van uren in de Specialistische JGGZ een kwestie is op patiëntniveau en geleide van hulpvraag en professioneel oordeel. Dit is individueel maatwerk. Hierover gaan we graag met u nader in gesprek	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdelen 1 en 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		De voorgestelde indeling is afkomstig uit de wereld van de volwassenen psychiatrie. Deze lijkt zeer bruikbaar om als uitgangspunt te nemen voor de verdere ontwikkeling van J-GGZ. Daarvoor is het in onze ogen echter wel nodig om naar elkaar te expliciteren wat de verschillende partijen onder de verschillende begrippen, formuleringen en normtijden verstaan. In deze fase is van het van belang om deze indeling in de pragmatische zin toe te passen zoals eerder beschreven. Over de stappen die we daarbij kunnen zetten en over de verdere invulling gaan we graag met u in gesprek	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdelen 1 en 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Aanbieder stelt vragen naar het administratieve proces.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdelen 1 en 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		We ondersteunen het streven naar samenwerking rond het principe één gezin, één plan, één regisseur. We gaan graag in gesprek over de wijze waarop de beoogde afstemming op zorgvuldige wijze vorm kan krijgen waarbij aandacht is voor behoud van ieders verantwoordelijkheden.	We werken dit samen met aanbieders uit. Hou hiervoor onze website in de gaten voor manieren van inspraak.	Nee	
		Het formuleren van een eenzijdige afspraak van uw kant met aanbieders spreekt ons in het kader van een gezamenlijk commitment tot samenwerking niet aan. Ook de inhoud van deze formulering dat aanbieders (alle) cliënten actief om toestemming vragen om gegevens te delen vraagt om het	De passage waarnaar verwezen wordt is niet bedoeld als een eenzijdige afspraak. Wel zien wij dit als een inspanningsverplichting voor	Ja	Opnemen als inspannings-verplichting.

		gezamenlijk zoeken naar een vorm die haalbaar en passend is voor het beoogde doel.	aanbieders om altijd de meest passende en juiste zorg in te zetten.		
		In het kader van samenwerking worden de aanbieders door gemeenten aangemoedigd om zich te onderscheiden in de mate van samenwerking met de gemeentelijke toegang. We willen graag weten wat hiermee bedoeld wordt en welke doelstellingen de gemeente hiermee wil realiseren. Uiteraard ook hierover graag in gesprek over de vorm waarop we de eerste stappen kunnen zetten	Gelet op het karakter van onze Raamovereenkomst, waarbij sprake is van gelijke voorwaarden en tarieven voor alle aanbieders kan er geen concurrentie op prijs plaatsvinden. Op dat onderdeel kunnen aanbieders zich dus niet onderscheiden. Bij de transformatie van de jeugdhulp zien wij een goede samenwerking met de gemeentelijke toegangen als een belangrijk onderdeel daarvan. Dit verwachten wij van onze aanbieders.	Nee	
		Ten aanzien van de tarieven voor cliëntgroepen zouden we graag een aanvulling zien ten aanzien van consultatie zonder dat een patiënt in behandeling komt. Ook zouden we graag ten aanzien van de consultatiefunctie zien dat dit als een apart product door gemeenten wordt ingekocht. Ten aanzien van dit punt zouden we de volgende punten aan de orde willen stellen: a. Wat is precies de definitie van Consultatie? b. Waarom dient het inzetten van consultatie via de lokale toegangen te lopen, kan dat niet simpeler? c. Op basis waarvan komen de reële uurtarieven tot stand? d. Als wordt verwezen naar de moederorganisatie worden de consultatie-uren niet vergoed: kunnen deze dan worden aangemerkt als behandeluren?	We kiezen er niet voor om vooraf exact te definiëren wat consultatie is en wat niet. Het is aan lokale toegangen om te bepalen of aanvullende inzet ten behoeve van een cliënt(systeem) in specifieke gevallen al of niet wordt toegekend. Deze rol ligt bij de lokale toegangen, omdat het hier om ureninzet gaat die niet onderdeel is van het behandelproces waarvoor al een DVO is afgegeven. Voor de in te zetten tarieven wordt gekeken naar de functie van de in te zetten medewerker en een daar bij passend tarief. Wanneer consultatie leidt tot het inzetten van een traject binnen de moederorganisatie hanteren we dezelfde lijn als bij diagnostiek. We vergoeden geen aanvullende consultatiekosten als de aanbieder zelf ook de	Ja	

			behandeling gaat uitvoeren. Dat betekent dat de consultatie ook niet als extra behandeltijd geschreven kan worden.		
		Ten aanzien van de bekostiging van de crisisopvang vindt een opslag plaats op de behandeltarieven. Om misverstanden te voorkomen spraken we af dat hier wordt bedoeld een opslag op het behandeltarief en de uren van de betreffende crisisbehandeling.	Dit is juist.	Ja	
		Ten aanzien van de bedrijfsvoering spraken we af dat we de collega's van de backoffices van de J-GGZ instellingen en de regio/gemeenten samenbrengen om de pragmatische insteek van deze operatie samen vorm te geven.	Dit is juist. Inmiddels is een klankbordgroep ingesteld waarin aanbieders kunnen deelnemen bij de verdere uitwerking. Daarnaast organiseren wij in het najaar nog een extra regionale bijeenkomst specifiek over de bedrijfsvoering.	Nee	
		In de samenwerking van de afgelopen jaren zijn we tot de conclusie gekomen dat de invulling van begrippen door gemeenten en zorgaanbieders tot misverstanden kan leiden. Het is dan ook van belang om een gemeenschappelijk begrippenkader te ontwikkelen om 'taal' misverstanden in de toekomst te voorkomen. In het verdere proces zullen we hier gezamenlijk aandacht aan moeten besteden. Bovengenoemde punten zijn het resultaat van een zeer kritische blik op de tekst die ons is voorgelegd. Dit neemt zeker niet weg dat voor ons als aanbieders de positieve en constructieve inzet vanuit gemeentekant goed zichtbaar is. We delen de visie op de aanpak in een pragmatisch ontwikkeltraject. We zijn ook positief over het kiezen voor een gefundeerde inhoudelijke basis die richting kan geven aan dat pragmatisme. Al met al veel reden om uit te zien naar het samen optrekken op dit complexe dossier!	Eenheid in taal is essentieel om elkaar te begrijpen. Daarom voeren we actief accountmanagement, contractmanagement en actieve marktconsultaties, zowel digitaal als fysiek. Wij bedanken de aanbieder voor de complimenten.	Nee	
6	De Praat Praktijk	Ten eerste mijn compliment voor het feit dat het privacyprobleem doordat er door de meeste gemeentelijke toegang geen inhoudelijk toets plaatsvindt en het vertrouwen dat hier uitspreekt ten aanzien van de zorgaanbieder dat hij een juiste inschatting maakt met onderliggende de verwijzing van de huisarts. Daarbij vindt alleen informatie uitwisseling plaats met nadrukkelijk instemming van cliënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers.	Privacy van cliënten is een belangrijk thema waar we zorgvuldig mee om willen gaan, volgens de geldende regels.	Nee	

		Aanbieder plaatst opmerkingen bij de voorgestelde indeling van Delespaul dat hierbij ook de kenmerken van het gezinssysteem moeten worden meegewogen.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Ten derde: De gekoppelde tarieven zijn daar waar inzet van de kinder- en jeugdpsychiater gevraagd (dus zeker bij de EPA) is naar mijn inschatting zo laag dat er een verhoogd risico bestaat dat zij daar van af zien. Binnen een GGZ instelling met een uitgekiende discipline-mix is mogelijk het artsen-specialistentarief (vaak buiten het CAO geregeld loon) nog op te vangen. Vrijgevestigde psychiaters zullen hier mogelijk op afhaken.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Graag zou ik aan het indelingssysteem een weging van de gezinsproblematiek en de samenhang met de pathologie van het kind als medebepalend zien worden bij het indelingssysteem naar ernst/zorgzwaarte. Aanbieder biedt aan verder mee te denken en een actieve rol te spelen bij de verdere ontwikkeling.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1. Wij bedanken de aanbieder voor zijn inbreng en het actieve meedenken.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
7	Jeugd GGZ/Dimence	Aanbieder reageert op de voorgestelde indeling van Delespaul en levert informatie aan over de verdere uitwerking ervan.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		In het kader van afschalen wordt gesproken over de regiebehandelaar. Er is verwarring over het begrip en de functie van regiebehandelaar. In de (jeugd) ggz wordt de term regiebehandelaar (voorheen hoofdbehandelaar) gebruikt. Deze regiebehandelaar heeft een belangrijke rol op het gebied van de inhoud/kwaliteitsborging in de gespecialiseerde ggz. De functie regiebehandelaar is geborgd in het kwaliteitsstatuut. Bij het maken van afspraken over afschalen gaat het eerder over een procesregisseur. Het is belangrijk beide rollen van elkaar te onderscheiden, bijvoorbeeld door beide rollen te hanteren in een casus waarin én jeugd ggz én andere jeugdhulp betrokken is.	Op- en afschaling zien wij als een zorginhoudelijke afweging in het systemisch proces van het zorgtraject. Daarom hoort het wat ons betreft ook thuis bij de regiebehandelaar. Regiebehandelaren zijn verantwoordelijk voor passende zorg, dus zowel zorginhoudelijk als procesmatig.	Nee	
		Nogmaals willen we graag benoemen dat onze voorkeur uitgaat naar het apart inkopen van consultatie door de gemeente. Deze vorm van dienstverlening wordt nu te weinig ingezet, terwijl deze inzet preventief kan werken voor zwaardere zorg. Dit geldt zowel naar het CJG als tussen verschillende instellingen in de jeugdhulp.	Wij onderschrijven het belang van de consultatiefunctie en denken dat de door ons gekozen werkwijze het meest passend is hiervoor, omdat we juist de toegangen hiermee in hun rol zetten om waar mogelijk, in	Ja	

			overleg met cliënt en aanbieders te beslissen over de inzet van consultatie uren. Het zal van zowel toegangen als aanbieders in de beginfase aandacht vragen om gebruik te maken van deze mogelijkheid.		
		Kwaliteitsstatuut: het kwaliteitsstatuut heeft de bedoeling om de kwaliteit binnen de organisatie goed te omschrijven en te borgen. Het is opgesteld in overleg met de zorgverzekeraars om tot een goede kwaliteitsborging te komen zonder dat het noodzakelijk is alles te gaan controleren wat er in een dossier is beschreven. Het kan als model ook door de gemeente gehanteerd worden om zeker te zijn dat er voldoende kwaliteit is zonder dat er een uitgebreid controlesysteem noodzakelijk is.	Wij delen uw opmerkingen. Wel vraagt het kwaliteitsstatuut op sommige onderdelen een aanpassing.	Nee	
8	Karakter	Aanbieder merkt op dat de indeling van Delespaul nog verdere aanscherping nodig heeft.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Normtijd: Op basis waarvan zijn de minuten tot stand gekomen en waarom wordt hiervoor gekozen.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Alle genoemde tarieven zijn niet afdoende voor dekken van de zorg van Karakter. Kan er op basis van deze vastgestelde criteria overleg plaatsvinden over tariefaanpassing?	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Genoemd wordt een opslag voor overhead op de mix-tarieven. Is deze al in het tarief verwerkt? Wat is deze opslag?	Deze is conform de landelijke VNG handreiking al in het tarief verwerkt. Voor het verdere antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		De genoemde (maximale) normtijden zijn voor direct en indirect besteedde tijd voor een patiënt voor de zorg die Karakter levert veel te laag. Over het algemeen behandelen wij de zeer complexe problematiek wat een andere tijdsbesteding dan gemiddeld met zich meebrengt.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Het voorgestelde model heeft in onze ogen een verzwaring van de administratieve last tot gevolg. Voor één patiënt met één behandeling worden meerdere beschikkingen afgegeven, bijvoorbeeld beschikking diagnostiek, beschikking behandeling,	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2. Daarnaast werken we samen met aanbieders dit traject in de	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.

		beschikking behandeling 2 (bij hoog complex zijn de genoemde minuten nooit afdoende) en eventueel per verblijf een beschikking. Bij de door Karakter geleverde IHT is verblijf niet in altijd een aaneengesloten periode wat leidt tot herhaaldelijk beschikken iedere keer als een korte opname aan de orde is. Karakter is voorstander van een beschikking waaraan verschillende producten gehangen worden (diagnostiek, ambulante behandeling, verblijf). Op deze manier vermengen we niet de inhoudelijke afstemming in het zorgproces met het administratieve proces.	komende periode verder uit.		
		Bij het verlopen Dienstverleningsopdracht na 1 jaar een nieuwe verwijzing van de huisarts opvragen geeft een extra administratieve last bij de huisarts. Karakter is voorstander dit te beperken tot een nieuwe beschikking door de gemeente als het zorginhoudelijk oordeel van de professional is dat de zorg nog niet kan worden afgerond.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		De zin “aanbieders geven aan dat de meerwaarde van behandeling na 2 jaar afneemt….” Karakter vindt het meer passend als dit gewijzigd wordt in “aanbieders geven aan ALS de meerwaarde…..”, Zeker in de SGGZ is een langere zorgduur niet ongewoon, vaak is de frequentie/inzet dan lager dan in het begin, soms fluctueert de frequentie/inzet. Een deel van deze problematiek bestaat uit laag frequente medicatiecontroles soms inclusief laagfrequente ouderbegeleiding/ psycho-educatie. Overleg heeft geen meerwaarde, want inzet van medisch specialist/verpleegkundig specialist is noodzakelijk gezien de aard van de zorg. Een ander deel van de langerdurende zorg bestaat uit (een vorm van) therapie die wordt voortgezet, een belangrijk element is dan dat deze therapie wordt voortgezet door de bekende therapeut(en), een wisseling is dan gezien de aard van de problematiek niet wenselijk.	Vanzelfsprekend bepaalt het individuele zorgtraject van een cliënt en het verloop daarvan welke inzet van behandeling nodig is en ook met wie moet worden afgestemd. De strekking van de passage is dat aanbieders oog houden voor op- en afschaling waar mogelijk maar ook inzet van andere hulp en ondersteuning, dan enkel en alleen behandeling binnen de specialistische GGz. Zoals bij inspraakreactie 5 aangegeven benoemen wij nog dat de passage waarnaar verwezen wordt niet bedoeld is als een eenzijdige afspraak. Wel zien wij dit als een inspanningsverplichting voor aanbieders om altijd de meest passende en juiste zorg in te zetten.	Nee	
		Karakter biedt consultatielijnen voor arts tot arts en voor de jeugdprofessionals. Deze worden nu al veelvuldig gebruikt. Wij	Op basis van de marktconsultatie is de constructie met betrekking	Ja	

		zien graag dat deze onderdeel worden van de expertpool zoals genoemd in deze paragraaf.	tot de expertpool aangepast. Alle aanbieders kunnen consultatie leveren na akkoord van de lokale toegang. Er is dus geen overeenkomst inzake de expertpool nodig.		
		Het heeft de voorkeur door een goede monitoring de administratieve controle op patiëntniveau te laten vervallen. Daarmee voorkom je schotten in het administratieve proces. Dit kan door maandelijkse monitoring in te stellen. Niet alle eisen zijn door ons op te leveren. In ieder geval een deel van de monitoringseisen vraagt aanpassing van onze systemen. Om dit te kunnen opleveren is een heldere beschrijving nodig waarmee ICT aan de slag kan. Doorlooptijd hiervan zal bepalen of dit per 1 januari as. gerealiseerd kan worden.	Gemeenten moeten rechtmatigheidscontroles uitvoeren, waardoor administratieve controles niet kunnen vervallen. Daarnaast is het streven om zoveel mogelijk monitorinformatie te winnen uit het reguliere verantwoordingsproces.	Nee	
		Crisisopvang**:** de normtijd is ook hier te laag voor de zorg die Karakter levert. Vraag is wat hier exact onder meegenomen is?	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Onze IHT vraagt een beschikbaarheidsbijdrage omdat bedden beschikbaar moeten zijn op moment dat kortdurende opname noodzakelijk is. De hiergenoemde crisis-beschikbaarheidsbijdrage is daarop niet van toepassing. Kunnen wij separate afspraken maken over deze beschikbaarheidsbijdrage?	We hebben gekozen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Die keuze geldt voor alle onderdelen die in 2018 worden ingekocht, dus ook voor deze vorm van hoog specialistische zorg. Wij volgen hierin de NZa die voor deze vorm van zorg categorie H heeft toegevoegd aan de verblijfprestaties. De tariefstelling voor 2018 zal ook worden afgeleid van het tarief dat de NZa hanteert. In ons tarief is dan ook de beschikbaarheidsbijdrage verrekend.	Ja	Aanvulling van de verblijfprestaties met onderdeel H.
		Bedrijfsvoering: in aansluiting op onze aanhef willen wij nadrukkelijk pleiten voor het gebruik van de standaarden die ISD en VNG (controleprotocol, productcodelijst, berichtenverkeer) aanbevelen. Dat vereenvoudigt zowel aan aanbieders als aan gemeentelijke kant de administratie. De genoemde berichtenmodules worden door Karakter gebruikt en kunnen ook	De regio Midden-IJssel/Oost-Veluwe hanteert het controleprotocol, het berichtenverkeer en zullen ook gebruik maken de codes van de landelijke productcodelijst.	Nee	

		in 2018 ingezet worden.			
9	GGz Christoph	Aanbieder levert uitgebreide informatie aan over de indeling van Delespaul.	Wij bedanken u voor uw uitgebreide toelichting. Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
10	Zozijn	Aanbieder vraagt of de conclusie wel juist is dat de producten van de basis GGz duidelijk gedefinieerd zijn en herkenbaar zijn. Voor jonge kinderen loopt de route veelal via consultatiebureau-arts, kinder- of jeugdarts. En vanuit verleden is deze zorg door zorgkantoren gepositioneerd bij AWBZ zorg als best passende zorg. Deze zorg is nu in het grijze gebied beland. Bij jonge kinderen (0 – 6 jaar) leidt een strikte afbakening als “voldoen aan het GGZ kwaliteitskader” veelal niet tot de beste passende zorg. Door uitsluitend dit afwegingskader als criterium bij de toegang te implementeren en te hanteren worden nieuwe schotten gecreëerd die de cliënt/kind & gezin waarschijnlijk niet ten goede komen en mogelijk ook belemmerend zijn voor het gezinsplan. Dit verduidelijkt hopelijk onze zorg dat een “klassieke GGZ bril” iets te beperkt is voor de problematiek.	Wij bedoelen hiermee dat de bouwstenen van de basis GGz wat ons betreft voldoende duidelijk zijn omschreven zodat deze voor 2018 inhoudelijk ongewijzigd blijven. Voor onze inkoop van 2019 waarbij de opstelling van integrale bouwstenen centraal staat, zullen ook deze bouwstenen opnieuw worden herijkt. Wij kunnen uw opmerking dat de zorg voor jonge kinderen nu in het grijze gebied zijn beland en dat er nieuwe schotten worden gecreëerd niet plaatsen. Wanneer een kind, van welke leeftijd ook, zorg en/of ondersteuning nodig heeft kan contact op worden genomen met de gemeentelijke toegang voor toewijzing van zorg. Het hanteren van het kwaliteitsstatuut heeft betrekking op voorwaardelijke kwaliteit op organisatieniveau om J-GGZ te mogen bieden in deze regio. Het statuut heeft geen betrekking op het toewijzingsproces door de toegang (of huisarts of gemeentelijke toegang) van passende zorg op cliëntniveau. Tot slot stellen wij voor dat we deze problematiek bespreken	Nee	

			tijdens uw reguliere accountgesprekken. Wij staan open om hierover het gesprek aan te gaan.		
11	MoleMann GGZ	MoleMann geeft aan blij te zijn dat de regio heeft gekozen voor de inspanningsgerichte bekostigingssystematiek, het volgen van het Kwaliteitsstatuut GGz en het grotendeels volgen van het uitfaseringsprotocol van de VNG. MoleMann benadrukt dat het van groot belang is om ook de trajecten voor de basis GGz hard af te sluiten.	De wijze waarop de lopende trajecten van de basis GGz worden afgesloten dan wel afgerond wordt de komende periode nader uitgewerkt. Wij zijn zeker voornemens de landelijke codes, ook voor de basis GGz te gaan gebruiken.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		MoleMann begrijpt niet waarom de regio voor deze indeling heeft gekozen en ontvangt indien hieraan wordt vastgehouden graag een toelichting.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 1.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		MoleMann geeft aan dat de tarieven te laag zijn en het is onduidelijk hoe deze zijn opgebouwd. MoleMann stelt voor om een aanbieder specifiek mixtarief af te spreken.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdelen 1 en 3.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		Hoe komt een zorgaanbieder in de expertpool?	Op basis van de marktconsultatie is de constructie met betrekking tot de expertpool aangepast. Alle aanbieders kunnen consultatie leveren na akkoord van de lokale toegang. Er is dus geen overeenkomst inzake de expertpool nodig, en dus hoeven zorgaanbieders hiervoor niet in de expertpool te komen.	Ja	
		Waarom wordt de consultfunctie niet meer vergoed als betreffende cliënt bij de moederorganisatie in behandeling komt?	Een van de doelen van de consultatiefunctie is om het inroepen van specifieke expertise bij inschatting van complexe casuïstiek mogelijk te maken. Om deze vorm van consultatie onafhankelijk te houden wordt deze niet vergoed op het moment dat consultatie leidt tot een hulptraject bij de eigen organisatie.	Nee	
		Welke informatie moeten externe verwijzers, onder andere	Deze precieze eisen worden de	Nee	

		huisartsen allemaal vermelden op de verwijsbrief? En welke informatie moet het CJG allemaal vermelden?	komende periode verder uitgewerkt, ook in relatie tot de landelijke standaarden en de inrichting van de bedrijfsvoering en het berichtenverkeer.		
		Wie bepaalt in welke cliëntgroep de jeugdigen past? Wat zijn daarvoor de handvatten?	Dit is aan het professionele oordeel van de zorgaanbieder zelf. Zie ook de Reactienota, onderdeel 1.	Nee	
		Volgt de regio de “Vereenvoudiging verwijzingen GGZ” zoals opgesteld door de Rijksoverheid geldig voor de ZVW?	De regio volgt de ontwikkelingen en implementatie van deze vereenvoudiging. Voor 2018 passen we deze methode niet toe.	Nee	
		Wie heeft de casus regie als jeugdigen na intake en diagnostiek problematiek hebben op meerdere leefgebieden?	Wij zijn van mening dat dit in afstemming met de gemeentelijke toegang/wijkteam moet worden bepaald. Dus in consensus bepalen wie deze taak het best kan uitvoeren.	Nee	
		De regio geeft ook aan dat bij het bereiken van de normtijd of geldigheidsduur van de toewijzing een nieuwe verwijzing moet worden gevraagd aan de huisarts/CJG. MoleMann vindt het inhoudelijk niet reëel om dit van huisartsen te vragen en daarnaast zien we hier onnodige administratieve lasten opduiken. MoleMann stelt voor om te voldoen met het informeren van de huisarts over de voortgang en het aanvragen van een nieuwe toewijzing. Wij horen hier graag de reactie van de regio op dit voorstel.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 2.	Ja	
		De regio geeft verder aan dat ze gebruik gaat maken van het bericht JW303D voor de facturatie. Hierover zegt i-Sociaal Domein het volgende: “De factuur (het factuurbericht 303F) is het enige primaire bron-document dat in de financiële administratie geregistreerd mag worden ter onderbouwing van een betalingsverplichting (voor het soort transactie dat hier beschreven wordt tussen leverancier en opdrachtgever). Alleen op basis van de factuur kan worden betaald, en *moet* ook worden betaald. De declaratie (het declaratiebericht 303D) is niet zo’n primaire bron en zou dus niet in de financiële administratie geboekt mogen worden. Ook zou de declaratie niet tot een betaling mogen leiden. We zien vaak dat het	We wijzigen dit voor 2018 niet, omdat het aantal aanbieders dat de 303D wenst te gebruiken op dit moment groter is.	Nee	

		declaratieverkeer aangevuld wordt met een formele factuurstroom, buiten het berichtenverkeer. Dit is dubbel werk en levert kans op verschillen op". Daarom verzoekt MoleMann de regio om het JW303F-bericht te gaan gebruiken en niet het JW303D-bericht.			
		Gaat de regio verder ook nog gebruik maken van de regieberichten start- en einde zorg?	Gemeenten gebruiken deze berichten vanaf 2019. In 2018 verwerken de gemeenten de ontvangen berichten wel.	Nee	
		Aan het begin van het zorgtraject is vaak nog niet duidelijk of er alleen diagnostiek plaatsvindt of diagnostiek + behandeling. Hoe moeten zorgaanbieders hiermee omgaan bij het aanvragen van een toewijzing? Verder is het volgens ons ook ongewenst dat een aanbieder een hoger tarief voor de diagnostiek krijgt als deze alleen maar diagnostiek doet, dan wanneer de zorgaanbieder ook behandelt voor een basale stoornis of de stabilisatiegroep.	Een nadere toelichting op het administratieve proces van de diagnostiek en behandeling en de toewijzingen is opgenomen in de Reactienota bij onderdeel 2. De verschillen tussen de tarieven wordt veroorzaakt door het verschil in behandelaren in de verschillende fases van een traject.	Ja	
12	Dimence groep	De tarieven die op dit moment door de regio worden voorgesteld zijn voor ons te laag. Dat de tarieven te laag zijn wordt deels verklaard dat wij extra taken uitvoeren in vergelijking met andere instellingen. Wij zijn een opleidingsinstituut en doen aan wetenschappelijk onderzoek. Dat wij deze taken uitvoeren heeft ook een meerwaarde voor andere instellingen. Daarnaast leveren wij ook de nodige bijdragen aan de transformatie en stellen onze kennis laagdrempelig beschikbaar. Dit doen we veelal kosteloos maar is niet kostendekkend. Graag willen wij vragen of een opslag in het tarief mogelijk is voor deze extra taken die wij uitvoeren waarbij ook andere instellingen baat hebben.	Voor het antwoord verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Ja	Zie de wijzigingen opgenomen in de Reactienota.
		In enkele gevallen kan het voorkomen dat gevraagd wordt of een instelling ook de casusregie wil voeren. Staat hier ook een extra vergoeding tegenover?	De tarieven zijn all-in tarieven. Verder verwijzen wij naar de Reactienota, onderdeel 3.	Nee	
		Als ook bij MIJ/OV het kwaliteitsstatuut gaat gelden, dan kunnen er mogelijk nog wat eisen uit de raamovereenkomst geschrapt worden. Zie de algemene inkoopvoorwaarden en Annex I 'Geschiktheidscriteria'.	Het verdere schrappen van overbodige artikelen wordt uitgewerkt naar aanleiding van deze consultatieronde.	Ja	
		In het verslag van de verdiepingsbijeenkomst (op 11-7-2017)	Dit is inderdaad momenteel een	Ja	

		worden minder hoofdbehandelaars genoemd dan in de raamovereenkomst voor 2018 (versie 18-5-2017). De volgende regiebehandelaren missen volgens mij in de lijst van 11-7-2017: Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP of SKJ), orthopedagoog-generalist (NVO of SKJ) en een GZ-psycholoog. Kunnen deze aan de lijst worden toegevoegd?	ontbrekend onderdeel van het kwaliteitsstatuut (zeker omdat dit afgeleid is van de volwassen GGZ, waar de door u genoemde specialismen geen regiebehandelaar kunnen zijn). We zullen het kwaliteitsstatuut verduidelijken, en daar waar nodig aanpassen en tevens meesturen bij het contract. De Orthopedagoog-generalist NVO, de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP en de GGZ-arts worden toegevoegd als bevoegde regiebehandelaren. Voor de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt tijdelijk een uitzondering gemaakt op de eis van BIG-registratie. Zij dienen wel te beschikken over een SKJ-registratie.		
		Daarnaast heeft het onze voorkeur om ook een SPV'er in specifieke gevallen als regiebehandelaar toe te laten. Dit is dan alleen mogelijk indien sprake is van multidisciplinaire borging middels het kwaliteitsstatuut.	SPV’ers mogen in specifieke gevallen regiebehandelaar zijn, dat wil zeggen bij een beperkt aantal grotere zorgaanbieders die door de NZA worden aangemerkt als ‘instelling’. Hierbij is multidisciplinaire borging inderdaad verzekerd.	Ja	
		Daarnaast wordt er ook gesproken over een percentage regiebehandelaren, maar het onze voorkeur om eerste instantie geen percentage af te spreken.	Het kwaliteitsstatuut vraagt om een kwalitatieve borging van de rol van de regiebehandelaar: de rol betreft zowel verantwoordelijkheid voor de behandeling/zorginhoudelijk als voor de regie (goede afstemming met cliënten en andere betrokken partijen) over de behandeling. Het behandelplan is hierbij het leidend	Nee	

			instrument. Het percentage inzet van de regiebehandelaar dient voldoende van omvang te zijn om deze rol waar te kunnen maken. We leggen dit niet vast in een percentage.		
		In de inkoopnota (dd 22-6-2017) staat op pagina 9 dat behandelaren alle cliëntgebonden tijd mogen schrijven. Dit bestaat uit cliëntcontacttijd, groepscontacttijd maar ook indirect-cliëntgebonden tijd. Er staat letterlijk: “Behandelaren mogen onder andere tijd schrijven voor het contact met de cliënt en voor het bijwerken van het cliëntdossier”. Alleen tijd die niet gebonden is aan een cliënt mag niet geschreven worden (zoals instellingsoverleg, intervisie of ondersteunend personeel). In de concept raamovereenkomst 2018 (dd 18-5-2017) staat in §8.2-8.3 echter dat indirect-cliëntgebonden tijd niet gefactureerd mag worden: “8.2 Alleen tijd van de zorgprofessional besteed aan contact met de Cliënt of het Cliëntsysteem kan worden gefactureerd. Direct cliëntgebonden tijd kan ook face-to-face-contact zijn of ‘op afstand’ plaatsvinden (telefonisch, screen-to-screen); 8.3 Indirect cliëntgebonden tijd (waaronder administratie, gesprekken over de cliënt) is verwerkt in de hoogte van het tarief. Indirect cliëntgebonden tijd van de zorgprofessional kan dus niet (separaat) worden gefactureerd..” Aangezien indirecte tijd altijd wel gefactureerd mag worden, is ons voorstel om indirecte tijd wel te kunnen factureren.	Op grond van de VNG adviesnota is de definitie van declarabele tijd aangevuld in het artikel als volgt: *De bouwstenen voor Dienstverlening, welke tot en met 2017 via DBC’s werden gedeclareerd mogen zowel directe contacturen als ook indirect cliëntgebonden tijd declareren (conform advies tijdschrijfregels van VNG/GGZ NL). Dit is beperkt tot voorbereiding tijd, bijwerken zorgdossier, casusgebonden overleg of het schrijven van een brief of e-mail, reistijd naar de cliënt.*	Ja	
		Uitkomst marktconsultatie kwaliteitseisen. Betreft onderstaande tekst op pagina 7: “Opdrachtnemer garandeert dat de regiebehandelaren een geldige Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) hebben (maximaal 6 maanden oud ten tijde van de inschrijving). Indien er geen sprake is van een regiebehandelaar garandeert opdrachtnemer dat alle medewerkers en vrijwilligers, die in hun werkzaamheden direct in contact komen met jeugdigen, cliënten of betrokkenen, in het bezit zijn van een geldige VOG. Uitzondering op de VOG vereiste geldt voor ervaringsdeskundigen. Opdrachtgever behoudt zich het recht	Het antwoord op deze vraag heeft betrekking op de integrale inkoop voor 2019. Als definitie is toegevoegd: “maximaal 6 maanden oud ten tijde van de inschrijving” Indien deze duiding nog voor onduidelijkheid zorgt, kan dit in de verdere marktconsultatie voor de inkoop 2019 uitgewerkt worden.		

		voor om bij opdrachtnemer een verklaring omtrent gedrag op te vragen van individuele medewerkers van opdrachtnemer.” Wat wordt exact verstaan onder een geldige VOG?			