

Vragen en antwoorden

Naar aanleiding van bekendmaking inkoopdocumenten inkoop jeugdhulp 2016
d.d. 2 september 2015.

Op 8 september zijn de vragen 1 tot en met 80 gepubliceerd op de website van het NSDMH.

Op 9 september zijn aan het document de vragen 81 tot en met 153 toegevoegd en gepubliceerd op de website van het NSDMH.

Datum: 9 september 2015

Vraag 1:

Middels deze mail wil ik u laten weten dat wij graag betrokken worden bij de aanbesteding van jeugdhulp over 2016, die dit najaar plaats zal vinden. Ik hoop dat u mij informatie kunt geven over de procedure.

Antwoord 1:

Op onze website www.nsdmh.nl vindt u onder het kopje Jeugd en Actueel de relevante documenten voor het inkoopproces. Daarbij is ook een memo geplaatst voor gegadigden. Hierin kunt u lezen hoe e.e.a. in zijn werk gaat. Deze documenten hebben nu nog een voorlopige status. In het inkoopdocument jeugdhulp 2016 is een planning opgenomen. Woensdag 9-9 wordt e.e.a. besproken tijdens de Fysieke Overlegtafel Jeugd. Daarna zal naar verwachting het besluit worden genomen om de inkoopprocedure te starten en volgens planning worden donderdag 10-9 de definitieve inkoopdocumenten geplaatst op onze website.

Zie: <https://www.nsdmh.nl/jeugd/actueel/>

Vraag 2:

Na het lezen van uw Inkoopdocument heb ik de indruk gekregen dat dit niet geldt voor vrijgevestigde hulpverleners.

Hierbij mijn vraag: hoe gaat de contractering en inkoop 2016 voor (kleine) vrijgevestigde psychologen en orthopedagogen die behandeling aan kinderen en ouders bieden verlopen?

Antwoord 2:

De procedure, zoals beschreven in het inkoopdocument, is ook bedoeld voor kleine aanbieders van zorg zoals vrijgevestigde psychologen en orthopedagogen. Een aantal van deze aanbieders heeft nu nog geen contract. Op onze website is daarom ook een document geplaatst waarin een toelichting wordt gegeven hoe e.e.a. moet worden geïnterpreteerd voor nieuwe partijen.

Zie: <https://www.nsdmh.nl/assets/uploads/20150902-memo-gegadigden.pdf>

Vraag 3:

Na het lezen van de documenten vraag ik mij af of de documenten welke achter aanmelding zorgaanbieder wel de juiste zijn. Of ben ik wellicht te ongeduldig?

Antwoord 3:

De documenten achter de knop "aanmelding zorgaanbieder" op onze website is bedoeld voor de 1^e fase van aanmelding. Het betreft hier de te sluiten Basisovereenkomst. Hierbij hoort een eigen verklaring en het uittreksel van de Kamer van Koophandel. Op onze website is daarom ook een document geplaatst waarin een toelichting wordt gegeven hoe e.e.a. moet worden geïnterpreteerd voor gegadigden.

Zie: <https://www.nsdmh.nl/assets/uploads/20150902-memo-gegadigden.pdf>

De stukken die betrekking hebben op de inkoop 2016 vindt u onder het kopje Jeugd en Actueel.

Zie: <https://www.nsdmh.nl/jeugd/actueel/>

Vraag 4:

De besluiten gelezen en nu vraag ik me af waar mediation onder kan vallen. Kunt u dat aangeven?

Antwoord 4:

Mediation is lastig te plaatsen binnen de treden. Mediation is geen vorm van jeugdzorg en wordt op dit moment binnen de regio Midden-Holland niet in het kader van de Jeugdwet ingekocht. Mediation moet op dit moment door mensen zelf worden betaald.

Als preventief middel in ingewikkelde gezinssituaties, waarbij het opvoed klimaat sterk onder druk staat, zou dit als algemene voorziening mogelijk ingezet kunnen worden. Dit betreft dan trede 9. Dit betekent dat wij dit niet als Maatwerkvoorziening zullen gaan contracteren. Producten uit trede 9 worden niet via deze inkoopprocedure ingekocht maar hierover worden op lokaal niveau afspraken gemaakt.

Wij verzoeken u uw aanbod ter versterking van trede 9 (en eventueel trede 10) op te geven in uw offerte, zodat wij na afsluiting van de maatwerkcontracten kunnen bekijken of er nog aanvullende contracten voor deze treden moeten worden afgesloten.

Vraag 5:

Uw inkoopdocument ten behoeve van de Maatwerkvoorzieningen Jeugdhulp 2016 lezende, heb ik een aantal vragen. Dit document treft niet de gecertificeerde instellingen, gezien dit op bovenregionaal niveau wordt georganiseerd. Hoe wordt echter de wijze van het budget voor de gecertificeerde instellingen bepaald? En gelden de voorgenomen wijzigingen in de Deelovereenkomst ook voor de gecertificeerde instellingen?

Antwoord 5:

Het klopt dat de bovenregionaal te contracteren zorg niet binnen deze procedure wordt meegenomen. Hiertoe wordt er bijna parallel een procedure gestart voor deze bovenregionaal in te kopen zorg. Hierop zullen overigens de gestelde doelstellingen genoemd in de inkoopdocumenten zoals de 20% bezuiniging per 2016 ook op deze onderdelen van toepassing zijn. In oktober zal het inkoopdocument voor de GI's gepubliceerd worden.

Vraag 6:

Hoe wordt het schilbudget meegewogen in de omzetcijfers over Q1 en Q2 2015, op basis waarvan het budget voor 2016 wordt berekend? Buiten onze invloedssfeer om, is in Q1 en Q2 geen Schilbudget gedeclareerd, terwijl we voor heel 2015 20% van ons budget voor de schil hebben gereserveerd. Aanzienlijk meer dus, dan gevraagd. Het kan toch niet zo zijn dat ons budget voor 2016 mede wordt gebaseerd (in negatieve zin) op niet-gedraaide omzet die volledig buiten onze 'schuld' niet kón worden verwezenlijkt. Ik stel voor dat het door ons toegezegde Schilbudget over Q1,2 volledig wordt toegevoegd aan de omzet over deze kwartalen, als basis voor de nieuwe budget.

Antwoord 6:

Het onderdeel toegang en schil is geen onderdeel van deze procedure. Het aangegeven beschikbare budget voor 2016 (€ 27,7 mln.) is dan ook exclusief toegang, schil, enz. Het budget 2016 zal dan ook worden gebaseerd op de realisatie gedurende het eerste halfjaar 2015, exclusief de inzet op toegang, schil enz.

De inkoop voor toegang, schil enz. en producten uit trede 9 is lokaal belegd.

Vraag 7:

Hoe is de borging van het cliëntenperspectief/ familieperspectief vorm gegeven in het inkoopproces?

Antwoord 7:

Tijdens de cliëntbijeenkomst van 12 mei 2015 zijn algemene opmerkingen gemaakt door cliënten die, voor zover van toepassing, meegenomen zijn in de inkoopdoelstellingen.

In de algemene inkoopdoelen is opgenomen dat de hulp, zorg en ondersteuning per definitie is gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van ouders en het netwerk rondom het gezin. Specifiek is de inzet van maatjes en peer-to-peer hulpverlening benoemd. Deze onderdelen maken ook deel uit van de kwalitatieve beoordeling van het aanbod van de hulpverleners. Daarnaast zijn bepalingen over de start van de hulpverlening opgenomen.

Aan de Fysieke Overlegtafel voor de Jeugd is een vaste plaats ingeruimd voor een vertegenwoordiger vanuit het cliëntenperspectief en vanuit deze hoedanigheid is waar mogelijk ook de mogelijkheid geboden om input te geven op de innovatie ateliers, die gehouden zijn ter voorbereiding op dit inkoopproces. In 2016 en voor de langere termijn zal cliënttevredenheid een steeds belangrijker aspect worden in het bepalen van inkoopkeuzes.

Vraag 8:

Hoe weet NSDMH waar de behoefte ligt aan welke zorg / begeleiding die nu gemist wordt?

Antwoord 8:

Als belangrijkste bron is gebruik gemaakt van de signalen, die uit de sociale teams naar voren zijn gekomen. Zij hebben direct contact met de inwoners en hun ondersteuningsvraag.

Vraag 9:

Wat zijn criteria vanuit cliënten/ familieperspectief voor toelating nieuwe aanbieders?

Antwoord 9:

Om als nieuwe aanbieder in aanmerking te komen voor een Basisovereenkomst moet voldaan worden aan een aantal formele vereisten. Deze vereisten zijn niet gewijzigd.

Om in aanmerking te komen voor een Deelovereenkomst, met daaraan gekoppeld een budgetplafond, geldt het opgestelde inkoopbeleid 2016. Voor bepaling van het initiële budget 2016 gelden de gerealiseerde zorg in de eerste helft van 2015, het budgetplafond 2015 en de aangeboden tariefskorting voor 2016 als variabelen. Omdat nieuwe aanbieders geen historisch budget hebben in deze regio geldt voor hen het aangeboden tarief als belangrijkste variabele. Daarnaast zal meegewogen worden welke capaciteit een nieuwe aanbieder vrij maakt voor deze regio. Het is mogelijk dat nieuwe aanbieders een Deelovereenkomst aangeboden krijgen zonder, of met een zeer laag budget plafond. Afhankelijk van de waardering van de ingediende plannen voor transformatie en cliëntenstromen kan ook het budgetplafond van nieuwe aanbieders in 2016 worden gewijzigd. In de afweging voor mate van gebruik van deze contracten zal de mate van bijdrage aan een sluitend zorgaanbod en/of een impuls geven aan de transformatie centraal staan. We staan open voor suggesties, zolang deze daadwerkelijk bijdragen aan de vastgestelde inkoopdoelstellingen.

Vraag 10:

Wie bepaalt welke innovatieplannen vanuit huidige en nieuwe aanbieders echt bijdragen aan transformatie en verbetering van de zorg?

Worden daar ook cliënten bij betrokken? Zij kunnen uit ervaring meedenken wat hun zou kunnen helpen en wat niet?

Antwoord 10:

De innovatieplannen worden op hoofdlijnen beoordeeld door beleidsmedewerkers, een financieel medewerker en een inkoper. In januari 2016 wordt met aanbieders doorgesproken over de wijze waarop de kwalitatieve beoordeling in 2016 nader wordt vormgegeven en in welke mate deze in 2016 invloed heeft op het af te spreken budgetplafond. Daarbij staan wij open voor suggesties voor het betrekken van cliënten in deze beoordeling.

Vraag 11:

In het nieuwe inkoopdocument wordt iedere aanbieder verplicht 2 x per jaar een cliënttevredenheidsonderzoek te doen, hoe weten jullie dat het gekozen instrument aansluit bij de cliënt/ doelgroep?

(Bv. de ROM is niet voor iedere vorm van zorg/ begeleiding geschikt, deze gaat eigenlijk alleen over behandeling).

Antwoord 11:

In de contracten wordt opgenomen dat één keer per twee jaar een onafhankelijk cliënttevredenheidsonderzoek moet worden uitgevoerd. In de contracten is/wordt opgenomen dat de aanbieder een instrument gebruikt, wat gebruikelijk is in de sector, waarin de aanbieder acteert. Juist om niet 'van bovenaf' de verkeerde of niet helemaal passende instrumenten op te leggen.

Vraag 12:

Zijn er afspraken gemaakt t.a.v. wachtlijsten(buiten de treeknormen).

Antwoord 12:

Er zijn afspraken met de sociale teams gemaakt om wachtlijsten voor inwoners te voorkomen. Voordat een beschikking afgegeven wordt, heeft de medewerker van het sociaal team contact met de gewenste aanbieder om af te stemmen of:

1. de gewenste ondersteuning ook daadwerkelijk door de 1^e keus aanbieder geleverd kan worden (deskundigheid)
2. de gewenste ondersteuning ook tijdig geleverd kan worden.

Als één van de twee bovenstaande vragen negatief wordt beantwoord, wordt met de inwoner een andere oplossing gezocht door de medewerker van het sociaal team.

Daarnaast is contractueel met de aanbieders vastgelegd, dat zij verplicht zijn wachtlijsten direct te melden bij het NSDMH. Zie daarvoor artikel 15.5 van de Deelovereenkomst voor het leveren van Jeugdhulp.

Vraag 13:

Hoe is de borging van cliëntparticipatie en medezeggenschap vormgegeven, wat wordt er verwacht van huidige aanbieders danwel nieuwe aanbieders?

Antwoord 13:

De jeugdwet (art.4.2.b) is helder over de eisen die aan een jeugdhulpaanbieder worden gesteld. Deze eisen gelden voor alle aanbieders in het stelsel, dus ook voor nieuwe aanbieders. De gemeente legt geen extra eisen op.

Vraag 14:

Bij hoofdstuk 4, voorgenomen wijzigingen Deelovereenkomst.

De Facturering zal via Vecozo gaan verlopen. Hier zijn wij het mee eens, echter waarom gebeurt dit pas per 1-1-2017? Als dat niet eerder kan dan zou ook de bevoorschotting per 1-1-2017 pas afgeschaft moeten worden en niet al per 1-1-2016.

Antwoord 14:

Facturering kan nu al verlopen via Vecozo en in 2016 staat deze mogelijkheid ook open. Facturering via Vecozo verloopt echter nog niet goed. Dit wordt in de werkgroep implementatie opgepakt. Het is ook mogelijk om op een alternatieve wijze de zorg te declareren in 2016. Ook als van deze weg gebruik wordt gemaakt kunnen facturen binnen gestelde termijnen worden afgewikkeld. Indien er systeem technische problemen aan de kant van de gemeenten zijn die facturering belemmeren zullen gemeenten met passende oplossingen komen.

Vraag 15:

Bijlage E, Uitleg inhoud trapreden.

Op de laatste pagina mist de NZA-Code H153 (Specialistische GGZ Begeleiding Individueel) en deze zou opgenomen moeten worden bij de laatste regel (trede 7, productcode 34200).

Antwoord 15:

Dat klopt. Wij zullen dit opnemen in de definitieve documenten.

Vraag 16:

Inkrimping van het budget met 20% leidt tot volumevermindering die niet meer in de geest is van de transitiedoelstellingen die door het Rijk zijn voorgesteld. Via transformatiedoelen, samenwerking en anders organiseren kan een deel daarvan worden opgevangen, doch 20% reductie is van een dermate omvang dat dit gevolgen heeft voor de gehele organisatie van de zorg,

Het betreft de kwaliteit en continuïteit van de zorg alsook de werkgelegenheid van medewerkers in de zorg in de Regio Midden Holland. Zorgaanbieders spannen zich samen in om de zorg anders, efficiënter en goedkoper vorm te geven. We verwachten ook een inspanning van de zijde van de gemeenten in Midden Holland ten aanzien van de aanpassing van het beschikbare budget. Kunnen de gemeenten aangeven welke acties zij hebben ondernomen om de krimp te beperken? En wat de voornemens hiertoe zijn.

Antwoord 16:

De ambitie van gemeenten is om de te organiseren Jeugdhulp en de hiermee gemoeide in te kopen zorg binnen de beschikbare middelen te realiseren, die hiertoe vanuit het Rijk worden overgedragen.

De korting van 20% waar hiervan sprake is, is een korting op het gecontracteerde budget voor 2015. Met het gecontracteerde budget is het beschikbare budget van de gemeenten ruim overschreden. Een andere factor die hier mee speelt is dat het ingevoerde 'objectieve verdeelmodel' voor de gemeenten in deze regio zeer negatief uitpakt. Dit effect is ongeveer 12%.

Het bovenstaande heeft er toe geleid dat gemeenten hebben gemeend een versnelling te moeten doorvoeren in innovatie en transformatie om een bezuiniging van deze omvang waar te kunnen maken.

Naar het zich nu laat aanzien is er sprake van een zodanige onderproductie ten opzichte van het gecontracteerde budget dat diverse budgetplafonds naar beneden bijgesteld kunnen worden. Daardoor zal de feitelijke korting op de werkelijke budgetten van 2015 gemiddeld lager zijn dan 20%. Hoeveel deze feitelijke korting op het gecorrigeerde gecontracteerde budget bedraagt zal uiterlijk woensdag 9 september bekend worden gemaakt aan de Fysieke Overlegtafel Jeugd.

Vraag 17:

Naast de korting op het beschikbare budget van 20% heeft de regio Midden Holland er ook voor gekozen om het tarief te koppelen aan het budget; het NZa tarief is voor 2015 al naar beneden bijgesteld tot 94%. Indien de zorgaanbieder geen verdere tariefkorting toepast, wordt het budget nog eens gekort met 10%; indien de zorgaanbieder ervoor kiest om het maximale budget af te spreken (80% van het huidige budget) dan moet er een extra tariefkorting van 20% worden doorgevoerd. De kosten van de zorgaanbieders betreffen voor 90% personele kosten; een lager budget leidt tot minder inzet van personeel, maar een tariefkorting tot max 20% kan niet anders bereikt worden dan door de inzet van goedkoper personeel (de enige manier om dit te bereiken is bijstelling van de salarislasten naar beneden).

Dit zal gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, aangezien het werk met minder passend opgeleid personeel gedaan zal moeten worden. Dit past niet bij de zorgvragen die in de S-GGZ worden gesteld, waar door de ernstige psychiatrische problematiek hoog opgeleide psychiaters en psychologen moeten worden ingezet. Dit betekent dus hogere kosten dan in andere sectoren. Wij stellen nu vast dat uw voorkeur uitgaat naar een kwalitatief en kwantitatief mindere inzet van S-GGZ. Dit onder meer vanwege uw stimuleringsregeling bij de budgettoewijzing. Zoals eerder gesteld zullen wij meedenken en meewerken aan alle transformatiedoelen. Dit is echter niet voldoende. Vanuit onze professionele verantwoordelijkheid stellen wij wel voorwaarden aan verantwoorde zorg aan jeugdigen. Welke professionele standaarden hanteren de Gemeenten in Midden Holland?

Antwoord 17:

De gemeenten zien verschillende mogelijkheden om te komen tot een beperking van het totale budget met 20%. Eén van deze mogelijkheden is het afspreken van tariefskortingen. De gemeenten hebben hierbij niet voor ogen dat kwaliteitsstandaarden worden bijgesteld.

Vraag 18:

In uw inkoopdocument zien wij helaas niets terug van inhoudelijke uitgangspunten. Wij zijn van mening dat dit de basis is van goede contractering. Kan de Gemeente vertellen wat haar kwaliteitsnorm is ten aanzien van effectieve en verantwoorde jeugdzorg?

Daar komt nog bij dat we bij de behandeling van psychiatrische problematiek gebonden zijn aan de eisen van de inspectie ten aanzien van de inzet van specifiek personeel, alsook aan de eisen hoofdbehandelaarschap, BIG-registratie en verantwoordelijkheid. Een korting van 20% heeft dus consequenties voor het zorgvolume, dat niet gecompenseerd kan worden met een tariefkorting aangezien het noodzakelijk is te zetten personeel daarvan niet betaald kan worden. In het verkoopdocument wordt de keuze (korting op budget c.q. tariefaanpassing) bij de zorgaanbieder gelegd. Wij geven echter aan dat wij die keuze eigenlijk niet kunnen maken, aangezien we dan niet meer aan de professionele standaarden voldoen. Volumevermindering is dan de enige overgebleven weg. Deelt de gemeente deze mening en zienswijze, zo ja, welke mogelijkheden ziet zij zelf om de kwaliteit van zorg in stand te houden en zo nee, welke alternatieven ziet de gemeenten dan zelf?

Antwoord 18:

De inhoudelijk uitgangspunten vind u terug in hoofdstuk 3. Jeugdhulp zoals nu in de wet is opgenomen bestaat uit meerdere voormalig afzonderlijk gefinancierde en georganiseerde sectoren, met ieder een eigen specifiek normenkader. De gemeente presenteert hier een inhoudelijk kader voor het brede terrein van jeugdhulp. Op basis van de innovatieateliers (waar deelnemers van alle voormalige sectoren in participeerden) zien we mogelijkheden om de huidige hulpverlening te ontwikkelen richting de opgestelde inkoopdoelstellingen van hoofdstuk 3 waarin uw organisatie een bijdrage kan leveren. Het gaat dan om synergie tussen dagbehandeling J&O en jGGZ, versterking van de samenwerking met het voorveld (o.a. onderwijs) om uitstroom te bevorderen, trajecten in samenwerking met de basis-GGZ en flexibilisering van de behandeling. Alleen door transformatie van de zorg zien wij mogelijkheden om de kwaliteit van zorg in stand te houden en wij zijn op zoek naar aanbieders die vorm en inhoud willen geven aan deze opgaaf.

Vraag 19:

Op dit moment is er sprake van overproductie. Indien er gekozen wordt voor volumekorting zullen de wachtlijsten toenemen. Heeft de gemeente een opvatting over de maximaal toelaatbare wachttijden en hoe lost u dit op binnen dit totale volumeverlies?

Antwoord 19:

De gemeenten hebben met deze transformatie voor ogen dat er minder zorg geleverd kan worden omdat zaken efficiënter zijn ingericht en meer zaken in het 'voorveld' worden opgelost. Daar waar inzet van maatwerkvoorzieningen noodzakelijk is willen gemeenten niet afwijken van wat hierover nu contractueel is vastgelegd.

Indien een aanbieder van zorg niet in staat is om zorg binnen de contractueel vastgestelde termijn te realiseren, anders dan in goed overleg met de cliënt, dient de aanbieder dit terug te leggen bij het sociaal team, zodat er gezocht kan worden naar alternatieven.

Vraag 20:

Inkoopdocument Pag 2; Waarom is budget 20% lager? Waar wordt deze 20% aan besteed?

Antwoord 20:

Zie antwoord op vraag 16.

Het is dus niet zo dat deze 20% op een andere wijze wordt besteed. Deze 20% zal wat lager uitvallen door onderproductie in 2015. Daarnaast is er sprake van een korting door invoering van het 'objectieve verdeelmodel' van ongeveer 11%. Tenslotte zet de gemeente in op een verschuiving van zorg, te leveren middels maatwerkvoorzieningen naar ondersteuning, geleverd in het voorveld en door versterking van de eigen kracht. Hiervoor zijn vanuit de middelen voor Jeugdhulp lokaal middelen vrij gemaakt om het voorveld te versterken en de eigen kracht te stimuleren.

Vraag 21:

Inkoopdocument Pag 4; De regels rondom bijstelling van het budget worden uiterlijk in maart 2016 bepaald. Waarbij sprake is van "budget beloning / korting". Van een zorginstelling kan niet verwacht worden akkoord te geven als de regels niet bekend zijn?

Antwoord 21:

De regels rondom bijstelling van de budgetten in 2016 zal in nauw overleg ontwikkeld worden met het zorgveld. Daarbij is ook de mate waarin de waardering van de ingediende transformatieplannen invloed heeft op de bijstelling van budgetten onderwerp van gesprek.

Dit betekent een stuk onzekerheid voor de individuele aanbieders. Echter, vooraf zijn de totale financiële kaders wel duidelijk en inzet is dat vanaf maart 2016 al de gesprekken met aanbieders worden gestart over de waardering van de transformatieplannen en de invloed op het budgetplafond.

Vraag 22:

Inkoopdocument Pag 4; Basis voor het budget zijn de realisatiecijfers eerste half jaar. Hoe worden de realisatie cijfers van het eerste halfjaar bepaald? Zaken als OHW voor de dbc's spelen hierin een belangrijke rol! Hoe wordt de jaarverwachting bepaald?

Antwoord 22:

Wij onderkennen dat de bepaling van de waarde van het onderhandenwerk binnen de DBC's GGZ zeer bepalend is voor berekening van de waarde van de gerealiseerde zorg gedurende de eerste helft van 2015. In de regio Midden-Holland gebruiken we de systematiek waarbij gebruik wordt gemaakt van de gemiddelde waarde van een geleverd zorguur. Per productcategorie wordt een gemiddeld uur tarief gehanteerd op basis van het NZA tarief 2014. Dus alle DBC's binnen een productgroep hebben een zelfde gemiddeld rekestarief. Deze systematiek en tarieven worden middels een memo bekend gemaakt aan u.

Vraag 23:

Inkoopdocument Pag 4; Overproductie in 2015 wordt niet in het budget gecorrigeerd? Waarom wordt het uitgangspunt dan jaarverwachting 2015 en niet de budgetafspraken 2015? Dit zou logischer zijn en veel gedoe over de totaalprognose schelen.

Antwoord 23:

Voor 2016 is de realisatie eerste half jaar 2015 bepalend voor het initieel budgetplafond 2016. In principe geldt als maximum het budgetplafond 2015.

Vraag 24:

Inkoopdocument Pag 5; is onduidelijk. Het rekenvoorbeeld zou neer komen op een korting van 20%. Het rekenvoorbeeld komt uit op 2,8mln, wordt daarop nog eens 10% gekort als men 0% tariefskorting geeft?

Antwoord 24:

Dat klopt. Alleen als 20% tariefkorting wordt gegeven wordt het initiële budget bereikt. Bij minder korting wordt het budgetplafond in eerste aanleg lager vastgesteld. De financiële ruimte die hierdoor ontstaat wordt gebruikt om in tweede aanleg (in 2016) aan de hand van de waardering van de transformatieplannen budgetplafonds naar boven, of soms naar beneden, bij te stellen.

Vraag 25:

Inkoopdocument Pag 5; wat wordt bedoeld met de regel: "hoeveel procent van dit initiële budget voor 1-1-2016 wordt gecontracteerd, hangt af van eventuele prijsverlaging op de sectorale tarief afspraken 2015" wat wordt bedoeld met sectorale tarief afspraken? Wie bepaald deze?

Antwoord 25:

Bij de inkoop van zorg 2015 zijn er sectoraal tarieven afgesproken met aanbieders. Hierover is aan de Fysieke Overlegtafel gecommuniceerd. In enkele gevallen zijn er afwijkingen op deze tarieven afgesproken vanwege met name zorgcontinuïteit en in stand houding van zorginfrastructuur.

Er is geen vraag 26.

Vraag 27:

Inkoopdocument Pag 6; waarom wordt uitgegaan van de nza tarieven 2014 voor het jaar 2016?

Antwoord 27:

Voor 2015 wordt ook gebruik gemaakt van de NZA tarieven 2014. Omdat de gemeenten geen tariefstijgingen wil accepteren is uitgegaan van dezelfde tarieven.

Vraag 28:

Inkoopdocument Pag 6; klopt het dat de regio 20% op het budget wil korten, 94% van de prijs 2014 als uitgangspunt neemt en als je op deze prijs geen korting geeft nog eens 10% op het budget gekort wordt? Ofwel een korting van 30% op het budget tegen 94% van een 2014 tarief?

Antwoord 28:

De genoemde 20% en de aanvullende 10% hierop werkt in totaal uit tot 28% korting ten opzichte van het budget 2015. De realisatie 2015 is echter minder dan gecontracteerd, waardoor de korting lager uitvalt. Daarnaast kan het budget in 2016 worden bijgesteld. De korting is dus niet standaard 28%.

Vraag 29:

Inkoopdocument Pag 13; Afschaffing bevoorschotting is niet akkoord. Zeker niet bij alle zaken die de regio nog wil ontwikkelen voor 2016, terwijl 2015 nog niet eens loopt.

Antwoord 29:

Wij lezen dit als de vraag: waarom is er voor gekozen om bevoorschotting per 1-1-2016 af te schaffen?

Gemeenten willen in 2016 toe werken naar een situatie waarbij direct na afloop van een maand zorg wordt gedeclareerd en dat deze zorg binnen de gestelde wettelijke termijn van 30 dagen daarop wordt betaald. Binnen een dergelijke systematiek is bevoorschotting niet meer noodzakelijk.

Wij realiseren ons dat dit een financiële aanscherping is ten opzichte van 2015. Indien dit tot onoverkomelijke problemen leidt bij aanbieders kunnen wij hierover met u in gesprek gaan om te komen tot een overgangsregeling. Uitgangspunt voor de gemeente blijft echter dat wordt toegewerkt naar een situatie waarbij niet meer aan bevoorschotting hoeft te worden gedaan.

Vraag 30:

Inkoopdocument Pag 13; Hoe ziet de regio maandelijks factureren voor zich? En de verrekening op cliëntniveau bij afsluiten dbc? Zorginstellingen willen geautomatiseerd afrekenen!

Antwoord 30:

Er zal gebruik worden gemaakt van de berekening van de waarde van het onderhandenwerk. Er komt op korte termijn een memo beschikbaar over de berekening van het onderhandenwerk.

Vraag 31:

Inkoopdocument Pag 13; En wat wordt bedoeld met overgangsregeling voor pro forma facturatie? Voor financiering van lopende dbc's blijft altijd noodzakelijk.

Antwoord 31:

Zie antwoord op vraag 30.

Vraag 32:

Inkoopdocument Pag 13; Aanpassen van productcoderingen zorgt wederom voor administratieve belasting bij zorginstellingen.

Antwoord 32:

In 2015 is gebleken dat de huidige productcodering niet aansluit bij, en faciliterend is aan, het proces rond indicering, zorgtoewijzing en een gerichte inkoop van zorg. Daarom is er voor gekozen om een traject te starten, samen met partijen uit het veld, en gebruik makend van systemen die elders ontwikkeld zijn of al worden gebruikt, om te komen tot aanpassing van de huidige productcodering. Wij realiseren ons dat dit kan leiden tot een extra administratieve last bij invoering, maar wij gaan er van uit dat dit niet opweegt tegen de voordelen die een productcodering oplevert als deze faciliterend is aan het gehele proces van indicering en zorgtoewijzing tot de zorginkoop.

Vraag 33:

Inkoopdocument Pag 14; halverwege het jaar aanpassen van productcoderingen? Hoe ziet de regio dat voor zich in relatie tot de vermelde proforma facturatie en afrekening op cliënt niveau. Halverwege het jaar coderingen aanpassen, vraagt om administratieve chaos.

Antwoord 33:

Doelstelling is om per 1-7-2016 te komen tot een aangepaste productcodering die dan per 1-1-2017 ingevoerd moet worden.

Vraag 34:

Excel bijlage; Hier staat dat het tarief niet hoger mag zijn dan het in 2015 gecontracteerde tarief. Hoe staat dat in relatie tot de regels in het inkoopdocument?

Antwoord 34:

Deze regel staat zowel in het inkoopdocument als in de 'Excel bijlage'.

Vraag 35:

Excel bijlage; Een offerte op trajectniveau is niet reëel. Instroom is niet op voorhand te "labelen" laat staan naar minuten range in te delen. Onwerkbaar!

Antwoord 35:

Doelstelling is dat wordt toegewerkt naar het benoemen van trajecten waarbij wordt aangegeven op basis van welke kenmerken (diagnose, zwaarte van problematiek, omstandigheden, enz) een cliënt in een bepaald traject wordt geplaatst. Wij verwachten van u dat u kunt aangeven hoe het gemiddelde van een dergelijk traject er uit ziet.

Wij zijn van mening dat met het helder krijgen van trajecten en kenmerken op basis waarvan bepaalde zorg wordt ingezet, dit de efficiency en doelmatigheid van de ingezette zorg zeer ten goede zal komen.

Vraag 36:

Excel bijlage; Onduidelijk wat de bedoeling is van tabblad trajecten

Antwoord 36:

Zie antwoord op vraag 35.

Wij zullen in de definitieve versie van dit tabblad in de financiële uitvraag een nadere toelichting geven.

Vraag 37:

Presentatie Pag11; Budget is afhankelijk van financiële ruimte die vrijkomt, spreekt de opmerking op pagina 3 tegen.

Antwoord 37:

Het budget op pagina 11 slaat op het budget voor nieuwe aanbieders. Het budget op pagina 3 slaat op het budget voor bestaande aanbieders.

Vraag 38:

Presentatie Pag13; Budget spreekt pagina 11 weer tegen?

Antwoord 38:

Het budget op pagina 11 slaat op het budget voor nieuwe aanbieders. Het budget op pagina 13 slaat op het budget voor bestaande aanbieders.

Vraag 39:

Presentatie Pag 13 Waarom geen prijsaanpassingen toegestaan. CAO heeft immers ook een verhoging van kosten tot gevolg?

Antwoord 39:

Om te komen tot de gewenste reductie van 20% zal ook een deel gevonden moeten worden in de tarieven. Bij een dergelijke operatie past niet dat tarieven naar boven worden bijgesteld.

Vraag 40:

Inkoopdocument Pagina 16, punt 7, de controle:

Is onze aanneme juist, dat als Opdrachtgever deze middelen inzet, de kosten ook voor Opdrachtgever zijn?

Antwoord 40:

De uitvoering van de materiële controle komt voor rekening van de gemeenten. Kosten aan de kant van de zorgaanbieder om de gevraagde informatie aan te kunnen leveren en bijkomende kosten voor kopiëren enz. komen voor rekening van de zorgaanbieder.

Vraag 41:

Uitgangspunten: Er is behoefte is aan een eenduidige productcodering. Waarom wordt geen gebruik gemaakt van de landelijke codering?

Antwoord 41:

Bij het ontwikkelen van een nieuwe codering zal zeker gekeken worden naar wat elders, en dus ook landelijk, is ontwikkeld. In deze regio hechten we er grote waarde aan dat de te ontwikkelen productcodering faciliterend werkt aan ontwikkelingen rond transformatie en ontwikkeling van het 'voorveld'.

Vraag 42:

Uitgangspunten: Productcodering en contractafspraken lijken niet altijd één op één te lopen, waardoor wij vaak opmerkingen krijgen dat zorg met een bepaalde productcodering niet zou zijn ingekocht, terwijl het in het contract, in andere bewoordingen, wel staat aangegeven. Hoe gaat deze bron van verwarring worden voorkomen dan wel opgelost met specifieke productcodelijsten?

Antwoord 42:

Binnen de werkgroep implementatie wordt gewerkt aan kleine aanpassingen binnen de productcodelijsten om e.e.a. soepeler te laten verlopen. In 2016 willen gemeenten via de Fysieke Overlegtafel in gesprek met het zorgveld om te komen tot een nieuwe productcodering. Zie verder vraag 32 en vraag 40.

Vraag 43:

Visie op Jeugdhulp Midden-Holland; Vermindering van de administratieve lasten wordt nagestreefd. Hoe verhoudt zich dat met de volgende twee punten:

- Volledige facturering volgens Vecozo wordt nagestreefd. Aan de kant van de gemeente werkt dit systeem nog niet (overall) voldoende en dus is proforma facturering noodzakelijk.
- Het huidige EPD systeem waar in de GGZ onder andere gebruik van wordt gemaakt, kan geen OHW (via Vecozo) factureren. Dit betekent dat we daarvoor een eigen systeem naast Vecozo moeten ontwikkelen.

Genoemde punten zorgen zeker voor een verzwaring van onze administratieve lasten (evenals het eerstgenoemde punt van de codering), hoe zien de gemeenten dit?

Antwoord 43:

Binnen de gemeenten en in de werkgroep implementatie wordt hard gewerkt om het declaratie systeem volledig op orde te krijgen. 2016 is bedoeld als overgangsjaar waar nog de keuze bestaat tussen declaratie via Vecozo en andere manieren van facturering.

De gemeenten hechten veel waarde aan de invoering van maandelijks facturering. De gevraagde informatie over onderhandenwerk hoort ons inziens tot informatie die een zorgaanbieder moet kunnen leveren. Deze informatie is noodzakelijk om te komen tot voldoende verantwoording over de geleverde zorg.

Vraag 44:

N.a.v. de voorgenomen wijzigingen de overeenkomst; Gesteld wordt dat de zorgaanbieder uiterlijk 1 week na het einde van de maand de factuur indient bij de gemeente. De werkwijzen in de GGZ, met onder andere DBC registratie en de noodzakelijke controles hierop, laten dit niet toe, facturering zal minimaal 2 weken duren. Wat is de reactie van gemeenten daarop?

Antwoord 44:

Wij zijn bereid om met de GGZ te komen tot specifieke afspraken rond declaratie en aanleveren van informatie rond onderhandenwerk. Hiertoe wordt tevens de werkgroep Implementatie ingeschakeld.

Vraag 45:

N.a.v. de voorgenomen wijzigingen deelopereenkomst; De wet- en regelgeving o.a. rond DBC spelregels, verandert soms op het laatste moment van het jaar, waardoor systeemontwikkelaars deze regels vaak pas in de eerste of tweede maand van het nieuwe jaar kunnen implementeren en er daardoor pas in de 3^e of 4^e maand van het jaar gefactureerd kan worden. Hoe wordt met deze problematiek omgegaan?

Antwoord 45:

Als er redenen zijn waardoor het onmogelijk is voor instellingen om binnen de gewenste termijnen te komen tot facturering, zijn wij bereid om hierover in overleg te gaan. Zie verder vraag 44.

Vraag 46:

Wat gebeurt er met facturen die te laat zijn ingediend, dat wil zeggen na bv 3 weken of bijvoorbeeld betrekking hebben op 2 maanden geleden?

Antwoord 46:

Deze facturen worden dan alsnog verwerkt en betaling vindt plaats binnen de overeengekomen termijn.

Vraag 47:

Afschaffing bevoorschotting per 1-1-16. Wanneer in 2016 pas na (2+4) 6 weken betaling van het onderhanden werk plaats vindt, hoe compenseren de gemeentes dan de financiële lacune die ontstaat in januari?

Antwoord 47:

Gemeenten streven er naar om op een meer zakelijke basis te komen tot afspraken met aanbieders van zorg. Bevoorschotting past hier niet bij. Vlotte facturering van zorg en vlotte betaling van facturen binnen de gestelde wettelijke termijn passen daar wel bij. Zie verder vraag 29.

Vraag 48:

N.a.v. de kwalitatieve uitvraag, algemene vragen; De vraag is wat wij als zorgaanbieder doen om risico's te verkleinen m.b.t. vorming wachtlijsten, hiaten in het zorglandschap, en collectieve ontslagen. Wij hebben veelvuldig onze zorgen geuit omtrent deze onderwerpen en vragen ons af wat het antwoord van de gemeente is op deze vragen? Een korting van 20% op het budget van 2015 brengt onherroepelijk deze risico's met zich mee.

Antwoord 48:

Het is juist dat een korting van 20% risico's met zich mee brengt. Door een sterke focus aan te brengen op de transformatie denkt de gemeente door bijvoorbeeld afschaling toch binnen het beschikbare budget de benodigde zorg in te kunnen kopen.

Zie vraag 16, 17 en 20 voor een verdere toelichting op de korting van 20%.

Vraag 49:

Dubbele korting % en andere manier van bezuinigen. Allereerst: u vermeldt in het inkoopdocument dat het NZA-tarief van 2014 wordt aangehouden. Bij ons rijst de vraag waarom u het tarief van afgelopen jaar hanteert en niet het tarief van 2016.

Verder vermeldt u dat er in 2016 een extra financiële doelstelling doorgevoerd moet worden, met als gevolg dat het totale budget met 20% wordt gekort. Daarnaast wordt van ons geëist dat wij ook nog een tariefkorting hanteren. Wij worden dus dubbel gekort. In 2015 is al een flinke korting doorgevoerd, en doordat uw gemeente het budget nog meer verlaagd, komt de kwaliteit van de zorgverlening in het geding. Alle activiteiten die voortvloeien vanuit de beroepsbeoefening moeten worden bekostigd vanuit het huidige budget. Dit betreft onder andere het voldoen aan de hoge eisen van het kwaliteitsbeleid en voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien vanuit de kwaliteitswetten in de zorg. Ook werken wij al vele jaren aan het verbeteren van de aansluiting met het (passend) onderwijs door het verzorgen van informatiebijeenkomsten voor leerkrachten en IB-

ers. Doelstelling daarbij is preventie van ernstige uitval op school en daarmee het voorkomen van onnodige instroom in de zorg. Met de door u voorgestelde korting zullen deze activiteiten moeten worden gestaakt. Hetgeen concreet betekent dat deze zeer kosteneffectieve vorm van zorg zich niet verder zal ontwikkelen.

Wij verzoeken u met klem om de budget korting te herzien. Wij willen graag een constructieve bijdrage leveren aan de transformatieagenda waar u samen met het veld van aanbieders voor gesteld staat. In onze optiek is het extra korten van een budget echter een onnodige vorm van bezuiniging en kan er op een andere, betere manier worden bezuinigd op de kinder- en jeugd GGZ. Ons uitgangspunt hierbij is preventie zodanig dat de zorg in nauwe samenhang met de scholen vorm krijgt. Dit uitgangspunt hebben wij vertaald in een innovatief plan, waarvan ik de beschrijving als bijlage heb toegevoegd. Wij zouden hierover graag met u in gesprek gaan.

Tevens willen wij in dit gesprek toelichten op welke wijze wij in samenwerking met een collega een groeiscenario in gang hebben gezet in uw regio. Op uw verzoek hebben wij een gecombineerde locatie geopend in Gouda. De cliënten van onze collega met comorbide problematiek kunnen dan ook direct en in hun eigen regio geholpen worden door RIOzorg. In onze prognose die wij u voor 11 september a.s. aanleveren wordt deze groei (financieel) onderbouwd.

Antwoord 49:

Zie vraag 16, 17 en 20.

In een situatie waarin een forse korting doorgevoerd moet worden is een groeiscenario moeilijk in te passen. Echter bestaat de mogelijkheid dat de aangeleverde plannen voor transformatie zo worden beoordeeld dat er voor een zorgaanbieder een definitief budget wordt vastgesteld wat hoger ligt dan 100% van het initiële budget.

Vraag 50:

Afrekening 2015

U bent voornemens om een systeem van pro-forma facturering in te voeren. Welk tarief bent u voornemens te gebruiken? DBC-tarieven zijn immers pas achteraf bekend. In andere regio's waar wij actief zijn, wordt er gebruik gemaakt van een uurtarief of minutentarieff en wordt de DBC-systematiek losgelaten.

Antwoord 50:

Wij komen deze week (uiterlijk donderdag) met een beschrijving hoe wij willen omgaan met de waarde bepaling van het onderhandenwerk binnen DBC's GGZ.

Vraag 51:

Wat is de status van het inkoopdocument? Is er hier sprake van een aparte inkoop procedure (2.b procedure) binnen de constructie van het bestuurlijk contracteren? In het document zijn ook voorgestelde wijzigingen van de deelopereenkomsten opgenomen, hoe verhoudt dit zich tot de werkwijze binnen het bestuurlijk aanbesteden tot nu toe, nu dit onderdeel is gemaakt van een apart inkoopdocument/procedure?

Antwoord 51:

Jeugdhulp is inderdaad een zogenaamde 2b-dienst, waarop de Aanbestedingswet maar gedeeltelijk van toepassing is. De Aanbestedingswet bevat geen specifieke regels voor 'bestuurlijk contracteren' of 'bestuurlijk aanbesteden'. De Basisovereenkomst Sociaal Domein Jeugdhulp en de Deelopereenkomst voor het leveren van Jeugdhulp, die het resultaat zijn van bestuurlijk aanbesteden in de regio Midden Holland in 2014, bevatten geen specifieke bepalingen met betrekking tot de verlenging van de overeenkomsten die als bijlage II deel uitmaken de deelopereenkomst en evenmin voor de daarbij noodzakelijke transformatie van de feitelijke dienstverlening. De overeenkomsten die als bijlage II deel uitmaken van de Deelopereenkomst voor het leveren van Jeugdhulp eindigen op 31 december 2015. Om met ingang van 1 januari 2016 nieuwe overeenkomsten (bijlage II) met de betreffende zorgaanbieders te sluiten wordt door middel van het inkoopdocument aan iedere zorgaanbieder een aanbieding gevraagd voor voortzetting van de dienstverlening in 2016. Deze

aanbieding maakt, na eventuele verduidelijking of zo nodig aanpassing, deel uit van de overeenkomst bijlage II zoals deze met de betreffende zorgaanbieder wordt overeengekomen.

Naast de inkoopprocedure ten behoeve van de continuering van de dienstverlening in 2016 bevat het inkoopdocument een aantal voorstellen voor actualisering van de Deelovereenkomst voor het leveren van Jeugdhulp.

Met name in verband met die aanpassingsvoorstellen en om met de zorgaanbieders consensus te bereiken over de toe te passen inkoopprocedure is het inkoopdocument conform de werkwijze zoals overeengekomen in het kader van bestuurlijk aanbesteden gepresenteerd aan de fysieke overlegtafel en vindt besluitvorming over het inkoopdocument plaats in de fysieke overlegtafel.

Vraag 52:

Wat zijn de gevolgen als een organisatie voor een bepaalde trede geen transformatieplan indient en later blijkt dat de producten hier volgens de NSDMH wel onder vallen (bijvoorbeeld opvang of instroom van "sectorvreemde" jeugdigen)?

Antwoord 52:

Binnen het vast te stellen budget van een aanbieder is flexibiliteit mogelijk. Het is dus mogelijk dat binnen het vastgestelde budget zorg wordt geleverd op een trede waar vooraf geen aanbod is gedaan. Dit moeten wel uitzonderingen blijven.

Vraag 53:

De afschaffing van de *bevoorschotting* kan grote gevolgen hebben op het vlak van de liquiditeit als het berichtenverkeer nog niet goed werkt. Wij zijn van mening dat deze afschaffing gekoppeld dient te worden aan het moment dat het systeem van berichtenverkeer en facturatie optimaal werkt. De huidige problemen met indicatiestelling enerzijds en de facturatie anderzijds zijn nog dermate groot dat we sterk twijfelen of dit per 1 januari 2016 is opgelost.

Antwoord 53:

Zie vraag 29.

Het is nadrukkelijk de bedoeling dat per 1-1-2016 zowel via Vecozo, als middels een papieren declaratie zorg gedeclareerd kan worden bij de gemeenten en dat deze accuraat kan worden afgehandeld.. In de werkgroep Implementatie wordt dit opgepakt.

Vraag 54:

De uniformisering van de *productcodering* juichen wij toe. De tekst hierover is echter niet erg eenduidig. Er wordt aangegeven dat aansluiting bij de landelijke codering van belang is, maar er wordt tevens gesproken over een regionale beschrijving. Waakt de NSDMH ervoor dat dit ook bij de SWT/JGTs tijdig helder is zodat daar geen gesteggel over ontstaat? Nu zijn er veel problemen met foutieve toewijzingen/productcodes etc.

Antwoord 54:

Zie vraag 32 en 33 over een verdere toelichting op het onderwerp productcodering.

Het is de bedoeling dat in 2016 uiterlijk per 1-7-2016 er een nieuwe wijze van productcodering is ontwikkeld. Deze wordt uiterlijk per 1-1-2017 geïmplementeerd. In de periode van 1-7-2016 en 31-12-2016 moeten instellingen in staat zijn om zich hier op voor te bereiden.

Vraag 55:

Indien in 2016 blijkt dat transformatievoorstellen niet worden gerealiseerd door een zorgaanbieder, zal dat betekenen dat het toegekende budgetplafond t.b.v. 2016 in de loop van het jaar 2016 kan worden verlaagd bij deze zorgaanbieder. Indien de transformatieplannen wel worden gerealiseerd kan het budgetplafond naar boven worden bijgesteld. Bij budgetplafond aanpassingen wordt naast gerealiseerde transformatieplannen ook rekening gehouden met aantal cliënten en een passend zorglandschap. De methodiek van beoordelen van transformatieplannen en het bepalen van de bandbreedtes van budgetplafond verhogingen en verlagingen, worden in het eerste kwartaal van 2016 in overleg met de Fysieke Overlegtafel en na goedkeuring door de colleges bepaald.

Deze passage hierboven past binnen bestuurlijk contracteren maar is heel gek in een 2B procedure, gezien de ervaringen in de regio tot nu toe zou dit ook nog in de praktijk kunnen uitwerken als een mededeling aan de overlegtafel en goedkeuring door de college's oftewel een verdere uitwerking van de overeenkomst zonder dat aanbieders hierover ook maar iets in de melk te brokkelen hebben, enige kadering over de beoogde bandbreedtes in aanpassing van het budgetplafond lijkt me dan ook hard nodig. Hoe ziet het NSDMH dit?

Antwoord 55:

Van een 'gewone' 2b-procedure' zoals beschreven in artikel 2.39 van de Aanbestedingswet is geen sprake. Er wordt immers geen nieuwe opdracht in concurrentie gegund, maar binnen het kader van de deellovereenkomst worden nieuwe afspraken vastgelegd over de te verlenen diensten. Over het inkoopdocument vindt besluitvorming plaats aan de fysieke overlegtafel. Over de feitelijke transformatieplannen van de individuele zorgaanbieders vindt overleg plaats met de betreffende zorgaanbieders. De beoordelingsmethode wordt ontwikkeld in overleg met de fysieke overlegtafel en vervolgens vindt ook hierover besluitvorming plaats aan de fysieke overlegtafel.

Vraag 56:

Het budgetplafond voor 2016 wordt vastgesteld op basis van realisatie eerste half jaar 2015. We weten allemaal dat deze gegevens zeer onbetrouwbaar zijn door de gebrekkige facturatie in die periode. Inmiddels hebben wij een voorlopige vaststelling ontvangen voor onze organisatie die aantoonbaar onjuist is als we die vergelijken met onze eigen productieregistratie. Hoe ziet het NSDMH de discussie hierover opgelost in de korte planning?

Antwoord 56:

Er wordt bij dit proces in eerste instantie gebruik gemaakt van de uitgevraagde productiegegevens over het eerste halfjaar 2015. Deze gegevens worden waar mogelijk getoetst aan declaratiegegevens. Hierbij zijn de aangeleverde productiegegevens over het eerste halfjaar 2015 leidend. Er lopen op dit moment twee trajecten rond budgetplafonds naast elkaar.

1. Bijstelling van budgetplafonds 2015

Op basis van de gerealiseerde productie gedurende het eerste halfjaar 2015 wordt een extrapolatie gemaakt voor de te verwachten realisatie in heel 2015. Op basis hiervan krijgen aanbieders met een onderproductie van meer dan 5% een verlaagd budgetplafond aangeboden. Met partijen die overproduceren worden gesprekken aangegaan.

2. Initiele budgetten 2016.

De initiele budgetten 2016 worden vastgesteld op basis van de gerealiseerde zorg in het eerste halfjaar 2015, vermenigvuldigd met twee, tot maximaal het budgetplafond 2015. Woensdag 9 september 2015 wordt aan de Fysieke Overlegtafel Jeugd bekend gemaakt wat de te verwachten prognose voor de realisatie van 2015 zal zijn.

Dit zijn gescheiden trajecten. Op 10 september wordt er per aanbieder bekend gemaakt welk initieel budget wordt toegekend. Mocht blijken dat het budget 2015 voor deze aanbieder later naar boven wordt bijgesteld i.v.m. het leveren van een acceptabele overproductie, kan, na overleg, ook het initiële budget 2016 worden aangepast.

Vraag 57:

We begrijpen de financiële problemen rond het regiobudget, maar hoe denkt het NSDMH om te gaan met het verlagen van de budgetplafonds en de gevolgen daarvan voor zorgaanbieders indien sociale teams doorverwijzen als het plafond bereikt is (acceptatieplicht)?

Antwoord 57:

Lokale Sociale teams zullen door het NSDMH op de hoogte worden gehouden van uitputting van de afgesproken budgetplafonds.

In artikel 13.6 van de deellovereenkomst staat inderdaad dat 'Dienstverleners', zorgaanbieders, een acceptatieplicht hebben. In dit artikel staat ook dat als zich een budgetoverschrijding voordoet

Gemeente en Dienstverlener afspraken maken over de implicaties van de budgetoverschrijding voor de acceptatieplicht. In de overeenkomst(en) zoals opgenomen in bijlage II staat dat partijen hiertoe in overleg treden om te bezien waardoor de overproductie wordt veroorzaakt en welke acties nodig zijn om te voorkomen dat aan het eind van het jaar het budgetplafond wordt overschreden.

Het is dan ook van groot belang dat zorgaanbieders die een budgetoverschrijding voorzien dit zo spoedig mogelijk melden.

Met de sociale teams zullen afspraken worden gemaakt dat zij waar mogelijk bij hun verwijzing rekening kunnen houden met de budgetplafonds van de zorgaanbieders.

Vraag 58:

Er wordt aangegeven dat er geen prijsverhoging of indexering wordt toegestaan. Het uitgangspunt voor de tarieven is niveau 2014. Dit leidt dus tot een hogere korting dan de in het vooruitzicht gestelde 20%.

Antwoord 58:

Hier worden de korting op de in rekening te brengen tarieven per product en het beschikbare budget verward. Deze kortingen kunnen niet bij elkaar worden geteld. De tariefkorting is één van de variabelen op basis waarvan het initiële budget 2016 wordt vastgesteld.

Vraag 59:

In de bekostiging van de kapitaallasten van de Kinderdagcentra (GHZ-sector) zitten we in een overgangstraject die in 3 jaar leidt tot een overgang van nacalculatie tot een normatieve vergoeding. Wij gaan er van uit dat deze normatieve toevoeging aan het budget doorgevoerd zal worden in het betreffende tarief. In onze opvatting valt dit niet te scharen onder prijsverhoging. Hoe denkt het NSDMH hier over?

Antwoord 59:

De normatieve vergoeding zal niet aan het product-tarief toegevoegd worden. De NIC en NHC componenten zijn losse aanvullende tarieven.

Vraag 60:

De beschrijving van de “traptreden” is sterk geënt op de sectoren GGz en J&O waar er altijd een doelstelling van “behandeling” en “beter worden” is. De sector AWBZ en specifiek de gehandicaptenzorg kenmerkt zich door het chronische karakter van een levenslange (ernstige) beperking. De behandeldoelstelling maximeren op 6 maanden is voor jonge kinderen met een ernstige ontwikkelingsachterstand weinig realistisch. Hiermee willen we overigens niet zeggen dat alles moet blijven zoals het is. Heeft het NSDMH oog voor deze sector?

Antwoord 60:

De beschrijving van de traptreden is geënt op alle sectoren en ontstaan bij de innovatieateliers waar ook de (voormalig) AWBZ sector bij aanwezig was. Op basis van deze ateliers zien wij mogelijkheden om (professionele) **dag**behandeling te bekorten, door meer flexibel en eerder in te zetten op behandeling in de natuurlijke leefomgeving van het kind. Bij trede 6 en 7 is nadrukkelijk aandacht gevraagd voor het verkorten van langdurige ambulante begeleiding bij ondersteuningsvragen met een chronisch karakter. Hier zijn tijdens de ateliers bijvoorbeeld de suggesties genoemd van andere samenwerkingsverbanden met het voorliggend en/of een andere inzet van vrijwillige ondersteuning.

Vraag 61:

Hoe werkt dat nu met de beoordeling van de transformatieplannen? Het is voor ons als aanbieder moeilijk om daar nu een aanbieding op te doen; de financiële prikkel is nu immers nog niet zichtbaar!

Antwoord 61:

De gemeente snapt uw worsteling, maar adviseren u uit te gaan van uw eigen kracht en visie bij het schrijven van de transformatieplannen. Vanaf januari 2016 gaan we met de aanbieders van de Fysieke Overlegtafel in gesprek over het beoordelingskader.

Vraag 62:

Indien er in de loop van volgend jaar nieuwe spelregels omtrent de transformatieplannen gaan gelden, dan wil ik als aanbieder de mogelijkheid hebben om het aangeboden kortingspercentage te wijzigen om tot een andere mix te komen.

Antwoord 62:

De spelregels omtrent de transformatieplannen zullen niet wijzigen. Het beoordelingskader wordt in gezamenlijkheid en in overeenstemming met de aanbieders, u dus, opgesteld.

Vraag 63:

Ik ben een vrijgevestigde GGZ-psycholoog. Ik heb voor 2015 alleen een budgetplafond voor gespecialiseerde GGZ gekregen. Maar lever ook basis GGZ. Hoe wordt mij initiële budget 2016 berekend?

Antwoord 63:

De realisatie eerste half jaar 2015 is de basis voor het initiële budget 2016, hierin wordt ook de door u geleverde basis GGZ in meegenomen, tot maximaal het budgetplafond 2015.

Vraag 64:

Is het mogelijk mijn opgave van de onderhanden werk positie eerste half jaar 2015 nog te wijzigen?

Antwoord 64:

In eerste instantie gaan we ervan uit dat de opgave van instellingen correct is aangeleverd. Maar bij ernstige afwijkingen zullen we daarover in gesprek gaan. De oorzaak van de afwijking moet duidelijk worden hoe het kan dat de aangeleverde cijfers door leverancier niet overeenkomen met de daadwerkelijke realisatie.

Vraag 65:

Als kleine aanbieder hebben we best ideeën om het voorveld te versterken alleen hebben we hiervoor onvoldoende budget waaruit we dat zouden kunnen opstarten. Hoe kunnen we deze plannen toch kenbaar maken?

Antwoord 65:

U kunt daarover contact opnemen met de gemeente.

Vraag 66:

In mijn veronderstelling is afgelopen jaar niet met alle zorgleveranciers een volume en prijs afspraak gemaakt. Alleen de grote aanbieders hebben zo'n afspraak gekregen. Krijgen voor 2016 wel alle aanbieders een prijs en volume afspraak?

Antwoord 66:

Dat is een misvatting. Het onderscheid tussen grote aanbieders (omzet groter dan € 300.000,-) is alleen gemaakt voor wel/ geen inkoopgesprek. Met alle aanbieders, groot en klein is een prijs en volume afspraak gemaakt en dat gaan we ook in 2016 doen.

Vraag 67:

Innovatie ontwikkelt zich in de loop van de tijd. Hoe krijgen we als leverancier die zaken in het door de gemeente geleverde format die niet in volume en prijs te vatten zijn?

Antwoord 67:

Dat is mogelijk in een begeleidende tekst.

Vraag 68:

Wat zijn de beoordelingscriteria wat betreft 'impact zorglandschap'?

Antwoord 68:

De beoordeling van de transformatieplannen gebeurt in 2 stappen:

1. Bij het indienen van de offertes en transformatieplannen voor 1 oktober hebben de plannen nog geen consequenties voor het budget. U krijgt wel een terugkoppeling met aanbevelingen

voor een eventuele verbetering omdat het dan bijvoorbeeld beter aansluit bij de visie van de regio. Hiervoor hanteren we drie criteria:

1. Impact op transformatie
 2. Uitvoerbaarheid
 3. Impact op het zorglandschap
2. In de loop van 2016 gaan we samen met u het beoordelingskader opstellen hoe we de plannen kunnen waarderen in relatie tot het initiële budget 2016.

Vraag 69:

Ik zou graag meer toelichting willen op wat u bedoelt met impact op het zorglandschap.

Antwoord 69:

Wij letten er vooral op dat de noodzakelijke zorginfrastructuur in stand wordt gehouden. Is er met de uitvoering van de transformatieplannen nog steeds voldoende crisisopvang bijvoorbeeld? Het is niet de bedoeling dat er enorme gaten vallen in het zorglandschap.

Vraag 70:

In aanvulling op bovenstaande; wat vindt de gemeente absoluut noodzakelijk?

Antwoord 70:

Het gaat erom dat het zorgaanbod de zorgbehoefte in de regio dekt. ...

Vraag 71:

Hoe doortimmerd moeten de transformatieplannen zijn?

Antwoord 71:

De transformatieplannen die wij verwachten hoeven nog niet gerealiseerd te zijn, maar moeten wel concreet uitvoerbaar zijn. Premature plannen/ ideeën mogen wel aangeleverd worden, maar worden anders gewaardeerd.

Vraag 72:

Is de gemeente zelf op tijd gereed om declaraties en facturen goed te ontvangen en tijdig te betalen?

Antwoord 72:

We zijn van mening dat wij op tijd gereed zijn. Mocht dat niet zo zijn dan zullen wij onze verantwoordelijkheid nemen.

Vraag 73:

Er is door de VNG een landelijke addendum inkooprichtlijnen uitgebracht met betrekking tot lastenverlichting. Is deze bij NSDMH bekend? Zo ja, doen jullie er iets mee?

Antwoord 73:

We kennen dit addendum nog niet en zullen deze opzoeken. We kunnen nu, onwetend van de inhoud, niet aangeven of we er iets mee gaan doen in het kader van de inkoop 2016. Maar administratieve lastenverlichting is wel een van onze beleidsdoelstellingen in het Sociaal Domein.

Vraag 74:

Mijn cliënten hebben, van in ieder geval de gemeente Gouda, een brief ontvangen over het aflopen van de zorgindicatie per 31-12-2015. Mag de gemeente gegevens uit de initiële vulling gebruiken om cliënten te benaderen? En ten tweede is mijn bezwaar dat besluit om DBC te verlengen nu wordt gelegd bij huisarts, medisch specialist, sociaal team of CJG. Ik word als directe zorgverlener buiten spel gezet.

Antwoord 74:

De gemeente heeft gekeken welke indicaties in 2015 aflopen en heeft per brief cliënten hierop geattendeerd zodat zij zorgcontinuering kunnen waarborgen. Wij gaan ervan uit dat de indicatiesteller (ha, medisch specialist) contact opneemt met de directe zorgverlener inzake de

zorgcontinuering. Wij kennen de brief van de gemeente Gouda niet. We zullen deze opzoeken en meegeven aan de werkgroep implementatie.

Vraag 75:

Voor de kwalitatieve uitvraag mogen we slechts 2 A4-tjes indienen ter beantwoording. Mogen dit er ook meer zijn?

Antwoord 75:

Voor alleen tekst blijven we maximaal 2 A4-tjes hanteren. Indien u foto's, schema's, tabellen etc. zilt toevoegen mag het in totaliteit maximaal 3 A4-tjes zijn.

Vraag 76:

Wat is de procedure als de transformatie op lokaal niveau plaats vindt, bijvoorbeeld met slechts 1 gemeente in de regio?

Antwoord 76:

Onze visie is in de hele regio Midden-Holland hetzelfde. De visie is opgesteld door beleidsmedewerkers uit alle 5 deelnemende gemeenten. We verwachten weinig plannen die alleen voor een gemeente van toepassing zijn. *De lokale versterking moet komen in relatie tot het voorveld en de Sociale Teams. Wij hebben dagelijks contact met de sociale teams hierover.* De gemeenten hebben zelf lokale budget om hierover afspraken te maken met zorgaanbieders.

Vraag 77:

Ligt er in het perspectief van de gemeente ook een link naar het onderwijs?

Antwoord 77:

Onderwijs wordt nadrukkelijk benoemd in de inkoopdoelstellingen. De gemeente heeft om de 6 weken overleg met de regionale samenwerkingsverbanden. Zo zijn er plannen om jeugdhulp op VO-scholen aan te bieden. Hiertoe wordt gekeken of budgetten vanuit de verschillende financieringsstromen samengevoegd kunnen worden. Maar we erkennen dat het nog een lastige opgave is en nodigen zorgaanbieders uit om met plannen/ ideeën te komen om de link te maken.

Vraag 78:

In het inkoopdocument staat dat behandeling zal worden afgebouwd. In 2016 nog maar 6 maanden en in 2017 nog maar 3 maanden. Hoe komen jullie bij deze doelstelling?

Antwoord 78:

Deze doelstelling komt voort uit de innovatie-ateliers met de zorgaanbieders. Er zal nu nog geen budgetbepaling worden vastgesteld uit de kwalitatieve beoordeling, daar zit wel een mogelijkheid. We zullen in eerste instantie kijken naar aanbieders die dat kunnen realiseren.

Vraag 79:

Worden de lopende DBC's aan het einde van het jaar afgesloten?

Antwoord 79:

De lopende DBC's lopen door op basis van nieuwe beschikkingen (met verwijzing van huisarts of Sociaal Team). De onderhanden werk positie wordt afgerekend.

Vraag 80:

In de Excel-lijst 'kwantiteit', bijlage van het inkoopdocument staan een aantal productcodes geel gearceerd. Waarom is dat?

Antwoord 80:

Dit is een omissie in het document en betekent voor u niets.

Onderstaande vragen en antwoorden zijn toegevoegd op woensdag 9 september 2015.

Vraag 81:

Wij maken op uit de rekenmethode die wordt gehanteerd voor de omzetbepaling dat er overall evenveel wordt gekort. Dit sluit dus bepaalde specialismen en sowieso inhoud uit. Wij pleiten erg voor het onderscheid in aanbieders en jeugdhulp/jeugdzorg om te bekijken welke hulp en zorg er vooral nodig is voor Midden Holland en waar dus ook vooral niet op te bezuinigen.

Antwoord 81:

De gemeente kiest er voor, om op het totale macrobudget 20% te korten en dit op alle zorgsoorten en aanbieders door te voeren.

Vraag 82:

Wij nemen aan dat Midden Holland ook komend jaar de landelijke DBC productcodes van de NZa zal hanteren voor de jeugd GGZ.

Antwoord 82:

Voor het onderdeel GGZ worden in 2016 de DBC's GGZ gebruikt voor het monitoren en vastleggen van geleverde zorg.

Vraag 83:

Wij vragen ons af waar de aanbieder van forensische ambulante psychiatrische jeugd GGZ onder valt. Is dit nu trede 1 of trede 6?

Antwoord 83:

De hoog specialistische zorg zit in trede 1, als deze gekoppeld is aan de functie verblijf. In trede 6 zit de ambulante zorg, gekoppeld aan de functie behandeling.

Vraag 84:

Tekstueel bij uitgangspunten:

Lezen wij onderstaande zin correct als we uitgaan van een totale korting van 20%?

“Een extra financiële doelstelling.

Naast de landelijke korting op de uitkering jeugd is er, als gevolg van de invoering van het objectieve verdeelmodel, **een totale** i.p.v. extra korting te verwerken die neerkomt op een vermindering van het maatwerk budget van 20% ten opzichte van het maatwerkbudget 2015.

Antwoord 84:

Dat klopt. De totale korting is 20%, waarbinnen de korting vanuit het objectieve verdeelmodel 12% bedraagt.

Vraag 85:

Bij financiële uitgangspunten:

Wij begrijpen dat ingezet wordt op de beperking van kosten en missen daarbij dat het over de combinatie kosten in relatie tot de effecten moet gaan.

Antwoord 85:

Het klopt dat het resultaat van de geboden zorg een belangrijk uitgangspunt is. Dit is echter nog moeilijk meetbaar. Met het hier gepresenteerde inkoopbeleid zetten wij met name in op de mogelijke afschaling van zorg. Belangrijke doelstelling is bijvoorbeeld dat zorg vroeger ingezet kan worden waardoor een zwaardere inzet wordt voorkomen of dat er meer inzet wordt gerealiseerd vanuit de eigen omgeving. Daarbij blijven de kwaliteit van zorg en de te behalen resultaten onveranderd de belangrijke uitgangspunten.

Vraag 86:

Wat is de ratio bij de verlaging van de tarieven?

De prijs per product(code)/bekostigingseenheid, waarbij het gewogen gemiddelde wordt genomen of het tarief per cliënt.

Antwoord 86:

De ratio bij de tarifiering is de prijs per product. Als een lagere trajectprijs wordt gerealiseerd door bijvoorbeeld verkorting van trajecten of het aanbieden van een alternatief traject dient dit te worden opgenomen in de transformatieplannen.

Vraag 87:

Omdat wij sturen op efficiency, kwaliteit met beperkte overhead kunnen wij onze tarieven slechts beperkt reduceren.

Antwoord 87:

De uitgangsposities van zorgaanbieders is niet gelijk. Het is aan de aanbieders om in te schatten welke korting en tarifiering ten opzichte van 2015 verantwoord is.

Vraag 88:

Specifieke doelstellingen bij de trap af:

De doelstellingen van de bekorting van doorlooptijden dienen onderbouwd te worden, is er ruimte voor nuancering? Bij dagbehandeling is een doorlooptijd van 3 maanden voor bv. observatie of time-out vanuit onderwijs redelijk, maar voor behandeling van jonge kinderen met ernstige gedragsproblemen is dat niet te onderbouwen.

Antwoord 88:

Ruimte voor deze nuancering is er zeker. Die zien wij graag terug in uw transformatieplan.

Vraag 89:

Is bij de weging van het budget en bij de vaststelling van de transformatieve doelstellingen de nieuwe indeling met de Wet langdurige zorg geheel verwerkt?

Antwoord 89:

Deze is verwerkt in de budgetten en financiële doelstelling. Wij kunnen helaas nog niet volledig beoordelen of dit ook op cliënt niveau overal is doorgevoerd.

Vraag 90:

Bij de doelstellingen rond crisishulp is het de vraag wat scherper te formuleren wat waarom beoogd wordt. Uit effectiviteit en kostenoverweging is namelijk de inzet van ambulante hulp zoals families First en Ambulante Spoedhulp juist te verkiezen boven inzet van andere vormen van zorg zoals residentieel en langdurig ambulante hulp.

Antwoord 90:

Wij zullen de vraagstelling hier niet aanpassen. Er is wel ruimte om toelichting te geven op wat een organisatie beoogd met de transformatieplannen.

Vraag 91:

Waarom is bij het hanteren van de WNT de toepassing beperkt tot bestuurders.

Antwoord 91:

Omdat de wet alleen van toepassing is op bestuurders van organisaties.

Vraag 92:

Afschaffing bevoorschotting:

Het versturen van de factuur uiterlijk 1 week na het einde van de maand door de zorgaanbieder is een te korte periode. 1 maand is gebruikelijk in een aantal regio's.

Is er ruimte om dit op te nemen?

Antwoord 92:

Doelstelling van deze korte termijn is om een vlot en efficiënt proces in te richten. Wij begrijpen echter dat ook u de tijd nodig heeft om uw proces uit te voeren. Er is daarom ruimte om een langere termijn op te nemen, mits deze ook voor de gemeente werkbaar is.

Vraag 93:

Enkele punten m.b.t. bijlage C. Kwantitatieve uitvraag.

Tabblad Producten. Het eerste schema is goed in te vullen op de kolommen Aantal cliënten en Gemiddelde duur na. Deze gegevens zijn niet zinvol per productcode, wel per traject. De productcodes verwijzen naar bouwstenen van een traject. Geef een goede definitie voor Aantal cliënten, bijvoorbeeld Uitgestroomde cliënten.

Het 2e schema - Wat wil je gaan doen? Modules. Is onduidelijk, op het tabblad Trajecten zijn de modules opgenomen. Als we deze invullen dan wordt het een dubbeling met de gegevens op het tabblad Trajecten.

Het 3e schema - Wordt afschakeling behaald? Typefout: moet zijn Afschaling. De afschaling hoeft toch niet dubbel opgenomen te worden in zowel het tabblad Producten als het tabblad Trajecten. Tabblad Trajecten. Dit tabblad is goed in te vullen. Ook hier is het van belang om een definitie te geven bij Aantal cliënten (trajecten), bijvoorbeeld afgeronde trajecten of uitgestroomde cliënten.

Antwoord 93:

Tabblad producten:

Wij zijn het met u eens dat het aantal cliënten op productniveau soms verwarrende informatie kan geven. Daarom vragen wij zowel bij de producten als bij de trajecten om de aantallen cliënten. Op die manier krijgen wij e.e.a. inzichtelijk.

Wij vragen niet om uitgestroomde cliënten of nieuwe cliënten. Wij willen weten hoeveel mensen gebruik maken van een traject of product.

2e schema:

Hier lopen mogelijk termen door elkaar. Een traject bestaat uit één of meerdere modules die naast elkaar of volgtijdelijk worden aangeboden.

3e schema:

Wij zullen de typefout herstellen.

Afschaling zal zowel doorwerken in het tabblad producten als in het tabblad trajecten en dus in beide opgenomen moeten worden.

Vraag 94:

Aanbieder is geen directe aanbieder voor Midden Holland en levert alleen zorg (continuïteit) aan cliënten in de pleegzorg in het kader van het woonplaatsbeginsel. Dit is grotendeels afhankelijk van (niet te sturen) externe omstandigheden. Daarom kunnen we niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden van het Inkoopdocument 2016 en gaan we graag met u in overleg voor andere

voorwaarden als het gaat om de woonplaatsbeginselzaken die, in principe, altijd betaald zullen moeten worden.

Uw visie ten aanzien van transformatie sluit naadloos aan op onze visie. Wij lezen ook dat er voor ruimte is voor nieuwe zorgaanbieders. Wij willen ons bij deze graag als gegadigde aanmelden om (pleeg)zorg aan de NSDMH te gaan leveren in 2016. Uiteraard zullen wij voor deze eventuele te leveren zorg wel voldoen aan hetgeen door u wordt gesteld in het inkoop document.

Wij hebben een vooraankondiging ontvangen ten aanzien van het budgettaire kader in 2015 van uw collega Ed Bötticher. Wat ons betreft zouden wij ook graag de bovenstaande punten in dit gesprek agenderen.

Antwoord 94:

Deze vraagstelling heeft betrekking op de specifieke problemen en situatie van uw instelling ten aanzien van het inkoopbeleid 2016 en de afwikkeling 2015. Wij zullen beantwoording bilateraal oppakken.

Vraag 95:

De sectorale prijzen genoemd op bladzijde 6 van het inkoopdocument (blz. 5 en 6), waar valt de kinderartsenzorg onder in deze tabel?

Antwoord 95:

Trede 6.

Vraag 96:

Op pagina 13 wordt gesproken over facturering via Vecozo. Wordt ook onderzocht of facturering door Vecozo kan plaatsvinden op onderhandenwerk? Want de afschaffing van bevoorschotting kan alleen plaatsvinden als dit geregeld is.

Antwoord 96:

Facturering via Vecozo en afschaffing van bevoorschotting zijn niet 1 op 1 aan elkaar verbonden. Voorwaarde voor afschaffing van bevoorschotting is dat er een efficiënt proces voor afwikkeling van facturen is ingeregeld, zodat maandelijks gefactureerd kan worden en betaling binnen de gestelde termijn kan plaatsvinden. Er is thans een procedure die dit kan verzorgen.

Vraag 97:

Blz. 16, 11e/12e zin graag toevoeging ZBC's (zelfstandig behandelcentrum). De zin "Binnen de maatwerkvoorzieningen wordt Jeugdhulp, geboden door kinderartsen in ziekenhuizen en ZBC's toegevoegd".

Antwoord 97:

Wij zullen dit aanpassen.

Vraag 98:

Blz. 17. Voor 2016 is het kindergeneeskundig budget (specifiek gedefinieerde DBC's) overgeheveld naar gemeenten.

- Hoeveel is het kindergeneeskundige budget precies voor Midden-Holland?
- Zit deze wel of niet in het genoemde budget van 27,7 miljoen?

- Wordt het totale kindergeneeskundige budget van Midden-Holland gealloceerd voor de inkoop van kindergeneeskundige zorg?
- Welke aanbieders van kindergeneeskundige zorg hebben zich officieel gemeld bij Midden-Holland?

Antwoord 98:

- Ongeveer € 170.000 volgens de meicirculaire 2015
- Dit budget is verwerkt in de € 27,7 mln.
- In beginsel wordt dit bedrag hiertoe gealloceerd. Hierop is ook de doelstelling van 20% van toepassing.
- Deze vraag mogen wij niet beantwoorden.

Vraag 99:

Blz. 17. Zorgcontinuïteit was gegarandeerd voor 2015. Is deze zorg continuïteit ook gegarandeerd voor de kinderen die zorg ontvangen door kinderartsen in het kader van de Jeugdwet voor de overgang naar 2016?

Antwoord 99:

Dat is niet het geval. Per 1-1-2016 vervalt voor cliënten deze garantie op zorgcontinuïteit.

Vraag 100:

Bijlage c, Excel-bestand "kwantitatieve uitvraag". Om deze te kunnen invullen wil ik u vragen of u al kunt aangeven hoe u de kindergeneeskundige zorg gaat inkopen? Via de bestaande DOT systematiek van de medisch specialistische zorg? Of op een andere systematiek aangegeven door aanbieders zelf of door de gemeenten Midden-Holland gedefinieerd?

Wanneer neemt u dit besluit en maakt dit helder voor zorgaanbieders van kindergeneeskunde toe i.v.m. de deadline van 1 oktober 14.00 uur.

Antwoord 100:

Binnen deze regio is nog geen besluit genomen op basis van welke parameters deze zorg ingekocht zal gaan worden. Al wel is duidelijk dat dit niet volgens de DOT systematiek zal gaan. Gestreefd wordt naar een eenvoudige systematiek. Na 1 oktober kunnen wij hierover met aanbieders van kindergeneeskunde in gesprek gaan. Uw suggestie hiervoor zien wij graag terug in uw offerte.

Vraag 101:

De aanmelding naar kindergeneeskundige zorg verloopt tot en met heden altijd door de huisarts van de patiënt. Dit moeten we, denk ik omwille van de goede en kostenbesparende poortwachtersfunctie, zo houden. Hoe is het idee van de verschillende gemeenten binnen Midden-Holland

Antwoord 101:

De huisarts blijft verwijzer voor Jeugdhulp.

Vraag 102:

Wanneer komen de wijzigingen op de Deelovereenkomst aan de orde? Dit moet toch verlopen via de Fysieke Overlegtafel?

Antwoord 102:

De wijzigingen op de Deelovereenkomst zijn onderdeel van het inkoopdocument en vallen daarmee binnen de gevraagde instemming aan de Fysieke Overlegtafel op 9 september.

Vraag 103:

Wat zijn nieuwe zorgaanbieders. Betreft dit alleen hele nieuwe juridische zorgaanbieders, of ook dochter BV's? Een nieuwe zorgaanbieder zou toch geen nieuwe BV kunnen zijn van hetzelfde.

Antwoord 103:

Wij zijn het met u eens, dat een nieuwe zorgaanbieder geen nieuwe BV kan zijn van hetzelfde. Daarom zal bij elke zorgaanbieder die zich nieuw aanmeldt, gekeken worden of de zorgaanbieder onderdeel is van een concern. Indien dit het geval is, zal gekeken worden, mede in verband met het vaststellen van het budgetplafond, of de betreffende onderneming andere diensten aanbiedt dan de huidige contractant.

Vraag 104:

Mogen huidige onderaannemers kiezen of ze als onderaannemer blijven werken of dat ze zelf een contract sluiten?

Antwoord 104:

Ja, dat is toegestaan. Wij vragen u in Bijlage A, algemene uitvraag bij de offerte, aan te geven dat u in 2015 zorg leverde in onderaannemerschap en bij welke zorgaanbieder dat was.

Vraag 105:

Hoe is het cliëntenperspectief betrokken bij het invullen van het inkoopbeleid 2016 en hoe is de inbreng van het cliëntenperspectief geborgd?

Antwoord 105:

Zie antwoord op vraag 7.

Vraag 106:

Krijgen nieuwe aanbieders ook een budgetplafond?

Antwoord 106:

Dit is nog niet geheel duidelijk. Of er wordt gewerkt met beperkte budgetplafonds, of er worden geen plafonds afgesproken maar maandelijks wordt nauwgezet gevolgd welke cliënten zorg wordt geleverd en hoe de financiële realisatie zich ontwikkelt.

Op basis van ontvangen voorstellen zal dit verder worden bepaald.

Vraag 107:

Hoe is de check vanuit het cliëntenperspectief georganiseerd op de ingekochte zorg?

Antwoord 107:

Zie antwoord op vraag 7.

Vraag 108:

Wat is de basis voor de budgetberekening:

Antwoord 108:

De gerealiseerde productie in het eerste halfjaar 2015.

Vraag 109:

Wordt er rekening gehouden met een mogelijke prop in het systeem die ontstaan kan zijn bij de sociale teams?

Antwoord 109:

Nee, er zijn geen signalen dat deze prop zich voordoet.

Als er toch forse afwijkingen blijken te zijn, zullen we hierover opnieuw in gesprek moeten.

Vraag 110:

Er worden dus in de 1e ronde geen consequenties verbonden aan de innovatieplannen?

Antwoord 110:

Dat is juist.

Vraag 111:

Zijn de tariefsverlagingen nodig om de transformatie te bekostigen?

Antwoord 111:

Dat klopt. Er zijn verschillende mogelijkheden om tot de 20% reductie te komen. Een onderdeel hiervan is het realiseren van lagere tarieven per product.

Vraag 112:

Ligt aan dit inkoopbeleid de aanname ten grondslag dat er nog veel ruimte zit in de tarieven?

Antwoord 112:

De gedachte is zeker dat er nog ruimte zit in de tarieven 2015. Daarom is dit ook onderdeel van het inkoopbeleid gemaakt. Doelstelling is echter vooral ook om op deze wijze middelen vrij te spelen om in de loop van 2016 goede plannen rond transformatie die werkelijk worden gerealiseerd te kunnen honoreren.

Vraag 113:

Hoe worden de transformatieplannen beoordeeld:

Antwoord 113:

De transformatieplannen worden in twee stappen beoordeeld:

1. Tussen 1 en 23 oktober worden de transformatieplannen beoordeeld op de volgende 3 criteria:
 - Past het plan bij de doelstellingen en de visie van de regio aangaande transformatie.
 - Is het plan haalbaar
 - De consequenties van het plan op het zorglandschap
2. In 2016, vanaf april, wordt de realisatie van de transformatieplannen beoordeeld aan de hand van een nog te ontwikkelen systematiek. Deze systematiek zal in het eerste kwartaal van 2016 worden ontwikkeld via de Fysieke Overlegtafel Jeugd.

Vraag 114:

Kan het tarief in 2016 worden bijgesteld?

Antwoord 114:

Dat is niet mogelijk.

Vraag 115:

Arbeidspositie mensen in de zorg. Heeft de regio nagedacht over positie ten opzichte van dit uitgangspunt?

Waarschuwing: door zorg te verplaatsen naar nieuwe aanbieders kan versobering van de arbeidspositie van medewerkers in de zorg ontstaan. Dat is ongewenst!

Antwoord 115:

Dit is niet als standaard opgenomen in de inkoopdocumenten.

De financiële opgave die voor ons ligt is zwaar. Daar ligt de kern. Verantwoordelijk voor afwikkeling van de personele consequenties wat dit moet hebben is de werkgever.

Bij contractering van nieuwe aanbieders worden dus geen nadere eisen gesteld aangaande de arbeidspositie van werknemers. Overigens hebben ook nieuwe aanbieders zich te houden aan de CAO.

Vraag 116:

De Basisovereenkomst en de Deelovereenkomst zijn vorig jaar in gegaan. Hoe zit dat voor nieuwe aanbieders?

Antwoord 116:

Voor nieuwe aanbieders zullen de overeenkomsten ingaan per 1 januari 2016. Voor nieuwe en bestaande aanbieders komt er een addendum en een nieuwe bijlage II bij de Deelovereenkomst die ook ingaan per 1 januari 2016. Ondertekening van de documenten zal eerder plaatsvinden.

Vraag 117:

Zijn er handvatten voor het schrijven van de transformatieplannen?

Antwoord 117:

Ja, in het inkoopdocument staan doelstellingen per trede. Wij vragen aan u om met ideeën te komen gericht op die doelstellingen. Wij beoordelen of dat bij de visie van de Regio Midden-Holland past.

Vraag 118:

Ik lever nu zorg als onderaannemer. Als ik zelf ga offreren kan ik de kinderen die nu bij mij in zorg zijn niet garanderen dat ik ze in zorg kan houden omdat het onzeker is of ik budget toegekend krijg.

Antwoord 118:

Geef specifiek bij uw offerte aan dat u nu al zorg levert in onderaannemerschap, hoeveel en welke zorg. We hoeven als gemeente geen zorg continuïteit meer te garanderen aan cliënten (dat gold alleen in 2015), maar we willen voorkomen dat zorg niet meer geleverd wordt. Mogelijk kan er een budgetverschuiving plaatsvinden van hoofdaannemer naar onderaannemer.

Vraag 119:

Wat betekent het vervallen van de garantie op zorg continuïteit?

Antwoord 119:

De garantie op zorg continuïteit gold alleen voor 2015. In dat jaar hadden alle cliënten recht op zorg die voor 1 januari 2015 was geïndiceerd en welke doorliep in het jaar 2015. Per 1-1-2016 lopen alle indicaties af en worden de cliënten geherindiceerd. De Gemeente heeft nu niet meer de plicht om deze door te zetten per 1-1-2016. De gemeente heeft wel de intentie dat de cliënt bij dezelfde aanbieder blijft, indien de zorg wel doorloopt, maar dat kan mogelijk niet in alle gevallen. Een aanbieder kan ook het contract met de gemeente opzeggen, bijvoorbeeld.

Vraag 120:

Hoe zit dat voor cliënten met een PGB als ik een contract krijg in de regio Midden-Holland?

Antwoord 120:

De PGB's blijven doorlopen en kunnen ook groeien in aantal, ongeacht het budgetplafond voor Zorg in Natura. Beleidsvisie van de regio is overigens wel vermindering van PGB zorg.

Vraag 121:

Kunnen we inzage krijgen in de door de gemeente gehanteerde tarieven?

Antwoord 121:

De tarieven staan vermeld in de tabel in het inkoopdocument op pagina 6 van het inkoopdocument.

Vraag 122:

Zit het budget voor kinderartsenzorg in het bedrag van 27,7 mln.?

Antwoord 122:

Zie antwoord vraag 98.

Vraag 123:

Wat is het bedrag dat overkomt naar de regio Midden-Holland voor kinderartsenzorg?

Antwoord 123:

Zie antwoord vraag 98.

Vraag 124:

U heeft het in het inkoopdocument over een beoordelingsteam voor de transformatieplannen. Wie beoordeelt de plannen op inhoud?

Antwoord 124:

De beleidsmedewerkers beoordelen de plannen op inhoud. Verder zijn bij de beoordeling van de plannen een zorginkoper en een financieel medewerker betrokken.

Vraag 125:

Het lijkt mij moeilijk om te controleren wat geïnnoveerd is. Mijn ervaring is dat kinderen steeds meer zorg nodig hebben dan voorheen. Hoe reken je iemand daarop af? Er zijn een hoop gezinnen die niet terug kunnen vallen op andere zorg.

Antwoord 125:

We willen vanaf januari met alle gecontracteerde partijen in gesprek over hun ideeën en waarom de transformatieplannen wel of niet lukken danwel mogelijk zijn. Dingen die al goed geregeld zijn moet je vooral zo houden.

Juist in situaties van een toenemende zorgvraag is het van belang dat gezocht wordt naar alternatieven om dat te keren.

Vraag 126:

Hoe wordt de kwaliteit van de transformatieplannen getoetst?

Antwoord 126:

Zie antwoorden 68 en 113.

Vraag 127:

Ik heb behoefte aan verduidelijking omtrent de procedure rondom nieuwe aanbieders. Als ik als nieuwe aanbieder een transformatieplan indien wanneer krijg ik dan een budget? En staat dat budget dan vast voor dat jaar?

Antwoord 127:

Het budget gaat in per 1 januari 2016. Maar we nemen nog in overweging of nieuwe aanbieders een budget toegekend krijgen, dit is afhankelijk van het aantal nieuwe aanbieders en de hoogte van het budget voor nieuwe aanbieders. We kunnen ook kiezen voor het afsluiten van een contract met u waarbij we een reservering maken in het budget voor nieuwe aanbieders. We moeten dan goed monitoren hoeveel van dat budget door de verschillende nieuwe aanbieders wordt gebruikt en wanneer het mogelijk op dreigt te raken. Mocht u een budget krijgen dan is dit geen budget garantie! Indien cliënten in 2016 niet aan u worden verwezen, krijgt u vanzelfsprekend daar ook geen geld voor.

Vraag 128:

Wat is het verschil tussen het verkrijgen van een contract en het verkrijgen van een budgetplafond?

Antwoord 128:

Een contract wordt ingezet als bijvoorbeeld een Sociaal Team een cliënt naar u verwijst. U kunt de kosten dan bij NSDMH declareren. Bij een budgetplafond spreken we met u af dat zorg geleverd mag worden tot een bepaald bedrag. 5% meer of minder is voor eigen rekening bij het budgetplafond. Zien wij leveranciers onder produceren, dan passen wij daar een correctie op toe en gaan we mogelijk herschikken. Als je meer dan 5% over produceert gaan we met elkaar in gesprek over de oorzaak hiervan en de mogelijkheden.

Vraag 129:

Gaat de gemeente herschikken bij onder- en overproductie?

Antwoord 129:

Ja, dat gaat de gemeente doen wanneer de afwijking meer dan 5% is.

Vraag 130:

Wat is de rol van een nieuwe aanbieder in de Fysieke Overlegtafel?

Antwoord 130:

Naar de samenstelling van de Fysieke Overlegtafel gaan we opnieuw kijken in 2016. Mogelijk kiezen we voor een nieuwe samenstelling en/of richten we meerdere overlegtafels in, bijvoorbeeld een aparte innovatietafel. Diversiteit aan de overlegtafels vinden we als regio belangrijk. Dat wordt nu ook al goed geborgd in de Fysieke Overlegtafel. We willen u erop wijzen dat we ook een digitale tafel hebben. Deze kunt u vinden op de website van NSDMH. U kunt hier vragen mailen. Ook is het mogelijk u te laten vertegenwoordigen door een partij die zeker aan tafel zit tijdens de Fysieke Overlegtafel.

Vraag 131:

Het zou fijn zijn als er een budget komt voor éénpitters die deelnemen aan overlegtafels van de gemeente. Eénpitters doen dit namelijk in hun vrije tijd of moeten cliënten afzeggen.

Antwoord 131:

De gemeenten hebben hiervoor geen budget.

Wij adviseren u dat met elkaar te regelen als éénpitters en/of vrijgevestigden.

Vraag 132:

Gaat de facturatie van WMO 18plus via Vecozo of Stipter?

Antwoord 132:

WMO 18plus blijft via stipter lopen. Stipter kan declaraties alleen 4-wekelijks verwerken. Daar blijft dus een discrepantie met maandelijks factureren voor jeugd.

Vraag 133:

Moet een aanmelding van de huisarts voor kinderarts zorg nog apart gemeld worden bij de gemeente?

Antwoord 133:

Ja, dat moet omdat er een beschikking afgegeven moet worden voor de cliënt.

Vraag 134:

Mag je in je eigen transformatieplan verwijzen naar een collega? Misschien wel omdat je het in gezamenlijkheid hebt geschreven.

Antwoord 134:

Ja, dat mag. Je mag ook als combinatie inschrijven.

Vraag 135:

Hoe vindt de verdeling van budget plaats bij gezamenlijk indienen van offerte/ transformatieplan?

Antwoord 135:

We kunnen een hoofdaannemer aanwijzen, maar omdat we samenwerking willen stimuleren willen we daarin flexibiliteit bieden.

Vraag 136:

Kan ik alvast een concept transformatieplan indienen?

Antwoord 136:

We willen concrete plannen ontvangen die af zijn. Het is wel mogelijk dat de gemeente op basis van haar eerste beoordeling u vraagt het ingediende plan aan te passen.

Vraag 137:

Als ik geen transformatieplan indien, krijg ik dan ook geen contract?

Antwoord 137:

Ook zonder een transformatieplan is contractering juridisch mogelijk. Maar u krijgt dan een zeer beperkt budgetplafond.

Vraag 138:

Kun je ook hoofdaannemer zijn als je niet de hoofdbehandelaar bent?

Antwoord 138:

Ja, dat kan. Maar de hoofdbehandelaar moet wel in het samenwerkingsverband zitten.

De term hoofdbehandelaar is historisch gegroeid en kreeg vervolgens een plaats in de Beleidsregel generalistische basis GGZ (BR?CU-7114) en de Nadere regel generalistische basis GGZ (NR/CU-726) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (BR/CU-5136). Deze regels zijn gebaseerd op de Wet marktordening zorg.

Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Er is een limitatieve lijst van hoofdbehandelaars in de GGZ, aangewezen door de minister. Deze lijst is opgenomen in de betreffende beleidsregels en ook gepubliceerd op de website van het NIP.

1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. Gz-psycholoog
10. Orthopedagoog-generalist
11. Kinder- en Jeugdpsycholoog

Aanbieders van geneeskundige gezondheidszorg moeten zich aan deze regels houden. Aanbieders van andere vormen van jeugdhulp hoeven dat niet. Met name bij samenwerkingsverbanden waarin ook GGZ-diensten worden geboden is van belang dat er een hoofdbehandelaar is die deze rol ook werkelijk vervult. In een situatie waarin een contractant werkt met een of meer onderaannemers zou de hoofdbehandelaar een onderaannemer kunnen zijn, mits deze de rol van hoofdbehandelaar ook werkelijk vervult. Het is aan de samenwerkende partijen of dit een praktische constructie is, gelet op de taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar.

Vraag 139:

Er ligt op dit moment een voorstel van de Commissie Meurs over hoofdbehandelaarschap. Kinderartsen komen daarbij niet meer voor op de limitatieve lijst. Hoe gaat de gemeente daar mee om?

Antwoord 139:

Wij houden ons aan vigerende wetgeving en doen nog niets met voorstellen van commissies.

In de huidige regelgeving rond hoofdbehandelaarschap wordt de kinderarts niet genoemd als hoofdbehandelaar. Binnen deze procedure accepteren wij de kinderarts als hoofdbehandelaar waar het gaat om met name onderzoek en diagnostiek en behandeling t.b.v. kinderen met specifieke problematiek op het vlak van de GGZ.

Vraag 140:

Indien je niet BIG-geregistreerd bent, krijg je dan geen contract?

Antwoord 140:

Niet BIG-geregistreerde zorgverleners (denk aan speltherapeuten, creatief therapeuten, enz.) zullen we niet zelfstandig contracteren als maatwerkvoorziening (als hoofdbehandelaar). Het is wel mogelijk als er binnen een samenwerkingsverband wordt gewerkt waarbij het hoofdbehandelaarschap is belegd bij iemand die wel voldoende gekwalificeerd is en hiertoe BIG-geregistreerd is.

Het aanbod van veel van deze aanbieders past binnen trede 9 in het voorveld. De verantwoordelijkheid voor contractering van deze zorg ligt lokaal en is geen onderdeel van deze procedure. Wel vragen wij u om voorstellen rond transformatie, ook specifiek op dit vlak, wel kenbaar te maken bij ons. Wij zullen hierover dan in gesprek gaan met gemeenten en hen op de hoogte stellen van het beschikbare aanbod in het voorveld.

Vraag 141:

Moeten wij als vrijgevestigde iets met de Excel-sheet met productcodes?

Antwoord 141:

In de offerte moet worden aangegeven welke zorgsoorten cq productcodes u kunt bieden.

Vraag 142:

Wat moeten wij als vrijgevestigde kwantitatief aanbieden?

Antwoord 142:

De gemeente verwacht van u een offerte met daarin aantallen en tarieven.

Vraag 143:

Ik zie in het inkoopdocument geen format voor transformatieplannen. Is er een format?

Antwoord 143:

De vormgeving van uw transformatieplan is vrij. We stellen wel een maximum van 3 A4 per trede, inclusief tabellen, plaatjes en schema's.

Vraag 144:

Ik zou graag wat meer uitleg willen over het Excel blad betreffende de trajecten.

Antwoord 144:

We willen af van de oude termen, uren en productcodes. We willen toe naar wat je de cliënt aanbiedt en met welke resultaten. Op basis waarvan komt de cliënt in een kort, middel of lang traject. Voor veel vrijgevestigden zal deze sheet overeenkomen met de eerste sheet en vooral behandeluren/ minuten omvatten omdat zij weinig verschillende producten leveren.

Vraag 145:

Wat is er mogelijk als we gedurende de offertefase nog vragen hebben?

Antwoord 145:

U kunt nog vragen per mail stellen tot en met 17 september 14:00 uur. De antwoorden worden uiterlijk 23 september 2015 op de NSMDH site worden gepubliceerd.

Vraag 146:

Ik heb vorig jaar reeds een Basisovereenkomst WMO en Begeleiding getekend. Deze zijn ook ondertekend door de gemeente. Ook heb ik destijds een Basisovereenkomst Jeugd getekend, alleen is deze niet door de gemeente getekend. Moet ik een nieuwe Basisovereenkomst Jeugd tekenen?

Antwoord 146:

Ja, dat moet.

Vraag 147:

Mijn KVK-uittreksel is 7 maanden geldig. U eist een KVK uittreksel van maximaal 6 maanden oud. Moet ik een nieuwe aanvragen?

Antwoord 147:

Ja, dat moet. U kunt een nieuw uittreksel digitaal aanvragen bij de KVK en ook digitaal aan ons doorsturen. Dit kost € 7,50.

Vraag 148:

Speelt in de regio de gedachte dat vrijgevestigden zich gaan bundelen m.b.t. transformatieplannen?

Antwoord 148:

De keuze hiertoe ligt natuurlijk altijd bij de vrijgevestigden zelf. De gemeenten hebben wel als doelstelling om samenwerking te stimuleren.

Vraag 149:

Hoe worden ervaringen van cliënten betrokken bij de inkoop processen?

Antwoord 149:

Wij zijn voornemens input van cliënten te betrekken bij het proces om te komen tot een beoordelingskader voor de transformatieplannen. Aan de Fysieke Overlegtafel Jeugd zijn cliënten ook vertegenwoordigd.

Vraag 150:

Is het budget voor de kinderartsenzorg beperkt tot het budget wat hiertoe met de meicirculaire 2015 in het budget van de gemeenten is opgenomen?

Antwoord 150:

In beginsel is dat zeker zo. Indien blijkt dat de vraag de gecontracteerde zorg overstijgt zullen we hierover in overleg moeten en kijken of eventuele ruimte die elders is ontstaan hiertoe ingezet kan worden.

Vraag 151:

Als de kinderarts plannen heeft voor transformatie, kan hij deze ook indienen?

Antwoord 151:

Dat is zeker mogelijk en absoluut gewenst.

Vraag 152:

Kunt u aangeven of, en zo ja, waar er hiaten liggen in de zorgverlening?

Antwoord 152:

Het enige signaal wat wij hier op dit moment voor hebben is dat aan de grenzen van deze regio zorg niet altijd voldoende beschikbaar is vanuit de hier gecontracteerde zorg terwijl er wel direct over de grens van deze regio passende zorg beschikbaar is.

Vraag 153:

Hoe staat de regio Midden-Holland tegenover PGB's?

Antwoord 153:

De visie van de regio is er op gericht om zorg zo veel mogelijk via Zorg in Natura te contracteren en om PGB's alleen in te zetten als dat de nadrukkelijke wens van de cliënt is en dit passend is bij de zorgvraag van de cliënt.