

#### Nota van Inlichtingen

Voor u ligt de tweede Nota van Inlichtingen van de Inkoop individuele voorzieningen Jeugdhulp 2022 en verder, regio Utrecht West (open systeem van afspraken), met het kenmerk TN 313574.

De inhoud van deze Nota van Inlichtingen wordt geacht deel uit te maken van de inkoopstukken en daarmee van de overeenkomst. Bovendien staan bij verzending van deze Nota van Inlichtingen in beginsel alle eisen vast en kunnen niet meer worden gewijzigd.

De nota heeft een tweetal bijlagen die deel uitmaken van de inkoopstukken te weten:

- bijlage 9: werkafsprakenboek
- wijzigingsformulier 23-07-2021

Deze Nota van Inlichtingen is samengesteld uit de schriftelijke vragen die wij via TenderNed hebben ontvangen. De vragen zijn letterlijk (voor zover mogelijk) en geanonimiseerd overgenomen in deze Nota. De regio heeft de vragen en de antwoorden in deze Nota verwerkt.

Deze geanonimiseerde Nota van Inlichtingen is op 23 juli 2021 gepubliceerd op TenderNed. U kunt zich uiterlijk 5 augustus a.s. 23:55 uur inschrijven voor de inkoop.



Nummer	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
<b>Productspecifieke vragen</b>				
1	Inhoud	Regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de eindverantwoording.	In de huidige aanbesteding is voor de vrijgevestigden de Verpleegkundig Specialist GGZ (BIG) toegestaan als regiebehandelaar in de BGGZ. In de nieuwe aanbesteding wordt deze niet vermeld voor vrijgevestigden, alleen bij de instellingen. Graag zien we deze functie alsnog toegevoegd worden aan de lijst met regiebehandelaren.	Nee, de regio kan niet mee gaan in uw verzoek. De nieuwe productomschrijvingen en bijbehorende personele eisen zijn gebaseerd op het GGZ Kwaliteitsstatuut 2.0, als gevolg hiervan zijn aparte eisen opgesteld voor het regiebehandelaarschap ten aanzien van een instelling en vrijgevestigde.
2	Inhoud	geschiktheidseisen	Geschiktheidseis 7 zegt dat als de inschrijver zich inschrijft voor een product waarvoor een locatie vereist is, een locatie zo dicht bij als mogelijk moet zijn. Kunnen jullie aangeven of dit ook voor de producten SGGZ behandeling en diagnostiek geldt?	Ja, ook voor S-GGZ behandeling en diagnostiek geldt dat aanbieder - zoals beschreven in geschiktheidseis 7 - een locatie zo dichtbij als mogelijk beschikbaar stelt. Uitzondering hierop is wanneer de zorg ambulante aangeboden wordt.

3	Contract	Geschiktheidseis nr 5 van aanmelddocument / productenboek	<p>U stelt: De (potentiële) Jeugdhulpaanbieder beschikt over personeel dat voor het leveren van de jeugdhulp voldoet aan de eisen zoals gesteld in het productenboek.</p> <p>In uw productenboek beschrijft u een aantal producten: begeleiding (individueel en groep), en ambulante behandeling (regulier en specialistisch). Ik ben zelfstandig gezinscoach, geregistreerd bij SKJ en Vereniging voor Contextueel Werkers, mijn opleidingsniveau is HBO+. Ik coach ouders en kinderen bij het verbeteren / oplossen / stabiliseren van problemen in de opvoedsituatie. Ik ben aan het dubben onder welk product mijn werkzaamheden vallen. Ik verwacht dat dit in ieder geval niet valt onder individuele begeleiding, noch begeleiding in een groep. Als ik kijk bij 'behandeling' valt mijn werk bij het ene gezin onder 'regulier' en bij het andere gezin onder 'specialistisch'. Vraag 1 is dan ook: valt gezincoaching onder behandeling regulier dan wel specialistisch?</p> <p>Als ik kijk bij 'Personele inzet' van uw productenboek dan lees ik: "Een behandeling wordt altijd uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een SKJ- of BIG-geregistreerde WO+-opgeleide professional, waarbij deze WO+-opgeleide professional tenminste is betrokken bij het intakegesprek, het behandelplan en de evaluatiemomenten. Er is minimaal één WO+-opgeleide gedragswetenschapper bij de behandeling betrokken"</p> <p>Deze verwachtingen zijn erg divers: bij het SKJ geregistreerd zijn vooral HBO en HBO+ opgeleiden. In de Jeugd GGZ is de (overigens erg dure) gewoonte er in geslopen dat er bij elk traject een WO+ geschoolde betrokken dient te worden. Maar in de ambulante jeugdhulp is dit niet de gewoonte. Ambulant hulpverleners voeren zelfstandig de jeugdhulp uit, en hebben indien nodig ruggespraak met collega's voor de helikopterview.</p> <p>Mijn verzoek / vraag is dan ook om als personeelsinzet te verwachten: de ambulante behandeling wordt uitgevoerd door een HBO opgeleide / SKJ</p>	<p>1) In uw vraag maakt u de aanname dat de door u geschetste gezinscoaching behandeling betreft. Dat is echter geen gegeven. Naar aanleiding van uw vraag merkt de regio ook op dat behandeling jeugd ambulant niet kan worden geleverd door een HBO+ geschoolde, maar dat een WO+ geschoolde betrokken dient te zijn.</p> <p>De zorgvraag van de inwoner bepaalt of zorg ingezet dient te worden en zo ja, welke zorg. Het lokale team en/of de medische verwijzer kijkt - wanneer wordt bepaald dat zorg ingezet dient te worden - op basis van de hulpvraag welke zorg passend.</p> <p>Wanneer u met uw vraag slechts wilde weten wanneer sprake is van behandeling regulier of behandeling specialistisch dan verwijst de regio u naar de productomschrijving. Hierin is op pagina 52 aangegeven dat welke van de twee wordt ingezet afhankelijk is van de ondersteuningsvraag van de jeugdige en de complexiteit van zijn situatie.</p> <p>2)De regio begrijpt uw vraag zo dat u vraagt of bij behandeling jeugd ambulant de gevraagde personeelsinzet kan worden aangepast. Nee, de regio gaat niet mee in dit verzoek en kiest er uit kwaliteitsoverweging bewust voor om een WO+ geschoolde te betrekken in een traject voor ambulante behandeling zoals beschreven staat in de productomschrijving.</p>
4	Inhoud	Regiebehandelaar	De Orthopedagoog Generalist is reeds opgenomen in de Wet BIG. Accepteert u de Orthopedagoog Generalist als regiebehandelaar naast de GZ-Psycholoog BIG? Ook voor de categorie vrijgevestigden?	Op grond van de productomschrijvingen jeugd (bijlage 5a) wordt de orthopedagoog-generalist NVO binnen instellingen gezien als regiebehandelaar. Dit is niet het geval voor de categorie vrijgevestigden.
5	Proces	Tarief productenlijst	Bij behandeling jeugd individueel is een categorie opgenomen voor regulier en specialistisch. We missen hierbij een tarief voor WO en WO+ voor hulpverleners die bijvoorbeeld gespecialiseerd zijn in trauma (die even hoog zijn opgeleid als in de GGZ) en voor onze gespecialiseerde interventie Nanny Plus. Er is wel een WO/WO+ tarief opgenomen bij advies en expertise (1.01). Is dit tarief ook voor de specialistische behandelingen bedoeld, of kan er een tarief worden toegevoegd voor WO en WO+ bij behandeling jeugd individueel?	<p>1. Nee, het tarief dat is opgenomen voor advies en expertise is niet bedoeld voor (specialistische) behandeling. Hoe dit product ingezet kan worden is terug te lezen in bijlage 5 (pagina 3) van het productenboek.</p> <p>2) Nee, de regio kan geen tarieven toevoegen voor WO en WO+ bij behandeling jeugd individueel. De Regio koopt namelijk producten in die voorzien in de ondersteuningsbehoefte van de inwoners. De Regio gaat er vanuit dat het product ambulante behandeling voorziet in de ondersteuningsbehoefte. Bij dit tarief is overigens de inzet van een WO gedragswetenschapper meegenomen in de kostprijsberekening omdat dit een vereiste is volgens de productomschrijving.</p>
6	Proces	Crisis pleegzorg	U geeft aan dat er geen behandeling kan worden gestart tijdens crisisleegzorg en dat u niet bereid bent om dit aan te passen. Wat is de reden hiertoe? Als het in het belang is van een kind dat wel een behandeling wordt gestart welke werkwijze kan dan gevolgd worden om de gemaakte kosten dan alsnog te kunnen declareren? Er kunnen behandelingen nodig zijn om al zo snel als mogelijk weer terug naar huis toe te werken.	De regio heeft als uitgangspunt dat de crisisleegzorg is bedoeld om te inventariseren wat er precies aan de hand is en hoe de crisis afgewend kan worden. Naar inzicht van de regio start daarna pas de behandeling.

7	Proces	vraag n.a.v. Nvl 1 - vraag/antwoord vraag 79 - bijlage 5 productenboek	<p>De manier van opstellen van de Open House en het reageren op de vragen van de Nvl van de regio laat weinig partnerschap en vertrouwen in de expertise en verantwoordelijkheid van aanbieders zien. Aanbieder is van mening dat hijzelf de inschatting kan maken wanneer het voor de kwaliteit nodig is extra specialisme in te zetten. Is de regio bereid dit met deze overweging nog aan te passen.</p> <p>De regio vindt het van belang om in elk geval elke 6 maanden met de jeugdige en het lokale team te kijken naar de hulpvraag. Inhoudelijk is aanbieder voorstander van korte lijnen en op inhoud met elkaar in gesprek gaan. Door dit te organiseren met korte beschikkingen werkt de regio extra administratie en gesprekken over financiën in de hand in plaatst van op inhoud. Is de regio bereid met deze overweging de beschikkingen minimaal een jaar te laten duren met de toevoeging dat er bij start behandeling afspraken over inhoudelijke evaluatiemomenten gemaakt worden.</p>	Nee, de regio is niet bereid om beschikkingen per definitie voor minimaal één jaar vast te stellen. De zorgvraag en ondersteuningsbehoefte van de cliënt is leidend, wat niet uitsluit dat beschikkingen ook voor een langere termijn afgegeven kunnen worden.
8	Proces	Vraag t.b.v nota van inlichtingen	<p>1. Klopt het dat de indicaties voor het product respijtzorg dagopvang-dagbehandeling alleen in dagdelen worden afgegeven?</p> <p>2. Klopt het dat de indicaties voor product Naschoolse Opvang in uren worden afgegeven?</p> <p>3. In de huidige werkwijze zien we dat er veel onduidelijkheid is bij sociale teams en ouders over het afgeven van een beschikking voor vervoer, zowel de beschikking als de hoogte van het bedrag. Op welke wijze kan deze onduidelijkheid worden verkleind? Dat geeft namelijk ook rust bij ouders en kinderen.</p> <p>4. Voor het opleidingsniveau van de medewerkers nemen wij aan, in aansluiting op het geboden tarieven, de gewenste resultaten en de krapte op de arbeidsmarkt, dat het gaat om een gemiddelde MBO-HBO geschoolde personen. Is dit juist?</p> <p>5. Gezien de beperkte omvang van het aantal groepen geldt ook voor de genoemde groepsgrootten dat het gaat om gemiddelden.</p>	<p>1. Dat klopt.</p> <p>2. Het product Naschoolse opvang bestaat niet. Op welke wijze de in te kopen producten worden geïndiceerd, kunt u opmaken uit de tarievenlijst.</p> <p>3. In de productomschrijvingen is hierover het volgende opgenomen: Wanneer de jeugdige op locatie van de Aanbieder wordt behandeld, geldt dat (pleeg)ouder(s)/verzorgers en/of voogd de eerste verantwoordelijkheid hebben om vervoer te organiseren. Het tarief voor dit product is exclusief het vervoer van Cliënt naar Aanbieder. Indien het voor (pleeg)ouder(s)/verzorgers en/of voogd niet haalbaar blijkt om vervoer te organiseren vanwege zwaarwegende omstandigheden, dient er contact opgenomen te worden met het lokaal team.</p> <p>4. De regio begrijpt niet wat u bedoelt met een gemiddelde MBO-HBO geschoolde persoon. Uit de productomschrijvingen blijkt welke inzet benodigd is om een product te kunnen leveren. Uit de productomschrijving respijtzorg dagopvang regulier blijkt bijvoorbeeld dat er minimaal sprake moet zijn van een relevante afgeronde opleiding op MBO 4-niveau en werken onder verantwoordelijkheid van een SKJ- of BIG-geregistreeerde professional op minimaal specifiek en aantoonbaar HBO-niveau.</p> <p>5. In de productomschrijvingen is ten aanzien van de groepsgroottes aangegeven dat Aanbieder de in de productomschrijving genoemde grootte hanteert of uitlegt waarom hiervan wordt afgeweken. Deze uitleg dient voorgelegd te worden aan en geaccordeerd door het lokale team.</p>
9	Juridisch	Bijlage 9 Conceptovereenkomst	<p>U geeft in de 1e Nvl aan dat er per diagnostiektraject maximaal 10 uur directe tijd gedeclareerd mag worden. Dit aantal uren en voorgesteld tarief is niet passend bij goede diagnostiek.</p> <p>- Hoe heeft de regio dit maximum aantal uren bepaald?</p> <p>- Wat is de reden dat er een maximum aantal uren in bepaald? Dit geeft weinig partnerschap en vertrouwen weer t.a.v. de aanbieders in uw regio.</p>	Dit maximum is vastgesteld naar aanleiding van onze productomschrijvingen.
10	Inhoud	Stapeling van begeleiding op gezinshuis	Kan op het product gezinshuis ook begeleiding gestapeld worden bij een cliënt met een hoge begeleidingsintensiteit?	Alleen in geval de begeleiding niet door de gezinshuisouders zelf wordt geleverd, maar door een pedagogisch medewerker. kan het product begeleiding gestapeld worden bij een cliënt met een hoge begeleidingsintensiteit. Dit gebeurt altijd in overeenstemming met het lokale toegangsteam.

11	Inhoud	Dagbehandeling Tarief	Op dit moment hanteert Utrecht West voor ons een Dagbehandeling Tarief voor -18 als een combinatie van dagbesteding (1.07) en ambulante uren (1.06). Is dat in 2022 ook weer zo geregeld of zullen er andere afspraken gaan gelden? En zo ja hoe zien die er dan uit? Welke codes gaan dan gelden?	Nee, in de nieuwe contracten zijn deze twee producten reeds samengevoegd onder de noemer Dagbehandeling. Voor de exacte omschrijving van dit product en wanneer dit wordt ingezet verwijst de Regio naar het productenboek (bijlage 5a, pagina 63). De productcode die zal gelden voor dit product zal op een nader moment gecommuniceerd worden naar de aanbieders.
12	Inhoud	34 - Nvl - Bijlage 9 Artikel 21	Bedoelt opdrachtgever met No Show het niet opstarten van de hulpverlening na afgeven arrangement in zijn geheel of geldt dit per apart cliëntcontact? Telt ziekte en afmelding door cliënt als een No Show?	No Show geldt per apart cliëntcontact, ziekte en afmelding vallen hier dus ook onder.
13	Contract	36 - Nvl - Indexatie	Welke toelichting heeft opdrachtgever op het aanpassen van de tarieven (in deze aangepaste verhouding)?	U vraag is niet geheel duidelijk. De regio bepaalt aan de hand van de parameters OVA (75%) en CPI (25%) het indexatiepercentage. Aan het einde van de kalenderjaar worden aanbieders gebaseerd op het indexatiepercentage op de hoogte gesteld van de tarieven voor het volgende kalenderjaar.
14	Inhoud	128 - Nvl - 2.1.4. Bekostiging - Indexering	Hoe weegt opdrachtgever wijzigingen in de CAO mee, nadat het tarief 2022 o.b.v. OVA en CPI uit kostprijsonderzoek Berenschot wordt geïndexeerd? Ofwel, worden de Jeugdzorginstelling additioneel gecompenseerd in de tarieven, wanneer de nieuwe CAO bekend is?	Nee, in de indexatie wordt bepaald middels een gewogen gemiddelde van de OVA (75%) en CPI (25%). De CAO schommelingen worden naar inzicht van de regio gereflecteerd in dit gewogen gemiddelde.
15	Inhoud	SROI resultaatsverplichting drempelwaarde	In navolging op vraag 28 uit de 1e Nvl:  De regio stelt de drempelwaarde voor SROI op 200K. Klopt het dat, naast dat de SROI pas vanaf 200K gaat 'tellen', de SROI dan tevens wordt berekend vanaf 200K? Klopt het zo in het volgende voorbeeld? Stel je hebt als aanbieder een omzet van 500K, dan wordt eerst de drempelwaarde van 200K er vanaf getrokken en over de overige 300K wordt dan de 2% SROI gerekend? Wij kennen een dergelijke regeling uit een andere regio maar het staat nu niet zo expliciet benoemd in het aanmelddocument van Utrecht-West.	Nee, Er wordt geen bedrag afgetrokken voor de aanbieders met een omzet van meer dan 200K. Aanbieders met minimaal 200K aan omzet in de regio Utrecht West dienen allemaal te voldoen aan de 2% regel.
16	Contract	Productenboek, ambulante spoedhulp (ASH)	In navolging op vraag 142 uit de 1e Nota van Inlichtingen hebben wij tevens een vraag over bereikbaarheid van de zorgaanbieder. Onze vraag gaat om Ambulante Spoedhulp (ASH), zoals beschreven in het Productenboek. De regio wil tijdig handelen in geval van een crisissituatie ondervangen, daarom wordt gevraagd om een 24-uurs bereikbaarheid. Allereerst: Hoe definieert de regio bereikbaarheid? Geldt dit zowel voor aanmelders/verwijzers als voor de cliënt zelf? Vanuit ASH zijn wij gewend met een 12-uurs bereikbaarheid te werken. Daarmee zijn wij in staat tijdig handelen in crisissituaties te ondervangen. Hoe wordt door de regio omgegaan met de vergoeding van de kosten voor de extra bereikbaarheid, welke de regio wenst? Wil je regio in bredere zin toelichten wat er van aanbieders wordt verwacht ten aanzien van de 24-uurs bereikbaarheid?	De voorgestelde tarieven zijn opgesteld naar aanleiding van onze productomschrijvingen, de toeslag voor de 24uurs bereikbaarheid is daarin meegenomen. De regio verwacht van aanbieders dat 24 uur gebeld kan worden voor in ieder geval triage, en dat uiterlijk 24 uur na aanmelding crisisopvang wordt verleend.
17	Inhoud	Locatiebeschrijving	In navolging op vraag 95 uit de 1e Nota van Inlichtingen, waarin bij beantwoording staat dat de locatie locatie vereist is voor alle verblijfsproducten waar Aanbieder zich op heeft ingeschreven/op gaat inschrijven. Daar staat tevens dat bij de (locatie)beschrijving staat opgenomen welke producten Aanbieder aanbiedt op deze locatie. Zou de regio willen toelichten wat er nog meer opgenomen dienst te worden in de locatiebeschrijving, of dat enkel een toelichting welke producten op betreffende locatie worden aangeboden volstaat? Wij kunnen niet terugvinden welke eisen er gesteld worden aan de locatiebeschrijving.	Bij de gevraagde gegevens voor de locatiebeschrijving staat in het aanmelddocument het volgende geformuleerd: Een beschrijving van de locatie en het adres. Hierin is de regio op zoek naar een korte beschrijving van de kenmerken van de locatie en welk product hier geleverd wordt.

18	Contract	Essentiële functies en zorgproduct	In navolging op vraag 119 uit de 1e Nvl: Voor ons is met dit antwoord nog steeds niet 100% duidelijk wat er (wel en niet) onder de essentiële functies wordt verstaan, welke bovenregionaal zijn gecontracteerd en uitgevoerd door YEPH. Specifiek zoeken wij helderheid over het zorgproduct 'Residentiële zorg' uit de huidige inkoop in Utrecht-West (bijlage 1 Tarievenblad - producten onder onderdeel 1.11). Hoe verhoudt zich dit tot de essentiële functies? Valt onder dit product Residentiële zorg wel of geen open 3-milieus groep? Kan de regio de verhouding tussen deze producten/productcategorieën nader toelichten?	De ingekochte residentiële zorg valt niet onder de 3-milieus groep. De residentiële behandel- en leefgroep biedt de jeugdige een veilige, stabiele pedagogisch positieve omgeving wanneer dat in de thuissituatie, een (pleeg)gezin of een Gezinshuis niet (meer) mogelijk is. De essentiële functies zijn gegund aan een consortium van aanbieders die essentiële functies aanbieden aan jeugdigen door te doen wat echt nodig is. In dit interview ( <a href="https://www.inkoop sociaaldomein.nl/actueel/nieuws/2020/11/20/praktijkvoorbeeld-yeph-hoe-drie-aanbieders-het-consortium-yeph-vormden">https://www.inkoop sociaaldomein.nl/actueel/nieuws/2020/11/20/praktijkvoorbeeld-yeph-hoe-drie-aanbieders-het-consortium-yeph-vormden</a> ) is de visie van essentiële functies nader uitgewerkt.
19	Contract	Uitloopconstructie	In de eerste Nvl geeft u aan dat er de komende periode een afbouwconstructie wordt uitgewerkt voor aanbieders die zich niet opnieuw willen inschrijven, maar in 2022 wellicht nog wel cliënten uit de regio in behandeling hebben. Kunt u concreet aangeven wanneer wij over deze constructie worden geïnformeerd? Zoals u begrijpt vraagt ook dit voorbereiding, tijd en beleid van aanbieders. We zien dit graag z.s.m. tegemoet.	De verwachting is dat de regio hierover in september/oktober 2021 contact opneemt met de aanbieders die het betreft.
<b>Tarieven en kostprijsonderzoek</b>				
20	Contract	Declarabel / directe tijd	U geeft aan dat alleen directe tijd gedeclareerd kan worden. U definieert dat als direct contact.  Voor veel diensten is het nodig om behandelplannen of verslagen te schrijven, onderzoeksmaterialen te scoren, afstemming van behandeling, mdo enzovoort.  U verwacht dat dit blijft bestaan, maar vergoed dit niet. Bent u het met mij eens dat dit een verkapte bezuiniging is?  Bent u het met mij eens dat de kwaliteit van verslaglegging en andere niet directe tijd die niet te declareren is mogelijk kan dalen door alleen directe tijd te vergoeden?  Wij zijn van mening dat de 360 minuten die declarabel vermenigvuldigd met de voorgestelde tarief, zijn niet passen bij goede diagnostiek. Bent u bereid nogmaals naar dit tarief, danwel de tijd die gedeclareerd mag worden te kijken?	1. Uw eerste vraag is of het feit dat alleen directe tijd besteed aan de client en zijn of haar systeem een verkapte bezuinigingsmaatregel is. Dat is niet het geval. Een vergoeding voor de indirecte tijd is geïncorporeerd in het tarief.  2. U vraagt of de regio het met u eens is dat de kwaliteit van verslaglegging mogelijk kan dalen door alleen directe tijd te vergoeden. De regio is het hier niet mee eens. Een vergoeding voor de indirecte tijd is geïncorporeerd in het tarief.  3. Nee, de regio heeft de 360 minuten gebaseerd op de oude bestaande contractafspraken voor een totaal durende diagnostiek van 720 minuten. De 720 minuten bestond uit directe en indirecte tijd, de 360 minuten zijn afgeleid omdat enkel nog de directe tijd declarabel is. In het kostprijsonderzoek is de directe tijd vastgesteld op 50% vandaar dat de regio op dit totaal is gekomen.

21	Juridisch	Direct cliëntgebonden tijd	De gemeente persisteert in de NVI 1 in haar beleid dat alleen directe cliëntgebonden uren mogen worden gedeclareerd. Daarbij uitgaande van een 60-40 verhouding. Deze verhouding is NIET representatief voor de (hoog)specialistische GGZ Jeugdhulp en zeker voor hoog complexe zorgvragen waarbij MDO, afstemming met toegang, ander partijen betrokken bij de hulp zoals school, netwerk rondom de cliënt etc. noodzakelijk zijn. De 60/40 verhouding komt uit de volwassenenzorg en het is echt een fout om te veronderstellen dat dit 1 op 1 is toe te passen bij complexe zorgvragen in de jeugd. Deze verhouding is derhalve niet representatief en zal in de praktijk leiden tot een volstrekt niet dekkende kostprijs.	<p>De productiviteitspercentages zijn gebaseerd op de input van aanbieders gecombineerd met referentiedata en informatie uit andere (landelijke) onderzoeken van Berenschot. De opbouw van de productiviteitspercentages variëren per product. De opbouw van dit percentage is volgens de definitie zoals eerder gecommuniceerd. Berenschot heeft geen verdere opsplitsing van dit percentage gegeven. Hieronder zetten wij voor verduidelijking de gehanteerde definities van direct- en indirect cliëntgebonden tijd. De productiviteitspercentages zijn volgens onderstaande definitie vastgesteld.</p> <p>Onder direct cliëntgebonden tijd wordt verstaan: De uren waarbij de hulpverlener direct contact heeft met de jeugdige, ouder, verzorger, familie of directe omgeving ten behoeve van de begeleiding/behandeling. Dit kan zowel faceto-face als telefonisch of elektronisch zijn. De directe cliëntcontacttijd is gericht op de behandeling/begeleiding van de jeugdige en levert handvatten voor omgeving om de effecten van de behandeling/ begeleiding richting de jeugdige te versterken.</p> <p>Onder indirect cliëntgebonden tijd wordt verstaan: De uren die de hulpverlener besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct cliëntgebonden tijd), maar waarbij de jeugdige, ouder, verzorger, familie of directe omgeving zelf niet aanwezig zijn zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administratie, verslaglegging, rapportage</li> <li>• overleg over de jeugdige (dus ook de tijd die anderen dan de directe behandelaar hieraan besteden)</li> <li>• analysetijd (bijvoorbeeld ten behoeve van diagnostiek)</li> <li>• reistijd (van en naar de jeugdige)</li> <li>• voorbereiding</li> <li>• coördinatie met andere hulpverleners in het gezin (wanneer nodig)</li> </ul> <p>De indirect cliëntgebonden tijd is gericht op de hulpverlener en geeft handvatten voor de hulpverlener om de behandeling / begeleiding beter te doen.</p> <p>Onder niet-cliantgebonden tijd wordt verstaan: Uren van een medewerker die niet toe te schrijven zijn naar een jeugdige zoals vakantie, ziekte, opleiding, niet-productieve tijd, werkoverleg, beleid, intervisie, reflectie, reistijd (naar locaties, werkoverleg, enz.), kosten voor overhead, (zoals management, staf, kapitaal e.d.), onregelmatigheidstoeslag, sociale lasten, materiële zorg gebonden kosten, e.d</p>
22	Inhoud	Direct cliëntgebonden tijd	Het Berenschot onderzoek geeft geen onderbouwing voor de 60/40 verhouding voor GGZ jeugd specialistisch. Landelijk zien we dat organisaties met Hoog complexe zorgvragen hier zeker niet aan kunnen voldoen. Wat is de onderbouwing van Berenschot en daarmee gemeente?	De regio verwijst u naar het antwoord op vraag 21.

23	Proces	Direct cliëntgebonden tijd	Zelfs met 60% declarabele uren komen we bij de Specialistische GGZ op een tarief dat niet reëel is gezien de te hanteren functiemix. Dit zou Berenschot ook vanuit de benchmark moet kunnen zien. Is er rekening gehouden met de vraag of de vijf reagerende partijen een juiste vertegenwoordiging vormen binnen dit veld. M.a.w. is er sprake van een juiste afspiegeling en hoe ziet deze eruit?	Onderzoeksbureau Berenschot heeft de input van de aanbieders die gereageerd hebben gecombineerd met eigen referentiedata en inzichten uit andere kostprijsonderzoeken. De productiviteitspercentages zijn dus niet uitsluitend op de input van aanbieders gebaseerd.
24	Inhoud	Direct cliëntgebonden tijd	Het hanteren van een tarief gebaseerd op een gemiddelde inzet van directe tijd in een omgeving waar dit gemiddelde sterk fluctueert tussen de diverse behandelingen/stoornissen maakt dat er veel behandelingen niet meer kostendekkend zijn. En voor anderen teveel wordt betaald. Hoe kijkt de regio hiernaar? Verdient het niet de aanbeveling om hier conform het nieuwe Zorg Prestatie Model van de ZVW meer differentiatie in aan te brengen?	De regio merkt in eerste instantie op dat deze contractafspraken voortkomen uit de wettelijke opdracht van de Jeugdwet, niet van de Zorgverzekeringswet. In de toekomst kan gekeken worden of producten op deze manier gefinancierd kunnen worden, de regio moedigt aanbieder aan om deze ideeën aan te dragen aan de regio.
25	Proces	Direct cliëntgebonden tijd	Als partijen al willen inschrijven tegen deze voorwaarden zal dit mogelijk kunnen leiden tot perverse omstandigheden. Bijvoorbeeld: het bijwerken van het cliënten dossier en verslaglegging in bijzijn van de cliënt. Daarnaast zullen zeer relevante acties zoals een MDO of contact met school of netwerk tot het minimum worden beperkt met alle gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Het leveren van zorg voor kinderen met (hoog) complexe problematiek wordt hiermee eigenlijk onmogelijk. Is de gemeente zich hiervan bewust?	Een vergoeding voor tijd voor verslaglegging en MDO is door Berenschot geïncorporeerd in de tarieven. Aanbieders die zich inschrijven, verplichten zich tot het leveren van kwalitatief goede zorg. Onder het leveren van kwalitatief goede zorg valt ook het bijwonen van MDO en zorgen voor juiste verslaglegging. De regio gaat er dan ook vanuit dat aanbieders hun contractuele verplichtingen nakomen en kwalitatief goede zorg leveren. De regio merkt nog op dat contact met het systeem van de client ook declarabel is op grond van de contractbepalingen.
26	Inhoud	Direct cliëntgebonden tijd	Voorbeeld casus: Meisje van 16 jaar, heeft al veel hulpverlening gehad. Eerder zijn de diagnoses ADHD en autisme gesteld bij andere instellingen. Er is ambulante hulpverlening betrokken en er wordt gekeken naar een uithuisplaatsing en mogelijk een klinische opname. Ze groeit op bij gescheiden ouders. Hulpvraag is "help wat is er met me aan de hand". In het begin kunnen ouders en dit meisje niet goed verwoorden wat precies hun hulpvraag is, wat de problematiek is en waar de betrokken ambulante hulpverlening aan werkt. Er is door onze behandelaars veel geïnvesteerd in het opbouwen van een vertrouwensrelatie om vervolgens tot afspraken te komen. Ook duurde het lang om oude verslagen te krijgen van eerdere behandeling. Het ging op een gegeven moment zo slecht, dat het meisje opgenomen dreigde te moeten worden. We spreken met de ambulante hulpverlener, met de onderwijsvoorziening en er komen meerdere overleggen waar Woerden Wijzer ook aan meedoet, evenals de leerplichtambtenaar. Uiteindelijk lukt het na bijna een jaar om een duidelijk kader neer te zetten en een duidelijk plan te maken. We starten met uitgebreide diagnostiek waarbij we ons richten op het meisje maar ook op de context. We leren over de voorgeschiedenis van beide ouders, hun bagage die ze zelf hebben meegekregen. En de levensgeschiedenis van dit meisje waarbij vanwege ziekte bij zusje de ouders een tijd lang minder beschikbaar waren. Daarna speelden er relatieproblemen tussen ouders en ook gezondheidsproblemen bij vader. We zien niet zoals eerder elders gesteld een ontwikkelingsstoornis zoals ADHD of autisme maar een persoonlijkheidsstoornis. Ze heeft veel moeite met het omgaan met emoties, beschadigt zichzelf soms en ze heeft een heel instabiel zelfbeeld.	De productiviteitscijfers zijn opgebouwd aan de hand van de aangeleverde informatie, referentieonderzoeken en openbare data. Niet alle organisaties (of casussen) passen exact op alle parameters, deze kunnen op onderdelen afwijken. De opbouw van de productiviteit varieert per product maar kan ook per casus verschillen.

			<p>Dit alles is veel beter te begrijpen vanuit wat ze heeft meegemaakt en de context waarin ze is opgegroeid. Dit wetende kan er een behandeling worden geboden die hier bij aansluit. We hebben deze diagnostiek kunnen doen door te investeren in de relatie met het meisje en ouders maar vooral door het kader duidelijk neer te zetten en de context helder te krijgen en met alle betrokken tot een helder plan te komen. De diagnostiek vraagt expertise op gebied van psychologisch en persoonlijkheidsonderzoek, expertise op gebied van de psychiatrie bij jongeren maar ook bij de ouders. En expertise op gebied van gezinnen en systemen. Daarbij is het goed steeds weer in het multidisciplinaire team te bespreken of we op de goede weg zitten. Dit meisje riep door haar wisselende gedrag en presentatie soms frustratie op of onbegrip en ook bleef de hupvraag lang onduidelijk. Dan is het belangrijk om daar in het multidisciplinaire team op te reflecteren en te kunnen kijken met alle disciplines en expertise die we in het team bezitten, hoe we tot een goed plan kunnen komen en de beste zorg kunnen bieden voor de cliënt en zijn/haar gezin en verdere context.</p> <p>Dit betreft een representatieve casus voor de cliënten die naar ons worden verwezen. Zoals u ziet wordt er veel geïnvesteerd in contacten rondom de cliënt alsook in Multi disciplinair overleg. De verhouding direct-indirect cliëntgebonden tijd is hierbij als snel 30%-70%. Landelijk gezien is dit ook een normale verhouding. Dit zou echter betekenen dat slechts 30% van de tijd gedeclareerd mag worden. Dan komen we uit op een effectief tarief van 55 euro. Hoe denkt de gemeente dat we voor een dergelijk tarief tot een effectieve behandeling kunnen komen, dan wel een financieel gezonde organisatie kunnen behouden?</p>	
27	Contract	Direct cliëntgebonden tijd	<p>Een belangrijk verschil tussen instellingen en een vrijgevestigde is dat er binnen instellingen met een multidisciplinair team wordt gewerkt. Uiteraard is hierbij inhoudelijke afstemming noodzakelijk, het zogenaamde MDO (Multi Disciplinair Overleg).</p> <p>Is de regio met ons van mening dat dit overleg zeer waardevol is maar ook zorgt voor een groot verschil in de verhouding directe- en indirecte tijd tussen instellingen en een vrijgevestigde? En dat het middelen van deze verhoudingen tot een voor de instelling ongunstig tarief zal leiden ?</p>	De productiviteitscijfers zijn opgebouwd aan de hand van de aangeleverde informatie, referentieonderzoeken en openbare data. Niet alle organisaties passen exact op alle parameters, deze kunnen op onderdelen afwijken. De productiviteitscijfers zijn indien mogelijk op instellingniveau geadviseerd door Berenschot.
28	Contract	vraag n.a.v. Nvl 1	<p>U geeft via diverse antwoorden aan dat de indirecte tijd is verdisconteerd in het tarief (direct clientgebonden tijd). Dan toch ter verduidelijking (S-GGZ): als wij nu 1 uur declareren (met bijv. de onderdelen: behandelplan opstellen, sessie voorbereiden, mdo, clientgesprek (41%*60 min = 25 min), sessieverslag), dan declareren wij 118,80. U stelt nu voor dat wij 25 minuten (direct clientgebonden tijd) tegen minuuttarief van 3,07, dus 76,73 mogen declareren. Er mag dan iets verdisconteerd zijn, maar wij vragen u toch veel preciezer aan te geven hoe deze verdiscontering eruit ziet, met dit resultaat. Het rapport Berenschot is te onduidelijk (zie ook de grote hoeveelheid vragen hieromtrent). Ten overvloedde: dit is een verduidelijkingsvraag en niet te lezen als "...of de tarieven voor GGZ hoger kunnen worden vastgesteld.." (uw antwoord op vraag 20).</p>	Berenschot heeft geen verdere opsplitsing gegeven van het productiviteitspercentage. Berenschot heeft haar onderzoek gebaseerd op onder andere input van aanbieder, referentiedata uit landelijke benchmarks zoals de Benchmark Care, Benchmark Jeugd domein en andere onderzoeken. Op die manier heeft zij de regio geadviseerd over het opstellen van een reëel tarief. Het onderzoeksbureau heeft ruime ervaring in het uitvoeren van kostprijsonderzoeken en beschikt over een rijke set aan data en vergelijkbare gegevens. De regio heeft om die redenen de adviezen van Berenschot overgenomen.



29	Uitvoering	tarief pleegzorg	De herziene pleegzorgtarieven zijn lager dan in 2021 en zijn krappere als je deze vergelijkt met andere regio's. In de beantwoording van een vraag hierover geeft u aan zich te baseren op het advies van Berenschot. Het feit dat de Utrecht West tarieven lager zijn dan in vergelijking met andere regio's en signalen vanuit zorgaanbieders in voorgaande jaren dat indexering benodigd was zijn evenwel signalen die ook tot handhaving van 2021, 2022 kunnen leiden. Waarom is daar niet voor gekozen?	De regio wenst en is verplicht reële tarieven te betalen voor de te zetten zorg. Berenschot heeft een kostprijsonderzoek gedaan waaruit reële tarieven volgen. De regio heeft er voor gekozen om de tarieven die volgen uit de onderzoeken over te nemen zonder daarin onderscheid te maken tussen producten.
30	Uitvoering	vraag n.a.v. Nvl 1 - vraag/antwoord vraag 14 - bijlage 6 kostprijsonderzoek	Is de regio zich ervan bewust, en welke oplossing ziet de regio, door vast te houden aan het uitgevoerde onderzoek, waar aanbieder niet achter kan staan, dat dit gevolgen heeft voor de manier waarop aanbieder gedwongen wordt zijn werk uit te oefenen. Bijvoorbeeld reistijd wat in het tarief zit is voor aanbieders die outreachend werken niet haalbaar, cliënten zullen naar de aanbieder moeten komen.	Een vergoeding voor reistijd is geïncorporeerd in de vastgestelde tarieven. Aanbieders verplichten zich bij inschrijving zo dichtbij als mogelijk kwalitatief goede zorg te leveren. Wanneer de aanbieder uit kwaliteitsoverwegingen van mening is dat het beter is om de cliënt op locatie van aanbieder te behandelen dan is hij daartoe vrij. Dit kan de aanbieder zelf afstemmen met cliënt.
31	Uitvoering	Tarieven	<p>Voor de vaststelling van tarieven is een wettelijk kader vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er moeten altijd reële en proportionele tarieven worden vastgesteld ongeacht de gekozen inkoopprocedure of bekostigingsvorm, zowel bij aanvang van de overeenkomst als bij eventuele verlengingen.</li> <li>• Rekening houdend met sectorale uitvoeringswerkelijkheid en kostprijs "redelijk efficiënt werkende" aanbieder.</li> <li>• Onderbouwen en inzichtelijk maken dat voldaan is aan de eisen Jeugdwet/ WMO.</li> </ul> <p>De rechter heeft hieraan onder andere aan toegevoegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De reële prijs moet gebaseerd zijn op zorgvuldig onderzoek.</li> <li>• Op gemeenten rust de plicht tot het delen van de informatie en afwegingen die hebben geleid tot de vastgestelde tarieven.(informatieplicht)</li> </ul> <p>In dit licht hebben wij nog de volgende vragen:</p> <p>1) Het kostprijs onderzoek is gebaseerd op de input van 5 aanbieders (S-GGZ). In hoeverre vertegenwoordigen deze aanbieders het volledige veld? Wat zijn de kenmerken van deze aanbieders? Wat is de cliënten populatie die deze aanbieders in behandeling hebben? Zijn dit aanbieders die ook opleidingsplaatsen hebben voor Psychiaters, Klinisch psychologen? Hebben zij ook klinische capaciteit beschikbaar? Zijn deze in staat om hoog complexe zorg te leveren?</p> <p>2) Kunt u inzicht geven in hoe de verhouding directe/indirecte cliëntgebonden kosten tot stand is gekomen? Welke onderleggers zijn gebruikt?</p> <p>3)De gemeenten dienen realistische tarieven vast te stellen. Op welke wijze kunnen de gemeenten onderbouwen dat de gekozen systematiek van directe/indirecte kosten voor iedere redelijke efficiënt werkende aanbieder leidt tot een realistisch tarief?</p>	<p>1) Berenschot heeft de informatie die aangeleverd is getoetst aan eigen landelijk referentiemateriaal en andere openbare (kostprijs)onderzoeken. De informatie waarop de kostprijsberekeningen zijn gebaseerd zijn dus niet alleen gebaseerd op de informatie van deze vijf aanbieders. Tijdens het kostprijsonderzoek heeft Berenschot de productbeschrijvingen met bijbehorende eisen als uitgangspunt genomen. 2) Berenschot heeft geen verdere specificatie van directe en indirecte kosten opgeleverd. Berenschot hanteert wel een opslag voor overhead, hotelmatige kosten en overige kosten. Deze zijn gebaseerd op de landelijke benchmarks van Berenschot en opgenomen in de rapportage. Indien u doelt op directe en indirecte cliëntgebonden tijd dan verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 21. 3) De gemeenten hebben Berenschot gevraagd onafhankelijk onderzoek te doen naar de kostprijzen en daarover een advies uit te brengen. Berenschot beschikt over relevant referentiemateriaal en expertise uit andere (landelijke)onderzoeken. Deze informatie is gebundeld met de opgehaalde informatie. Berenschot hanteert als bron het gemiddelde van aanbieders o.b.v. de landelijke benchmarks van Berenschot. Dit betekent dat een gemiddelde aanbieder uit de voeten kan met deze opslag. Berenschot heeft met de VNG én de branches een kostprijsmodel opgesteld dat ook hier is gebruikt.</p>

32	Uitvoering	Vervolg vraag 21	<p>Vervolg vraag 21</p> <p>U interpreteert onze vraag onjuist. U voert een tariefkorting in van 7% met de nieuwe tarieven door de indirecte cliëntgebonden tijd niet langer declarabel te maken.</p> <p>In combinatie met de overige maatregelen zorgt dit voor een daling van een klinisch behandeltraject met 32%. Wij vinden dit onbehoorlijk.</p> <p>Hiertegenover stelt u dat u een 2% winst-/risico opslag acceptabel acht. Gelet op de vele kritische opmerkingen over de voorgestelde tarieven, vraagt u met deze tariefkorting aan vele zorgaanbieders onder hun kostprijs te gaan werken. Dit zal het faillissement van een aantal zorgaanbieders tot gevolg hebben. Dit zal met name ten koste gaan van de zorg voor de meest kwetsbare jongeren in de regio Utrecht West. Wij vinden dit dermate risicovol dat de gemeenteraden van de verschillende gemeenten hiervan in kennis gesteld moeten worden zodat zij politiek hiervoor ook de verantwoordelijkheid kunnen nemen. Ben u het hiermee eens?</p>	<p>Nee, wij delen dit standpunt niet. De opbouw van het tarief met bijbehorende parameters heeft de regio vastgesteld, mede op basis van een onafhankelijk rapport. De productbeschrijvingen met bijbehorende definities zijn daarbij leidend geweest. U geeft aan dat het in Nederland gebruikelijk is dat direct en indirect cliëntgebonden tijd volgens de richtlijnen van de Nza en VNG gedeclareerd worden. In andere regio's en andere onderzoeken worden verschillende definities en rekenmethoden gebruikt. Dit heeft tot gevolg dat parameters uit de eerdere kostprijsberekeningen kunnen afwijkingen ten opzichte van de gehanteerde parameters in dit onderzoek. De regio is van mening dat zij onder verwijzing naar voornoemd onderzoek een reëel tarief betaalt.</p>
33	Uitvoering	Vervolg vraag 38	<p>Vervolg vraag 38</p> <p>Wij zijn van mening dat de regio onvoldoende over de gevolgen heeft nagedacht dat alleen directe cliëntgebonden tijd declarabel is. Dit betekent dat al het overleg, afstemming en andere indirecte werkzaamheden tussen behandelaren, verwijzers, instanties niet vergoed wordt en dit niet of zo weinig mogelijk zal gaan plaatsvinden om deze reden. Wederom zal deze keuze van aanbestedingsspecialisten ertoe leiden dat de zorg voor de meest kwetsbare jongeren verder onder druk komt. De huidige grote problemen in de jeugdzorg worden met deze puur regionale keuze (alle andere Nederlandse gemeenten hebben een andere keuze hierin gemaakt) alleen maar versterkt. Wij vinden dit dermate risicovol dat de gemeenteraden van de verschillende gemeenten hiervan in kennis gesteld moeten worden zodat zij de gevolgen van deze keuze tot zich kunnen nemen en politiek hiervoor ook de verantwoordelijkheid kunnen nemen. Ben u het hiermee eens?</p>	<p>De regio is van mening dat haar keuze aansluit op de landelijke ontwikkelingen binnen de GGZ. Vanaf 1 januari 2022 wordt binnen de volwassen GGZ gebruik gemaakt van het zorgprestatie model. Ook in dit model is vergoeding van indirecte tijd verdisconteerd in het tarief. Daarnaast wordt door deze wijziging binnen de GGZ en EED gezorgd voor ontschotting, er is geen onderscheid meer in wijze van declareren tussen de verschillende productcategorieën. Voor het overige verwijst de regio u naar het antwoord op vraag 45.</p>
34	Juridisch	Contract / Bijlage 9 conceptovereenkomst jeugd	<p>Bij vraag 45. Op de volgende punten maken wij kenbaar dat wij moeite hebben met de condities in het inkooptraject, wij vragen u slechts te bevestigen dat u hier kennis van heeft genomen. 1) Verrekening op basis van directe cliëntgebonden tijd is strijdig met de transformatie opdracht om thuis hulp te verlenen, en stimuleert kantoorgebonden zorg, 2) De productbeschrijvingen hebben een stevige ruk naar verbijzondering gemaakt in plaats van naar normaliserend, 3) De tariefstelling voor ambulante geeft geen comfort om hier op te investeren, er gaat geen uitnodiging van uit naar instellingen die hierop betekenisvol kunnen en willen zijn, 4) de open dialoog over de condities waaronder wordt samengewerkt is gemist.</p>	<p>De regio heeft kennis gekomen van uw standpunt en merkt hierbij op dat zij uw standpunten niet onderschrijft.</p>
35	Inhoud	Kostprijsonderzoek/ Bijlage 5 tarievenblad	<p>Bij vraag 12 jeugd en 68 wmo. Wat is de reden dat de tarieven voor ambulante jeugdhulp behandeling niet voor een second opinion zijn voorgelegd ondanks dat hier helder een geschil was?</p>	<p>De regio onderschrijft niet dat er sprake zou zijn van een geschil. Naar aanleiding van het kostprijsonderzoek is in samenspraak met aanbieder op bestuurlijk niveau besloten om een aantal producten voor te leggen voor een second opinion. Dit besluit is samen met de aanbieders genomen naar aanleiding van het kostprijsonderzoek en de discussie die hieruit voortkwam.</p>

36	Proces	Contract / Bijlage 9 conceptovereenkomst jeugd	Bij vraag 45. Is de gemeente zich er bewust van dat gegeven de tariefstelling wij de opleiding van onze medewerkers moeten beperken tot het verplichte minimale herregistratie en geen ruimte hebben om HBO+’ers op te leiden terwijl dit opleidingsniveau wel vereist is?	Wanneer u met uw vraag bedoelt of de regio er mee instemt dat er wordt afgeweken van de gevraagde opleidingseisen in de productomschrijvingen, dan wordt deze vraag ontkennend beantwoord. Het personeel van een aanbieder die zich inschrijft voor een product, dient te voldoen aan de gevraagde opleidingseisen.
37	Contract	Contract / Bijlage 9 conceptovereenkomst jeugd	Bij vraag 45. Een snelle doorrekening van de uren (1872 minus verlof en verplichtingen) leidt tot zo'n 7 uur per week die niet besteed wordt aan directe cliëntgebonden tijd. In deze tijd vallen reistijd, voorbereiding, afstemming en coördinatie. Bij een gemiddelde casusload zo'n 40 minuten per week. Met een beroep op het proportionaliteitsbeginsel vragen wij u expliciet te beantwoorden hoe binnen deze minuten per cliënt vorm gegeven kan worden aan 1) outreachend werken met bijbehorende reistijd, 2) kwalitatieve voorbereiding op het werk, en 3) verantwoording over geleverde zorg.	De productiviteitscijfers zijn opgebouwd aan de hand van de aangeleverde informatie, referentieonderzoeken en openbare data. Niet alle organisaties passen exact op alle parameters, deze kunnen op onderdelen afwijken. De regio dient in ieder geval een reëel tarief te bieden.  Hierbij willen wij opmerkingen dat in de berekening niet alleen is gekeken naar de input van aanbieders maar ook naar referentiecijfers en andere (landelijke) onderzoeken.
38	Uitvoering	Contract / Bijlage 9 conceptovereenkomst jeugd	1. Bij vraag 45. Gedurende de aanloop naar het inkooptraject, het kostprijs onderzoek en NV1 is gevraagd om 1) duidelijkheid over de definitie van productiviteit en 2) deze gelijk te stellen aan de directe en indirecte cliëntgebonden tijd. De definitie van cliëntgebonden tijd is aangepast, maar dit is geen antwoord op de vraag. Verrekenen op directcliëntgebonden tijd blijft een onwenselijke prikkel geven, en bij de gehanteerde uitgangspunten dwingt het om afscheid te nemen van reizen naar de inwoner, van voorbereiding op het werk, van coördinatie van zorg. Omdat het kostprijsonderzoek hier geen exact antwoord op geeft vragen wij u in de NV1 met beroep op het transparantie beginsel exact aan te geven: Hoe verdeelt een medewerker die 36 uur werkt zijn of haar tijd over directe cliënttijd, voorbereiding, opleiding, reistijd, verlof, ziekte, overleg. Wij vragen u hier een verdeling van concrete uren weer te geven verdeeld over concrete onderdelen van het werk, optellend tot een totaal van 1872 uur voor een FTE per jaar. Daarbij kunt u uitgaan van Woerden als standplaats. En indien u dit exacte antwoord niet kunt of wilt geven, dan verwachten wij dat u dit motiveert, rekening houdend met het transparantie- en proportionaliteitsbeginsel.	De regio kan niet voor een aanbieder beslissen hoe haar werknemer zijn tijd zou moeten invullen, noch kan zij rekening houden met de aangewezen standplaats. Daarom heeft de regio een onafhankelijk bureau een kostprijsonderzoek laten uitvoeren waarin de onderdelen (reistijd, opleiding, verlof, ziekte, overleg en andere elementen) uit uw vraag zijn meegenomen. De productiviteitscijfers zijn opgebouwd aan de hand van de aangeleverde informatie, referentieonderzoeken en openbare data. Niet alle organisaties passen exact op alle parameters, deze kunnen op onderdelen afwijken. De opbouw van de productiviteit varieert per product maar kan ook per casus verschillen.
39	Uitvoering	Bijlage 6 Kostprijsonderzoek	U geeft in de 1e Nvl aan dat Berenschot niet van alle aanbieders nieuwe input heeft ontvangen t.a.v. de productiviteit, omdat het voor aanbieders moeilijk is gebleken dit percentage te bepalen. Daarom is het productiviteitspercentage ook gebaseerd op landelijke onderzoeken.  - Wij vragen u ten eerste meer inzicht te geven in de totstandkoming van het productiviteitspercentage van 41% voor SGGZ behandeling. Zeker gezien het voor aanbieders dus moeilijk is gebleken dit te bepalen. -In hoeverre kunt u aantonen dat dit percentage realistisch is? Wij hebben wel tweemaal gegevens aangeleverd en herkennen ons als aanbieder van hoogcomplexen ggz totaal niet in de uitkomst. Wat zijn de kenmerken van de 5 aanbieders (plaats in de keten, cliëntenpopulatie, opleidingsplaatsen, etc.)? Hetzelfde geldt voor de landelijke onderzoeken. - Op welke wijze kan de gemeente daarnaast onderbouwen dat dit heeft geleid tot een reëel tarief? Hoe zit de verdiscontering van de indirecte tijd eruit? Dit staat allen niet duidelijk beschreven in het kostprijsonderzoek, wij vragen u daarom dringend tot nadere onderbouwing.	De productiviteitspercentages zijn inderdaad gebaseerd op de input van aanbieders gecombineerd met referentiedata en informatie uit andere (landelijke) onderzoeken van Berenschot. Berenschot heeft de informatie over de productiviteit van aanbieders getoetst aan landelijke productiviteitsonderzoeken. Het productiviteitspercentage is per product vastgesteld. De opbouw van dit percentage is volgens de definitie zoals eerder gecommuniceerd. Berenschot heeft geen verdere opsplitsing van dit percentage gegeven. De productiviteit is gebaseerd op het totaal aantal contracturen van medewerkers en niet gebaseerd op het aantal werkuren. Dit wil zeggen dat het percentage ook corrigeert voor bijvoorbeeld vakantiedagen, verlof, ziekte en indirect cliëntgebonden tijd. Voor de definitie verwijzen wij u naar vraag 21.

40	Uitvoering	39 - Nvl -	Kan opdrachtgever inzichtelijk maken (met berekenwijze - voorbeeld) op welke wijze en met welke componenten de indirecte tijd is verdisconteerd in het tarief?	Nee, onderzoeksbureau Berenschot heeft geen verdere opsplitsing van het productiviteitspercentage gegeven. Het productiviteitspercentage is opgebouwd aan de hand van de definitie zoals door de gemeenten opgesteld. Daarbij is de input van aanbieders gecombineerd met (landelijke)referentieonderzoeken.
41	Juridisch	tarieven residentieel (1.11) en gezinshuis (1.10)	De tarieven voor de producten residentieel (1.11) en gezinshuis (1.10) zijn te laag voor de benodigde expertise die nodig is om de zeer complexe categorie jeugd te kunnen bedienen. Is er een mogelijkheid om deze tarieven nog bespreekbaar te maken.	In deze fase van de inkoop is het voor de regio niet mogelijk om hierover met aanbieders in gesprek te gaan. De regio baseert zich voor de tarieven op de kostprijsonderzoeken die zijn uitgevoerd waarbij aanbieders actief zijn betrokken.
42	Inhoud	Indirect cliëntgebonden tijd	Op 1 juli is het document 'inzicht in tarieven, een handreiking voor het goede gesprek tijdens contractering' gepubliceerd. Deze handreiking is opgesteld in het kader van het convenant 'Bevorderen continuïteit jeugdhulp'. De Branches Gespecialiseerde Zorg voor de Jeugd (BGZJ), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), de Jeugddoelgroep (JA), het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) hebben dit convenant ondertekend. In dit document wordt de volgende definitie van indirect cliëntgebonden uren gebruikt: uren die de beroepskracht wel aan de cliënt besteedt, maar niet in direct contact. Voorbeelden hiervan zijn uren voor multidisciplinair overleg, rapportages, bijwerken van patiëntendossier en reistijd. Ook voor PNIL worden deze uren meegenomen. Samen met de direct cliëntgebonden uren worden deze vaak aangemerkt als de productieve uren en daarmee declarabele / facturable uren. Deze zienswijze is door de gezamenlijke aanbieders ook met de wethouder besproken, waarbij de wethouder zich in het verlengde van genoemd document en gehanteerde definitie van indirect cliëntgebonden tijd heeft uitgesproken. Dit zien wij echter niet terug in de beantwoording van de vragen in de eerste nota van inlichtingen. Wanneer de huidige formulering gehandhaafd blijft, betekent dit dat wij als aanbieder onder de tarieven zouden moeten werken. De VGN heeft het onderliggende document ondertekend. Wij verzoeken u om de definitie van indirect cliëntgebonden tijd aan te passen conform de genoemde handreiking.	In uw vraag verzoekt u de definitie van indirect cliëntgebonden tijd aan te passen conform de genoemde handreiking. U geeft aan dat de definitie van indirect cliëntgebonden tijd in de handreiking luidt: "uren die de beroepskracht wel aan de cliënt besteedt, maar niet in direct contact. Voorbeelden hiervan zijn uren voor multidisciplinair overleg, rapportages, bijwerken van patiëntendossier en reistijd." De regio ziet niet in op welke wijze deze definitie van indirect cliëntgebonden tijd inhoudelijk anders is dan de definitie die in de overeenkomst wordt gebruikt. Als u met uw vraag eigenlijk bedoelt of de regio de definitie van declarabele tijd wil aanpassen, dan wordt deze vraag ontkennend beantwoord.
43	Inhoud	tarieven S GGZ (1.03)	De productiviteit aangaande het tarief SGGZ (1.03) dat in het rekenmodel wordt gehanteerd is voor aanbieders in veel gevallen niet haalbaar. Is er nog een mogelijkheid om hierover met de regio in gesprek te gaan? Eventueel met een groep (vertegenwoordigende) aanbieders?	In deze fase van de inkoop is het voor de regio niet mogelijk om hierover met aanbieders in gesprek te gaan. De regio baseert zich voor de tarieven op de kostprijsonderzoeken die zijn uitgevoerd waarbij aanbieders actief zijn betrokken.
<b>Forensische Zorg</b>				
44	Inhoud	Forensische zorg	De regio geeft aan dat aanbieders forensische zorg kunnen declareren onder het product SGGZ, omdat dezelfde constructie in het verleden ook is gehanteerd. Echter, de nieuwe tarieven van de SGGZ zijn niet toereikend voor het leveren van forensische GGZ. Door de kwaliteitseisen van de forensische GGZ gelden er andere parameters (zoals productiviteit) die invloed hebben op het tarief, waardoor het tarief hoger uit komt dan bij SGGZ. Dit verschil is ook terug te zien in de presentatie van Berenschot van 25 maart 2021 (waarbij er nog een fout zat in de berekening, het tarief is door Berenschot later bijgesteld naar €291,17). Overigens is zelfs het door Berenschot berekende tarief voor forensische GGZ nog niet toereikend. Is de regio zich er van bewust dat er mogelijk geen forensische aanbieders kunnen inschrijven omdat de kwaliteitseisen en het tarief van SGGZ niet passend zijn voor forensische GGZ?	De regio gaat er vanuit dat met de nieuwe productcatalogus kan worden voorzien in de ondersteuningsbehoefte van de inwoner, ook met betrekking tot de forensische zorg.

45	Inhoud	Bovenregionaal inkopen	De regio geeft aan in de eerste nota van inlichtingen dat de regio de mogelijkheden onderzoekt tot het bovenregionaal inkopen van forensische GGZ zorg per 1-1-2023. Hoe ziet dit proces er uit?	Er wordt in bovenregionaal verband overleg gevoerd tussen gemeenten. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze overleggen zullen mogelijk verdere stappen worden genomen.
46	Inhoud	Discontinuïteit van zorg	Aangezien de regio aangeeft dat de forensische GGZ in ieder geval niet eerder dan vanaf 1-1-2023 bovenregionaal ingekocht gaat worden, en in de tussentijd de kwaliteitseisen en tarieven van het SGGZ product ontoereikend zijn voor forensische GGZ, maken wij ons zorgen om de discontinuïteit van zorg voor deze doelgroep. Hoe gaat de regio om met discontinuïteit van de zorg?	De regio verwijst naar artikel 5.6 van de huidige overeenkomst waarin het volgende is opgenomen: "Voor alle binnen de duur van de Overeenkomst in zorg genomen Cliënt blijft de Opdrachtnemer ook na afloop van de genoemde contractperiode volledig aan zijn verplichtingen voldoen, totdat correcte overdracht heeft plaatsgevonden." Een aanbieder die op dit moment gecontracteerd is, maar per 1 januari 2022 niet meer gecontracteerd is, dient op grond van de huidige overeenkomst voor alle in zorg genomen cliënten aan zijn verplichtingen te blijven voldoen. In overleg tussen cliënt, het lokale team en gemeente zal gezorgd worden voor een correcte overdracht.
<b>Budgetindicatie</b>				
47	Inhoud	Bijlage 9 Conceptovereenkomst	In de eerste Nvl geeft u aan dat er geen totale budgetindicatie op regioniveau meer wordt afgegeven. De budgetindicatie wordt door de regio per aanbieder, per gemeente vastgesteld. Is de regio zich ervan bewust dat dit van de aanbieder nog meer monitoring vraagt, het maken van juiste prognoses bemoeilijkt (want: kleine aantallen) en er hierdoor mogelijk extra (financiële) risico's bij de aanbieder komen te liggen?	Ja, de regio Utrecht West is zich hiervan bewust. Door het bepalen van de budgetten op gemeentenniveau is de gemeente beter in staat te sturen op de eigen zorguitgaven. Ondanks dat dit van de aanbieder meer monitoring vraagt hebben we ook taken en verantwoordelijkheden voor de aanbieder laten vallen. Te denken valt aan de gemiddelde prijs per unieke cliënt waar niet meer op gemonitord hoeft te worden door de aanbieder. Daarnaast is de verplichte standaard aanlevering van de uitvraag op cliëntniveau komen te vervallen.
<b>Inzet Regiebehandelaarschap</b>				
48	Contract	Vervolg vraag 85	Vervolg vraag 85 De inzet van 20% direct cliëntgebonden tijd van een psychiater bij een klinische behandeling zou inhouden dat wij in plaats van de huidige 14 kinderen jeugdpsychiaters ca 30 psychiaters in zouden moeten zetten. Afgezien dat deze professionals uitermate schaars zijn, zouden wij alle werkzame psychiaters in Utrecht West en omliggende regio's weg moeten halen bij andere aanbieders, hetgeen wij zeer ongewenst en niet opportuun achten. Hoe onderbouwt de regio de hoogte van deze inzet en dit percentage? Is de regio bereid om de effectiviteit, haalbaarheid en gevolgen van deze eis te toetsen bij een inhoudelijk, ervaren professional? Wij stellen hiervoor graag twee hoogleraren jeugdzorg ter beschikking.	In het productenboek is terug te lezen dat de minimale cliëntgebonden inzet 20% bedraagt. De definitie cliëntgebonden inzet is ruimer dan de definitie directe tijd en betreft ook de tijd die besteed wordt aan diagnosestelling, de vaststelling, uitvoering en evaluatie van het behandelplan. De regio stelt deze eis uit kwaliteitsoverweging. In de huidige contractafspraken is dit percentage reeds van toepassing.
49	Contract	Vervolg vraag 85	Vervolg vraag 85 De behandeling van hoogcomplexere jeugdproblematiek is maatwerk waar de regiebehandelaar inhoudelijk de inzet van verschillende zorgprofessionals bepaalt. Indien de regio gaat handhaven op 20% directe cliëntgebonden tijd van een regiebehandelaar/psychiater loopt iedere zorgaanbieder het risico achteraf de vergoeding terug te moeten betalen omdat blijkt dat de 20% inzet niet gehaald is of gemiddeld niet gehaald wordt aan het einde van het jaar, en hierdoor in gebreke is. Wij vinden dit een te groot risico voor alle zorgaanbieders die gebruik maken van dit product. Is de regio bereid om dit percentage in lijn te brengen met hetgeen in Nederland gebruikelijk is?	De regio verwijst naar vraag 48 en stelt dat de definitie van cliëntgebonden inzet ruimer is dan de definitie van direct cliëntgebonden tijd. Om die reden beschouwt de regio dit niet als een groot risico, maar als een uitgangspunt om de kwaliteit van de behandeling te borgen.
50	Contract	Bijlage 5 Productenboek	Wij vragen de regio het percentage van 20% directe tijd door de regiebehandelaar te onderbouwen en uit te leggen waarom dit passend is tijdens een behandeling voor hoogcomplexere ggz problematiek. Daarnaast vragen wij de regio of hier op afgerekend wordt en zo ja op welke wijze?	De regio zal bij wijze van steekproef controleren of voldaan wordt aan de gestelde 20% directe tijd door de regiebehandelaar. De regio zal indien nodig nakoming van de overeenkomst vorderen op de in de overeenkomst aangegeven wijze.

<b>Gezinshuizen</b>				
51	Proces	Toeslag gezinshuizen	<p>In vraag 64 geeft u het volgende aan: "Op basis van het opgestelde zorgplan dat u samen met een medewerker van het lokale team bespreekt, wordt vastgesteld of de variabele opslag nodig is i.v.m. de complexiteit van de cliënt. Dit betekent in de praktijk dat u alleen in aanmerking komt voor de variabele opslag indien u minder kinderen opvangt in huis dan capaciteit voor is in de zin van huisvesting en inzet van gezinshuisouders." U relateert het toekennen van de variabele toeslag aan de capaciteit in de zin van huisvesting en inzet van gezinshuisouders. Dit is niet logisch. De toekenning van de variabele toeslag moet enkel gebaseerd zijn op de intensiteit van de zorgvraag van de cliënt.</p> <p>De capaciteit van een gezinshuis kan immers variabel zijn door inzet van (pedagogisch) medewerkers. Een gezinshuis kan meerdere (pedagogisch) medewerkers inzetten en daarmee de capaciteit kan vergroten. Met deze extra inzet kunnen in een gezinshuis ook 6 kinderen met een zeer intensieve zorgvraag in zorg genomen worden, mits er voor ieder kind een variabele opslag beschikbaar is. Wij stellen voor dat enkel en alleen de zorgintensiteit van een cliënt beoordeeld wordt voor de toekenning van een eventuele opslag. Desgewenst hebben wij een tool beschikbaar om objectief tot een bepaalde inschaling te komen.</p>	<p>Wij lezen uw vraag als volgt: u vraagt zich af of de financiering bij extra inzet van pedagogisch medewerkers bij zes kinderen met een zeer intensieve zorgvraag niet zou moeten worden vergoed door middel van het toekennen van de variabele toeslag. De regio heeft er voor gekozen om extra inzet van een pedagogisch medewerker - meer dan één uur per week per jeugdige (zie productomschrijving) - te vergoeden door middel van het inzetten van benodigde uren begeleiding jeugd ambulante. Daarnaast kan - wanneer dat nodig is voor de ondersteuningsbehoefte van de jeugdige - individuele behandeling separaat worden ingezet. De regio verwijst ten aanzien van de mogelijkheden hiertoe eveneens naar de productomschrijving gezinshuis. De variabele opslag wordt alleen toegekend indien de zorg wordt verleend door de gezinshuisouders zelf en de begeleidingsintensiteit van de jeugdige zo hoog is dat er om die reden minder kinderen geplaatst kunnen worden.</p>
52	Proces	Kosten structuur gezinshuis	<p>Er wordt aangegeven dat er wordt gerekend met dezelfde kostenstructuur voor alle gezinshuizen en dat elk gezinshuis dezelfde kwaliteit moet kunnen waarborgen. De kostenstructuur voor een zelfstandig gezinshuis is echter wezenlijk anders dan een gezinshuis aangesloten bij een grote zorgaanbieder. Zelfstandige gezinshuizen hebben minimale overheadkosten en maken in het merendeel alleen gebruik van een gedragswetenschapper die beide gezinshuisouders ondersteunt. Het tarief zou voor hen qua kostenstructuur daarom passend kunnen zijn. Gezinshuizen aangesloten zijn bij een zorgaanbieder hebben meer overhead van waaruit de werving en selectie, de deskundigheidsbevordering, de inzet van een multidisciplinair team, de bereikbaarheidsdienst en tal van andere zaken wordt bekostigd. Ook zijn er interne mogelijkheden tot ketenzorg. Daarnaast worden jeugdigen opgenomen met meervoudige en complexe problematiek in plaats van jeugdigen met enkelvoudige problematiek. Dat leidt automatisch tot een hogere zorgwaarde en stevige inhoudelijke begeleiding. Willen wij blijvend inzetten kunnen inzetten op inhoudelijke borging en voldoende kwaliteit, kunnen we niet onder onze kostprijs gaan werken en zou er wat ons betreft onderscheid gemaakt moeten worden tussen zelfstandige gezinshuizen en gezinshuizen aangesloten bij een zorgaanbieder. Hoe kijkt de regio hier naar?</p>	<p>Naar aanleiding van eerdere vragen uit de nota van inlichtingen heeft de regio ervoor gekozen om met 1 gezinshuistarief te werken waarbij alle kosten (ook ten aanzien van kwaliteitswaarborging) zijn meegenomen. De overheadsonderdelen die in de vraag worden benoemd zijn door Berenschot meegenomen in het tarief. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt in de organisatiestructuur. De genoemde onderdelen zijn geborgd in het tarief met een opslagpercentage voor overhead. De tarieven zijn gebaseerd op de aangeleverde informatie van de aanbieders, alsmede de benchmarkgegevens. Deze kunnen op onderdelen en per parameter van elkaar verschillen. In geval van hogere complexiteit van cliënten kan per casus - afhankelijk van de soort complexiteit en FTE inzet door gezinshuisouder - in afstemming met het lokale team een variabele opslag worden toegekend of een aparte beschikking voor begeleiding of behandeling worden afgegeven.</p>
53	Contract	Toeslag	<p>Vanwege de zorgwaarde van onze doelgroep is de maximale groepsgrootte 4 jeugdigen, conform het kader gezinshuizen, de CAO en het kostprijsmodel van Bijleveld. Deze doelgroep betreft kinderen/jongeren die anders in de residentiele jeugdzorg terecht zouden komen. Kan de gemeente garanderen dat bij deze zorgwaarde de toeslag altijd afgegeven wordt?</p>	<p>Nee, dat kan de gemeente niet garanderen. Of de variabele toeslag wordt geïndiceerd hangt af van de complexiteit van de in huis geplaatste jeugdigen en de FTE inzet door de gezinshuisouder. Het lokale team zal elke individuele casus apart beoordelen, uiteraard in overleg met jeugdige en aanbieder.</p>
<b>(Juridische) Contractvragen</b>				
54	Inhoud	Inschrijfformulier Utrecht West	<p>Klopt dit dat dit formulier nog niet te downloaden is van de site?</p>	<p>Het formulier is op 1 juli jl. gepubliceerd op de website. U kunt via de website een link naar het inschrijfformulier verkrijgen.</p>

55	Inhoud	Hoedanigheid inschrijving	Is het mogelijk om zowel als hoofdaannemer als als onderaannemer deel te nemen aan deze aanbesteding? Zo nee, kunt u dit toelichten?	U kunt zich als hoofdaannemer aanmelden en zich daarnaast samen met een hoofdaannemer ook als onderaannemer aanmelden (het betreft een "open house" inkoop en geen aanbesteding).
56	Inhoud	bijlage 2 en 3	U verwijst op de 'Inkooprechtwest' website naar bijlage 2 en 3 maar deze documenten kan ik noch op TenderNed, noch op uw website terugvinden. Graag wil ik ivm vakantie alvast de benodigde documenten opleveren, maar daar heb ik wel de bijlage 2 voor nodig. Waar kan ik deze documenten terug vinden?  Ik begrijp dat het digitaal inschrijfformulier begin juli op de site en TenderNed komt te staan. Kunt u de precieze datum aangeven?	Bijlage 2 en 3 zijn gehecht aan de aanmelddocumenten. Het inschrijfformulier is op 1 juli jl. gepubliceerd op de website. U kunt via de website een link naar het inschrijfformulier verkrijgen.
57	Inhoud	Documenten	Wij zijn een gecontracteerde zorgaanbieder en willen ons graag opnieuw inschrijven voor de inkoop 2022(jeugdhulp). Ik heb begrepen dat er een aanmeldformulier volgt via jullie website. Echter, ik kan nergens terug lezen waar ik de documenten kan downloaden die ik vervolgens moet aanleveren via jullie website( overeenkomst, UEA etc)	Het inschrijfformulier is op 1 juli jl. gepubliceerd op de website. U kunt via de website een link naar het inschrijfformulier verkrijgen. In het aanmeldingsdocument (en ook op het inschrijfformulier) kunt u zien welke documenten moeten worden ingediend.
58	Juridisch	Aanmeldlink	In bijlage 3: Checklist geven jullie aan dat de aanmelding aangeleverd moet worden via het online inschrijfformulier en niet op andere wijze waaronder TenderNed. Waar kunnen wij dit online inschrijfformulier terugvinden.	Het inschrijfformulier is op 1 juli jl. gepubliceerd op de website. U kunt via de website een link naar het inschrijfformulier verkrijgen.
59	Proces	ZZP-ers en GVA	Bij hoofdaannemerschap, is het verplicht om per zzp-er een GVA aan te leveren? Of is enkel een GVA vanuit de praktijk voldoende? Daarnaast kost het meer tijd om deze te ontvangen, waardoor de deadline van 5 augustus niet haalbaar is.	De GVA dient van de hoofdaannemer en onderaannemers te worden aangeleverd. Het aanleveren van een aanvraag van een GVA is op het moment van inschrijven voldoende. Uiterlijk 1 oktober 2021 dient u de definitieve GVA te overleggen.
60	Contract	Geschiktheidseis nr 3 van aanmelddocument	U stelt: De (potentiële) Jeugdhulpaanbieder beschikt over een geldig certificaat voor kwaliteitsmanagement. Als zelfstandig gezinscoach beschik ik over het KIWA Mijn Keurmerk en ben geregistreerd bij het SKJ. Is het uploaden van het KIWA Keurmerk voldoende?	Ja, Voor vrijgevestigden geldt dat het KIWA keurmerk in de zorg (als zzp'er) als een gelijkwaardig certificaat voor kwaliteitsmanagement geldt. Deze wijziging wordt opgenomen in het wijzigingsformulier.
61	Uitvoering	aanmelddocument geschiktheidseisen	Geschiktheidseisen pagina 30, hier staat: Voor de geschiktheidseisen 1, 3 en 6 dient de potentiële jeugdhulpaanbieder bewijsmiddelen te uploaden in het online inschrijfformulier. U verwijst hier naar geschiktheidseis 3, klopt het dat deze is komen te vervallen? Vervolg vraag 101	Nee, geschiktheidseis 3 is niet komen te vervallen. De bestanden dienen gedurende het invullen van het online inschrijfformulier upgeload te worden.
62	Uitvoering	conceptovereenkomst art 5	In lid 1 staat: 'Aanbieder kan zich aanmelden voor Diensten die nog niet onder de reikwijdte van deze Overeenkomst vallen'. Is dit wel van toepassing op deze inkoopprocedure? Zo ja, wilt u dit toelichten? vervolg vraag 125	Aanbieder kan in beginsel op een later moment toetreden voor andere producten die hij nog niet levert.
63	Uitvoering	Definities Aanmeldingsdocument en overeenkomst	Horen bij de definities ook niet 'opdrachtgever' en 'opdrachtnemer' te staan? Vervolg vraag 125	Nee, in artikel 23 lid 1 van de overeenkomst wordt het woord opdrachtgever vervangen door Gemeente.
64	Inhoud	conceptovereenkomst	Hoort bij de opsomming in art.2 lid 1 ook niet ergens de documenten van inschrijver te staan? Vervolg vraag 125	Wij zullen in artikel 2 lid 1 van de overeenkomst "de inschrijving met bijlagen van aanbieder" toevoegen.
65	Inhoud	Bankafschrift	Bij geschiktheidseis 8 dienen wij een bankafschrift aan te leveren waaruit de NAW-gegevens duidelijk zichtbaar zijn. Op onze (digitale) bankafschriften staan geen NAW-gegevens vermeld. Mogen wij een ander document aanleveren waarop onze NAW-gegevens staan vermeld?	Ja, u kunt een verklaring van de bank, correspondentie van de bank dan wel de afgesloten overeenkomst tussen de bank en u m.b.t. tot het openen van de rekening bijvoegen.

66	Inhoud	vraag n.a.v. NV1 1 - vraag/antwoord vraag 151	Met de holdingverklaring wordt feitelijk alsnog een 403-verklaring gevraagd, met dien verstande dat het slechts voor één opdrachtgever geldt. Kunt u toelichten waarom een dergelijke holdingverklaring nodig is, als de inschrijver geen beroep doet op de financiële draagkracht / verzekering / kwaliteitsstempels en dergelijke?	De regio wil deze zekerheid genieten voor de nakoming van de verplichtingen uit de overeenkomst.
67	Inhoud	Holdinggarant verklaring, Nv11 antwoord 123	Inschrijver is onderdeel van een concern maar publiceert een eigen jaarverslag en hoeft ook geen beroep op de moedermaatschappij te doen om te voldoen aan de gestelde voorwaarden in de Open House-procedure. Kunt u instemmen met het laten vervallen van de eis tot holdinggarant stellen indien Inschrijvers een eigen jaarverslag publiceren en een minimale solvabiliteit hebben van 30%?	Nee, de regio wil deze zekerheid genieten voor de nakoming van de verplichtingen uit de overeenkomst.
68	Inhoud	Vervolg vraag 21, 38 en 85	Vervolg vraag 21, 38 en 85 De regio geeft op deze vragen antwoord zonder het antwoord gedegen te onderbouwen, wat strijdig is met het zorgvuldigheidsbeginsel en geen recht doet aan de noodzakelijke belangenafweging. U dient alle relevante belangen die door de gestelde eisen zullen worden geraakt, mee te wegen. Door zonder onderbouwing, toelichting of uitleg kortweg het verzoek of het voorstel te weigeren, doet u tekort aan onze belangen en handelt u niet volgens de Algemene Beginselen van Behoorlijk Bestuur. Wij verzoeken u daarom ook dringend om alsnog een gedegen onderbouwd antwoord te geven op de door ons gestelde vragen.	Ter kennisgeving, we verwijzen u naar het antwoord op vraag 45, 46, 47 & 48.
69	Inhoud	Jaarverantwoording	Deze vraag heeft u bij de NV11 niet beantwoord: In de inkoopdocumenten kunnen wij niet terugvinden hoe de jaarverantwoording er uit gaat zien. Gaat dit volgens landelijk protocol? Kunt u aangeven of dit bij aanvang of na gunning met elkaar wordt overlegd?	De regio zal zich vooralsnog aansluiten bij het landelijke accountantsprotocol van het I-Sociaal domein. Dit betekent doorgaans dat aanbieders de gewaarmerkte ISD productieverantwoording voorzien van accountantsverklaring uiterlijk 1 april moeten aanleveren. Over de specifieke eisen omtrent aanlevering en uitzonderingen i.v.m. lagere omzet van aanbieders zal de regio separaat communiceren zoals dit nu ook al gebeurt.
70	Inhoud	Onderaannemer en bewijsstukken	Op vraag 109 geeft u het volgende antwoord: Ja, dat is juist. Op een later tijdstip kunnen documenten en bewijsstukken van de onderaannemer(s) opgevraagd worden. De hoofdaannemer is immers hoofdelijk aansprakelijk. Kunt u aangeven welke bewijsstukken er opgevraagd kunnen worden?	Alle eisen en criteria die aan de hoofdaannemer in het aanmeldingsdocument zijn gesteld gelden ook voor de onderaannemer, waar de hoofdaannemer voor aansprakelijk is. Gedurende de beoordelingsfase en gedurende de overeenkomst kan de regio indien zij dat nodig acht aan de hoofdaannemer alle bewijsstukken van zowel de hoofdaannemer zelf als de onderaannemer opvragen ter staving van voldoen aan de eisen en criteria.
71	Contract	uea/ Bijlage B2	Vraag 166: In deze vraag geeft u aan dat in het online inschrijfformulier ruimte is voor vragen over het UEA. In het word format Bijlage 8 Personeelsopgave staat onderaan genoteerd :U kunt hier kiezen tussen de volgende opties: eigenaar, in loondienst, 0-uren contract, onderaannemer, In het laatste geval dient u het beroep op de onderaannemer te vermelden in Bijlage B2 (Uniform Europees Aanbestedingsdocument). Is het juist dat u i.p.v. Bijlage B2 het online inschrijfformulier bedoeld en dat er geen bijlage B2 UEA bestaat? Waar kunnen wij deze anders terugvinden?	Ja dat klopt. Er is geen UEA. Dit is verwerkt in het inschrijfformulier.
72	Contract	Franchisenemers	Ziet de regio gezinshuisaanbieders in franchise aangesloten bij de inschrijvende stichting als onderaannemers?	Ja.



73	Contract	Aanmelden onderaannemers	U geeft aan dat het ook mogelijk is onderaannemers gedurende de looptijd aan te melden. Op basis waarvan besluit de regio deze onderaannemers wel of niet toe te laten?	Indien u een nieuwe onderaannemer wilt aanmelden gedurende de overeenkomst dan gelden dezelfde eisen die gelden voor een onderaannemer die direct wordt aangemeld bij inschrijving. U dient van een onderaannemer alleen een Gedragsverklaring aanbesteden te overleggen. Op een later tijdstip kunnen documenten en bewijsstukken van de onderaannemer(s) opgevraagd worden. De hoofdaannemer is immers hoofdelijk aansprakelijk voor de onderaannemer.
74	Contract	Later toetreden	Wanneer is de eerstvolgende mogelijkheid na 5-8-2021 om een verzoek tot toetreding te doen en per welke datum kan dan gestart worden met zorg?	De regio laat vooralsnog na 1 juli 2022 tussentijdse jeugdhulpaanbieders toe voor aanmelding. De regio maakt binnen 12 weken na aanmelding bekend of de jeugdhulpaanbieder is toegelaten, waarna zorg kan starten.
75	Contract	Planning	Is de verwachting dat de nota van inlichtingen op 23 juli daadwerkelijk gepubliceerd wordt? Indien deze termijn door de Gemeente niet gehaald wordt, vragen wij een uitstel van de inschrijfdeadline van 5 augustus naar 1 september 2021, mede gezien de vakantieperiode.	Ja, de Nvl is tijdig gepubliceerd.
76	Inhoud	Franchisenemers en wpb na 1-1-2022	1) Bij onze stichting zijn ca. 125 gezinshuizen aangesloten als franchisenemer. Het is qua administratieve last (in tijd en geld) onwenselijk voor al deze huizen op voorhand een Gedragsverklaring Aanbesteding aan te vragen wanneer deze franchisers onverhoopt als onderaannemer gezien worden. 2) Na de wijziging van het woonplaatsbeginsel kan het zo zijn dat er plotseling cliënten uit Utrecht West in bij onze franchisers in zorg zijn. Hoe gaat u daar mee om als deze franchisers niet als onderaannemer aangemeld zijn?	1) Franchisers worden inderdaad gezien als onderaannemers. 2) Dan wenst de regio een (aanvraag van) een Gedragsverklaring aanbesteden te ontvangen van de nieuwe onderaannemer. Op een later tijdstip kunnen documenten en bewijsstukken van de onderaannemer(s) opgevraagd worden. De hoofdaannemer is immers hoofdelijk aansprakelijk voor de onderaannemer.
77	Contract	Geschiktheidseis nr 5 van aanmelddocument	Ik ben een zzp'er in de jeugdhulp. Ik beschik dan ook niet over personeel. Is het juist om te veronderstellen dat ik dus geen personeelsoverzicht hoeft aan te leveren?	Dat klopt.
78	Proces	Toetsingskader	Er wordt gesteld dat de aanbieder voldoet aan het Toetsingskader verantwoorde hulp voor Jeugd van de Inspectie Jeugdzorg VWS. Ons inziens is dit toetsingskader inmiddels vervangen door het JIJ-kader. Wij zien dit graag aangepast in de aanbestedingsstukken.	De inspectie gebruikt het eerste kwartaal van 2021 als overgangsfase voor de toetsingskaders. Dat betekent dat zij vanaf januari 2021 jeugdhulporganisaties bezoeken met het JIJ-kader, maar in sommige gevallen doen zij dat nog met het toetsingskader Verantwoorde Hulp voor Jeugd (VHJ). Waar wordt gesteld dat aanbieder voldoet aan het Toetsingskader verantwoorde hulp voor Jeugd van de Inspectie Jeugdzorg VWS kan (voor zover de overgangsfase daadwerkelijk is afgerond) door aanbieder worden gelezen het JIJ-kader.
<b>Certificaat voor kwaliteitsmanagement</b>				
79	Contract	Kwaliteitssysteem	Zowel HKZ als ISO 9001:15224 is afgeleid van ISO 9001:2015 (ISO 9001 algemeen) Volstaat daarmee ISO-9001 als kwaliteitscertificaat?	Ja dat is gelijkwaardig.
80	Contract	Kwaliteitssysteem	Als een onderneming nog niet beschikt over een certificaat van het kwaliteitsmanagementsysteem, volstaat dan bij inschrijving ook een intentieverklaring van een certificerende instantie waarin verklaard wordt dat er een certificeringstraject gepland staat en afgerond wordt in 2021?	Nee, tenzij aanbieder een startende onderneming is. Dan krijgt zij conform geschiktheidseis 3 van het aanmelddocument (pagina 17) één jaar de tijd om een geldig kwaliteitscertificaat te overleggen. De aanbieder overlegt in deze situatie een intentieverklaring en/of een bevestiging dat het kwaliteitstraject gestart is. Indien aanbieder geen startende onderneming is staat in geschiktheidseis 3 nader omschreven hoe aanbieder aan de eis voor kwaliteitsmanagement kan voldoen.

81	Proces	Geldig certificaat voor kwaliteitsmanagement of gelijkwaardig bewijsmiddel.	Wij hebben een geslaagd interne audit achter de rug. De externe audit kon door drukte vanuit de auditer pas in september gepland worden. Bij overige gemeenten geldt dan ook; Geldig certificaat bij start, dus voor 1 januari 2022. Hoe zit dit bij Utrecht West?	De aanbieder dient bij inschrijving een geldig certificaat van kwaliteitsmanagement te overleggen, conform de voorwaarden zoals deze zijn gesteld in geschiktheidseis 3 van het aanmelddocument. De regio is zich bewust van de lange doorlooptijd van de externe edit. In dit specifieke geval kan aanbieder op dit punt tot de contractafspraken worden toegelaten onder de ontbindende voorwaarde dat zij het certificaat direct dient te overleggen aan de regio wanneer dit ontvangen is doch uiterlijk voor aanvang van de overeenkomst.
82	Inhoud	Bijkomende bijzondere kosten pleegzorg en gezinshuis	In de tarievenlijst staat dat er 200 euro per jaar per gebeurtenis aan bijzondere kosten gedeclareerd kan worden. Wat is het nu? Per jaar of per gebeurtenis?	Voor bijzondere kosten pleegzorg in vrijwillig kader kan er voor de verschillende kostensoorten (gebeurtenissen genoemd in productomschrijving) een maximumbedrag van 200 euro in rekening worden gebracht. Per kostensoort kan er per jaar 200 euro in rekening worden gebracht. Voorbeeld: de aanschaf van een fiets mag maximaal 200 euro per jaar zijn. Dit betekent echter dat voor andere kostensoorten zoals kosten voor een schoolreisje ook nog kosten in rekening mogen worden gebracht met een maximum van 200 euro per jaar. De aanvraag (inclusief onderbouwing) voor deze kosten kan alleen gedaan worden bij het lokaal team. Het lokaal team beoordeelt de aanvraag.
Overige vragen				
83	Inhoud	Definities	Welke definitie heeft u voor Vrijgevestigde? Welke definitie heeft u voor micro-onderneming? Welke definitie heeft u voor instelling?	We verwijzen hiervoor naar pagina 4 van het aanmelddocument. Vrijgevestigde: Vrijgevestigde praktijken in de JGGZ conform de eisen in het Kwaliteitsstatuut 2.0. Micro-onderneming: De Jeugdhulpaanbieders die conform de criteria van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in aanmerking komen voor vereenvoudigde jaarverantwoording. Instelling: De Jeugdhulpaanbieders die <b>niet</b> voor de criteria van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in aanmerking komen voor vereenvoudigde jaarverantwoording.
84			Is het mogelijk om in bijlage 8 'opgave personeel' per medewerker aan te geven wat opleidingsniveau is op basis van het onderliggende functieniveau? Ik ga ervan uit dat we bij FTE-deel het FTE% invullen zoals de medewerker bij ons in dienst is. Is dat akkoord?	1) Nee, aanbieder dient hierin het hoogst genoten opleidingsniveau aan te geven, niet op basis van onderliggend functieniveau. 2) Ja, het volstaat om het FTE% in te vullen zoals de medewerker in dienst is.