

Vraag	Antwoord
Zijn de standaardbudgetten voor ambulante jeugdhulp al definitief vastgesteld?	De standaardbudgetten waarmee gestart wordt op 01-01-2023 zijn vastgesteld door de werkgroep keuzebudgetten op basis van de rekenformules. Deze groep bestond uit een vertegenwoordiging van aanbieders en gemeenten.
Wanneer is duidelijk in welke intensiteit aanbieders van Wonen en Verblijf vallen?	Bij de ondertekening van de raamovereenkomst zit een bijlage Tarievenoverzicht waarin ook de locaties zijn opgenomen. Deze informatie wordt aan gemeenten beschikbaar gesteld via het nieuwe contractbeheersysteem Vendorlink en ook voor alle verwijzers en jeugdhulpaanbieders via de Beschikbaarheidswijzer. De planning hiervan volgt.
Komt er ook en Q&A voor wettelijke verwijzers? (Huisartsen, GI's jeugdartsen en medisch verwijzers)	Voor huisartsen, Jeugdartsen en andere medisch verwijzers zal geen specifieke Q&A opgesteld worden. Informatie voor hen of gestelde vragen van hen worden in de Inkoop Q&A toegevoegd. Wanneer er behoefte blijkt uit de vraagstellingen zal er onderscheid aangebracht worden in den Q&A. Dit zal, indien van meerwaarde, in een later stadium gedaan worden. Voor de GI's is een specifieke Q&A opgesteld, deze zal gepubliceerd worden op de website van het RSJ.
Wat is het verschil tussen Wonen en verblijf?	In de regio maken we onderscheid tussen Wonen, Verblijf en Kortdurend verblijf. Onder Wonen vallen alle intensiteiten, waarbij veiligheid, stabiliteit en ontwikkeling centraal staan, aan Jeugdigen die niet meer thuis kunnen wonen. Meer informatie kunt u vinden in paragraaf 9.1 van het inkoopdocument
Zit er een bovengrens aan de PXQ trajecten voor uitgave?	De gemeente bepaalt per individuele aanvraag het budget en de duur van de toewijzing. Het afgegeven budget geeft een limiet per zorgtoewijzing.
Sluiten de nieuwe productcodes ook aan bij de (verplichte) wijzigingen vanuit de IV3?	In het nieuwe voorzieningenboek zijn ook de codes opgenomen van de IV3.
Wie gebruikt het rekentool voor het berekenen van het passende standaardbudget voor een specifiek hulpverleningstraject? De gemeente en/of de aanbieder?	De rekentool is een hulpmiddel die zowel gemeente als aanbieder kunnen gebruiken om een budget te berekenen en af te stemmen. Uiteindelijk bepaalt de gemeente de toekenning van het budget en de aanbieder bepaalt of zij de hulpvraag met bijbehorend budget accepteert. Zie ook: Rekenhulp standaard budgetten (hyperlink toevoegen)
Wie neemt het besluit over welk standaardbudget voor het specifieke hulpverleningstraject ingezet wordt? De gemeente of de aanbieder?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 De gemeente bepaalt en waar nodig in afstemming met de aanbieder. De aanbieder bepaalt of zij de hulpvraag en het budget accepteert.
Is het de bedoeling dat de aanbieder bij verwijzingen via de medisch verwijzers in het 315 bericht het benodigde standaardbudget meegeeft (max 8.000 euro)?	Ja dit is correct.
Hoe verhoudt het rekentool standaardbudgetten zich tot de acceptatieplicht van de aanbieder?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6. De aanbieder heeft geen acceptatieplicht. De rekentool is enkel een hulpmiddel. De route van acceptatie wordt nader toegelicht in eis 76 tot met 78.
Wat is de werkwijze als een aanbieder het idee heeft dat voor een verwijzing via de medisch verwijzer 8.000 euro (max standaardbudget voor deze route) niet voldoende is?	Conform inkoopdocument par 8.6 eis 72. Er wordt van de jeugdhulpaanbieder verwacht dat er eerst contact opgenomen wordt met de Toegang alvorens verzoek om toewijzing in te dienen. Voor meer informatie verwijzen wij u naar het RTP paragraaf 2.5.5
Wat is de werkwijze als een gemeente het max standaard budget voor de medisch verwijsroute lager wil hebben dan 8.000 euro?	Het inkoopmodel, aanvullende protocollen en werkwijzen zijn als regio opgesteld en ingevoerd. Indien een gemeente wil afwijken van het regionale inkoopmodel dan dient dit gemotiveerd en met instemming van de andere gemeenten te zijn.
Wat is de werkwijze bij verlenging van hulpverlening J&O en LVB? Moet dan minimaal budget 4 (5.000 euro) gegeven worden? Of mag het ook een lager standaardbudget zijn?	Bij alle vormen van jeugdhulp geldt dat de hoogte het budget wordt bepaald door de hulpvraag en een inschatting van bijbehorend budget. Dit is niet afhankelijk van een verlenging van de hulpverlening, dus ja er kan ook een lager budget passend zijn. Je kan hiervoor de rekentool gebruiken.
Hoe maken we in de standaardbudgetten onderscheid tussen 'Herstel' en 'Duurzaam'?	Conform het regionaal Toegangsprotocol gebruiken we de volgende richtlijn: 0-2 jaar is herstel traject en meerjarig is duurzaam
Kan een medisch verwijzer (huisarts) alleen een verwijzing voor Herstel afgeven? Of ook voor 'Duurzaam'?	Een medisch verwijzer geeft een verwijzing af op inhoud. De jeugdhulpaanbieder maakt vervolgens de inschatting of het herstel of duurzaam is en of dit valt binnen het maximum budget van 8000 euro. Op basis van deze inschatting dient de jeugdhulpaanbieder een VOT in.
Op dit moment worden verwijzingen door de huisarts op 1 jaar gezet. Hoe is dat in de nieuwe situatie? Ook 1 jaar?	Conform het regionaal Toegangsprotocol gebruiken we de volgende richtlijn: 0-2 jaar is hersteltraject en meerjarig is duurzaam. Er is geen restrictie op de looptijd van een traject. Bij een verwijzing van de huisarts doet jeugdhulpaanbieder een verzoek en bepaalt de gemeente middels het afgeven van een zorgtoewijzing de duur van het traject.
In de huidige situatie is voor 2.000 / 4.000 minuten bij een verwijzing via de huisarts geen gezinsplan vereist. Is ook in de nieuwe situatie bij een verwijzing via de huisarts (max 8.000 euro) geen gezinsplan vereist?	Conform het Regionaal Administratieprotocol paragraaf 4.2.1. hoeft een jeugdhulpaanbieder geen Gezinsplan op te stellen indien het een hulpvraag van een nieuwe jeugdige betreft, die eerder geen jeugdhulpverlening heeft ontvangen en waarbij een budget van 8000 euro of minder wordt aangevraagd.
Wat is de werkwijze als het standaardbudget genoeg is, maar de doorlooptijd van de hulpverlening moet langer?	Conform de afspraken in het Regionaal Administratieprotocol; hoofdstuk "wijzigingen van al toegewezen zorg" kan de einddatum van een zorgtoewijzing worden gewijzigd zonder dat het budget wordt aangepast. Dit dient te gebeuren door gebruik te maken van een Verzoek om Wijziging (JW317)
Wat is de werkwijze als voor een hulpverleningstraject een lager standaardbudget dan budget 4 voldoende is? Kunnen we dan ook standaardbudgetten 1, 2 of 3 gebruiken?	Dat is mogelijk.
Wat is de werkwijze voor de gemeente als die gemeente voor de verwijzing van de huisarts max 4.000 euro wil toepassen met ook standaard een looptijd van 1 jaar? Hoe onderscheiden we dan herstel en duurzaam?	Het inkoopmodel, aanvullende protocollen en werkwijzen zijn als regio opgesteld en ingevoerd. Indien een gemeente wil afwijken van het regionale inkoopmodel dan dient dit gemotiveerd en met instemming van de andere gemeenten te zijn. Het verschil in herstel budget en duurzaam budget wordt alleen onderscheiden door het administreren van verschil in looptijd. Dit is alleen achteraf uit het berichtenverkeer te herleiden (bij duurzaam zijn er regelmatige verlengingen met hetzelfde inzet en volume).
Welke vrijheden hebben gemeenten of af te wijken van de besproken standaardbudgetten?	Conform Regionaal Toegangsprotocol paragraaf 2.5.1. De gemeente bepaalt, bij voorkeur in afstemming met de aanbieder, de hoogte van het budget. als het niet passend is in een standaard budget dan kan er een offerte traject ingezet worden, wat kan leiden tot een specifiek budget.

Wat is de werkwijze om einde jaar om te jaar met het verlengen van toewijzingen per 1 januari 2023?	Conform de 2e Informatiebrief Implementatie Specialistische Jeugdhulp en de Webinar Inkoopmodel specialistische jeugdhulp – Administreren op https://www.rsj-ijsselland.nl/inkoop/online-trainingen is de werkwijze als volgt: Op basis van eerdere besluiten is afgesproken om artikel 3.7 uit de huidige raamovereenkomst in te zetten, waarbij RSJ IJsselland verzoekt om de lopende hulpverlening onder de huidige voorwaarden te continueren voor maximaal 12 maanden. Er is gekozen om bij de migratie onderscheid te maken in de verschillende segmenten: 1. Ambulante jeugdhulp 2. Wonen / Verblijf 3. Ernstige Dyslexie Voor ambulante jeugdhulp en ernstige dyslexie worden de per 1 januari 2023 lopende toewijzingen niet omgezet. De toewijzingen lopen uit conform de duur van de toewijzing (uiterlijk 31 december 2023). Let op: niet van toepassing voor de per 1 januari 2023 lopende toewijzingen ambulante jeugdhulp waarbij er sprake is van een combinatie van behandeling en wonen. Voor Wonen/verblijf worden de per 1 januari 2023 lopende toewijzingen wel omgezet.
Op welke manier is de medicatiecontrole in het nieuwe inkoopmodel is ingebouwd?	Conform het regionaal toegangsprotocol paragraaf 5.2 op de website van RSJ IJsselland. Ten aanzien van het toewijzen van medicatiecontrole zijn er voor het inkoopmodel per 1 januari 2023 nog geen nieuwe afspraken gemaakt. Het advies is om in de praktijk de lijn aan te houden, die ingezet is bij het uitfasen van Segment midden duurzaam per 1 januari 2022 waarbij voor medicatiecontrole is afgesproken om toewijzingen af te geven op basis van 250 of 400 minuten per jaar. Met de introductie van de standaardbudgetten per 1 januari 2023 betekent dit dat aan toewijzingen voor medicatiecontrole budget 1 (Euro 1.000) of budget 2 (Euro 2.000) wordt meegegeven.
Vanuit onze gemeente hebben we een specifieke vraag op de werkwijze conform de nieuwe inkoop. Op het moment dat een aanbieder vanuit de huisarts een verwijzing ontvangt, is dan helder op welk moment de aanbieder de VOT in moet dienen (incl. de inschatting van het benodigde keuzebudget)? Dit ook in het kader van verantwoordelijkheid bij wachttijden. Ik vond het volgende zelf al terug in het inkoopdocument, maar het is mij nog steeds niet geheel helder. <i>Indien Opdrachtnemer een verwijzing heeft ontvangen van een Wettelijk verwijzer niet zijnde de Toegang, is Opdrachtnemer verplicht een verzoek om toewijzing (VOT, 315 bericht) in te dienen voor aanvang van de Hulp. Op het VOT dient te worden aangegeven of er een Gezinsplan parallel is meegestuurd. Alleen Opdrachtnemer kan een VOT indienen. Een Onderaannemer is daartoe niet gerechtigd.</i> Wat verstaan we precies onder 'voor aanvang van de hulp'? Betekent dit dus dat de aanbieder altijd vooraf een intake/screening doet waarbij zij al om een inschatting te maken van het benodigde keuzebudget? En wat als hier al wachttijden voor zijn?	Conform RAP 4.1.2. en 4.2.1 ziet het proces ziet er als volgt uit. Aanbieder krijgt een aanmelding van een client met verwijzing extern. Aanbieder doet een toetsing (zit het kind bij mij op de goede plek met zijn/haar hulpvraag o.a.) Na deze toetsing dient de aanbieder een VOT in. Er zijn in de inkoop geen doorlooptijden afgesproken hoe lang een aanbieder hier over mag doen.
Je geeft aan dat de medisch specialisten een verwijzing kunnen doen tot maximaal € 8.000,00. Hoe zit het dan met het aanleveren van een onderbouwing in de vorm van een <u>gezinsplan</u>? Tot nu toe was er geen gezinsplan nodig bij een eerste aanvraag voor 2000 of 4000 minuten jeugd ggz behandeling specialistisch voor de duur van 1 jaar. Pas bij een verlenging cq. ophoging is dit wel nodig. Hoe gaan we hiermee om in het nieuwe inkoopmodel?	Conform het Regionaal Administratieprotocol paragraaf 4.2.1. hoeft een jeugdhulpaanbieder geen Gezinsplan op te stellen indien het een hulpvraag van een nieuwe jeugdige betreft, die eerder geen jeugdhulpverlening heeft ontvangen en waarbij een budget van 8000 euro of minder wordt aangevraagd.
Komt er nog een tweede ronde voor partijen die nu niet gegund zijn?	Conform artikel 4.4 uit het inkoopdocument worden er in principe gedurende de contractperiode géén nieuwe Opdrachtnemers gecontracteerd, tenzij: - Er een kwantitatief capaciteitstekort is. De hulpvraag van Jeugdigen het gecontracteerde aanbod overstijgt. - Er een kwalitatief capaciteitstekort is. Er onvoldoende van het benodigde hulpaanbod is gecontracteerd. - Behoeft is aan Opdrachtnemers met een wezenlijk en duidelijk te onderscheiden innovatief aanbod (eventueel bij wijze van experiment). Onder de noemer Dekkend zorglandschap monitort het RSJ IJsselland of deze uitzonderingen leiden tot een nieuwe inkoopprocedure.
Voor hoe lang geven we dan maximaal een toewijzing af bij medische verwijzers?	Er is geen restrictie op de looptijd van een traject. Deze wordt door de gemeente bepaald in afstemming met de aanbieder.
Wij kennen bij het binnenkomen van een aanvraag van de huisarts alleen de 54002. Bijna geen ambulante zorg. Is dat nu veranderd?	54002 is een code uit de huidige raamovereenkomst (2022) die ingezet wordt voor ambulante jeugdhulp vanuit GGZ. In de nieuwe overeenkomst worden een ander model en andere productcodes gebruikt. U kunt dit terugvinden in het voorzieningenboek. Deze is als bijlage meegestuurd bij de 2e informatiebrief d.d. 1 november 2022
Dit model impliceert dat je van te voren altijd kan inschatten wat er nodig is, terwijl situaties in de praktijk grillig kunnen zijn. In hoeverre kun je 'switchen' van type traject?	Conform paragraaf 8.6 eis 80 Dit model geeft met de inzet van standaardbudgetten meer ruimte aan de jeugdhulpaanbieder de mogelijkheid om te switchen in te zetten zorg en dat in te zetten wat nodig is. Mocht het niet meer passen binnen het afgegeven budget dan kan jeugdhulpaanbieder in overleg treden met de gemeente en verzoeken om een wijziging.
Weten aanbieders wat er in een offerte gezet moet worden? hoe specifiek moet de offerte zijn?	De rekenhulp is beschikbaar gesteld voor gemeenten en jeugdhulpaanbieders. Op basis van de benodigde jeugdhulp is eerst overleg gewenst tussen gemeente en aanbieder waarin overleg plaatsvindt over de inhoud. De uitkomsten van dit gesprek kunnen worden vertaald in de rekenhulp, waardoor voor alle partijen helder is wat er in de (verzoek om) toewijzing dient te staan. De offertes kunnen ook op deze manier opgesteld worden om tot een offerte budget te komen.
Wanneer mag een aanbieder vragen om een ophoging van het budget?	Conform het inkoopdocument eis 80: Het aanpassen van een budget kan in uitzonderlijke gevallen en dient hierbij: 1. Altijd te verlopen met instemming van de Toegang 2. Administratief worden aangegeven via een verzoek op wijziging (317)w) 3. Tijdig worden aangevraagd (ten minste 8 weken voorafgaand aan het bereiken van het budget en/of einddatum Toewijzing) 4. Een van de volgende redenen van toepassing zijn: (a) De Hulpverlening niet aanslaat (toepasbaar in de eerste zes maanden na start Hulpverlening) (b) Gewijzigde omstandigheden zijn (waar bij optreden eerst contact wordt gezocht met Toegang voordat hiernaar gehandeld wordt) (c) Er (in overleg met de Toegang) meerdere Opdrachtnemers tegelijk Hulpverlening
Wanneer de gemeenten een aanbieder willen 'invliegen' ter consultatie: valt dit dan onder standaardbudget 1000 euro?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.5.2 zijn er twee mogelijkheden om consultatie vorm te geven. consultatie met toewijzing en consultatie zonder toewijzing
Als je een duurzaam traject hebt van 3 jaar moet je dan de rekentool uitkomst x3 doen?	Conform paragraaf 2.4.1 van het RTP is bij duurzame trajecten afgesproken dat het meegegeven budget een budget per jaar is. Bij een duurzaam traject met een duur van 3 jaar bereken je in de rekenhulp het budget voor 1 jaar en vermenigvuldig je dat met 3 als je de toewijzing afgeeft voor 'de duur van de beschikking'.

Hoe gaan we om met aanvragen voor ondersteuningsvragen waar we eerder al een budget voor hebben afgegeven maar waarvan de zorg afgesloten is (garantie).	Conform artikel 7.3, eis 19 uit het Inkoopdocument kan de hulp hervat worden binnen 4 maanden na beëindiging van de hulpverlening. Eis 19 zegt: Opdrachtnemer garandeert de zo snel als mogelijke hervatting van Hulpverlening indien ten behoeve van een Jeugdige binnen vier maanden na beëindiging van Hulpverlening toch weer noodzaak bestaat tot diezelfde hulp. Dit kan enkel met een geldige toewijzing, daarnaast moet Opdrachtnemer contact opnemen met de lokale toegang. Er moet altijd een schriftelijke onderbouwing worden aangeleverd bij de Toegang.
Is er bij de medisch verwijsroute een gezinsplan vereist?	Conform het Regionaal Administratieprotocol paragraaf 4.2.1. hoeft een jeugdhulpaanbieder geen Gezinsplan op te stellen indien het een hulpvraag van een nieuwe jeugdige betreft, die eerder geen jeugdhulpverlening heeft ontvangen en waarbij een budget van 8000 euro of minder wordt aangevraagd.
Worden de gemeenten geacht over een offerte budget te onderhandelen?	Conform regionaal toegangsprotocol par 2.5.1. onder offertebudget. De lokale toegang stemt af met jeugdhulpaanbieder over de benodigde inzet en duur en frequentie. De rekenhulp is daarvoor een hulpmiddel.
Wat betekent het als er gedurende een traject een wisseling plaatsvindt van herstel naar duurzaam of andersom?	Conform inkoopmodel paragraaf 8.6 eis 80 ; In principe heeft dit geen gevolgen behalve dan als dit betekent dat het toegewezen budget niet toereikend is. De jeugdhulpaanbieder kan dan een verzoek om wijziging indienen.
Zal door schaarste en wachttijden, de budgetten niet toenemen?	In het nog op te stellen Beheersplan wordt tussen aanbieders, gemeenten en het RSJ IJsselland afgesproken op welke wijze monitoring en beheersing gaat plaatsvinden van kwaliteit, kosten, continuïteit en werkprocessen.
Wie voeren die gesprekken als verschillende keren het resultaat niet behaald wordt?	In het nog op te stellen Beheersplan wordt tussen gemeenten en het RSJ IJsselland afgesproken wie welke beheerstaken gaat uitvoeren.
Wanneer individuele begeleiding wordt geboden tijdens het groepsaanbod hoe wordt dit berekend?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.4 verwijzen en toewijzen. De rekenhulp is een hulpmiddel om te berekenen.
Waar valt het VPT (volledig pakket thuis) straks onder?	Conform inkoopdocument paragraaf 9.7 zijn de voorzieningen voor verblijf nu ingedeeld in intensiteiten. De begeleidingsintensiteit is gedefinieerd als 'het aantal netto roosteruren pedagogisch medewerkers / (groeps)begeleiders en/of VOV-staf (hierna: groepbegeleiders) per Jeugdige per etmaal'. Elke jeugdhulpaanbieder heeft aangegeven (op basis van inzet personeel) onder welke intensiteit hun locaties ingedeeld kunnen worden. Er is geen 1 op 1 vertaling te maken van de oude productcodes met VPT naar de nieuwe systematiek van intensiteiten.
Wat wanneer er uren tekort zijn lopende het traject? (hij huisartsenverwijzing)	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 80 en regionaal toegangsprotocol 2.5.5. Het aanpassen van een budget kan in uitzonderlijke gevallen en dient hierbij: 1. Altijd te verlopen met instemming van de Toegang 2. Administratief worden aangegeven via een verzoek op wijziging (317)w 3. Tijdig worden aangevraagd (ten minste 8 weken voorafgaand aan het bereiken van het budget en/of einddatum Toewijzing) 4. Een van de volgende redenen van toepassing zijn: (a) De Hulpverlening niet aanslaat (toepasbaar in de eerste zes maanden na start Hulpverlening) (b) Gewijzigde omstandigheden zijn (waar bij optreden eerst contact wordt gezocht met Toegang voordat hiernaar gehandeld wordt) (c) Er (in overleg met de Toegang) meerdere Opdrachtnemers tegelijk Hulpverlening
Wat is de startdatum? Datum van verwijzing of datum van start zorgaanbieder?	Conform RAP 9.8 definities is de begindatum in het start-zorg bericht de datum waarop daadwerkelijk wordt/is gestart met de behandeling van de jeugdige. De jeugdhulpaanbieder dient een JW305 (start-zorg bericht) binnen 5 werkdagen na de daadwerkelijke datum start-zorg (zoals hiervoor gedefinieerd) te versturen.
Er zijn wel meer trajecten, bijvoorbeeld spoedhulp. Waarom zitten deze niet in segment 4?	De crisisfuncties zijn vanaf 1 januari 2022 via een aparte overeenkomst ingekocht. Zie https://www.rsj-ijsselland.nl/contractmanagement/crisisroute-ijsselland
Kun je een jongere bij bv bij organisatie X laten verblijven en een amb. beg. van een andere organisatie Y laten meegaan?	Ja dat is mogelijk door twee toewijzingen af te geven.
duurzaam tot 1 jaar, geen beschikking voor langere tijd?	Er is geen restrictie op de looptijd van een beschikking. Deze wordt door de gemeente bepaald. Er zijn wel richtlijnen afgesproken voor een hersteltraject wordt uitgegaan van 0-2 jaar en duurzaam is meerjarig,
Stel: hersteltraject met meerdere resultaten, weggezet bij meerdere aanbieders... Hoe gaat dat met de budgetten? Per aanbieder een herstelbudget?	Indien er meerdere jeugdhulpaanbieders jeugdhulp leveren dan krijgen ze elk een toewijzing en dus ook een budget.
Wat als herstel door voortschrijdend inzicht duurzaam wordt of andersom?	Conform inkoopmodel paragraaf 8.6 eis 80 ; In principe heeft dit geen gevolgen, behalve dan als dit betekent dat het toegewezen budget niet toereikend is. De jeugdhulpaanbieder kan dan een verzoek om wijziging indienen.
Neem je overhead kosten zoals reistijd zorgaanbieder, administratie, bijwonen overleggen etc ook mee in het bepalen van het budget??	Bij het bepalen van het standaardbudget schat je de tijd in die een aanbieder kan declareren. Belangrijkste afspraak hierbij is dat de te declareren tijd bestaat uit direct plus indirect cliëntgebonden. Er zijn geen normen voor de verdeling tussen deze twee soorten cliëntgebonden tijd of het aantal uren per activiteit. Binnen de indirect cliëntgebonden tijd is de reistijd naar de client declarabel met een maximum van 45 minuten per gesprek. Zie de invulinstructie in de rekenhulp ambulante jeugdhulp.
Valt pleegzorg ook onder wonen en verblijf?	Pleegzorg is een vorm van wonen en valt onder intensiteit A en/of B
Hoe vaak mag een jeugdhulpaanbieder een verlenging aanvragen? Bij de verwijzing van de huisarts?	Het verzoeken om een verlenging is niet beperkt. Het is aan de gemeente om dit verzoek inhoudelijk te beoordelen en te beantwoorden.
Wie bepaalt of het een herstel of duurzaam traject wordt?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 71. De Toegang bepaalt het resultaat en het daarbij behorend soort budget (duurzaam of herstel) en de hoogte van het budget. Het onderscheid tussen een duurzaam budget en herstelbudget wordt alleen geadmistreerd door het verschil in looptijd.
Kan een aanbieder nee zeggen?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 78 De Opdrachtnemer neemt na Toetsing het besluit of de Hulpverlening aan de Jeugdige wordt geboden. De Opdrachtnemer accepteert hierbij ook het gestelde financiële keuzebudget en de afgegeven periode waarbinnen de resultaten moeten worden behaald. De Opdrachtnemer kan o.b.v. de Toetsing ook besluiten geen Hulpverlening te bieden aan de Jeugdige maar dient dit altijd inhoudelijk te beargumenteren. Dit kan drie oorzaken hebben: • Opdrachtnemer heeft niet de benodigde expertise om hulp te verlenen bij de specifieke hulpvraag (te zware hulpvraag voor Opdrachtnemer) • Opdrachtnemer is overgekwificeerd ten aanzien van de specifieke hulpvraag (te lichte hulpvraag voor Opdrachtnemer). • Opdrachtnemer is het niet eens met het afgegeven budget.
Stel dat een aanbieder groepshulp niet kan bieden, zoeken zij dan een aanbieder die dit wel kan en wordt er dan gewerkt in onderaannemerschap? (jeugdige nog niet in zorg bij de betreffende aanbieder)	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 78. Het is vervolgens aan de Toegang/Verwijzer om een andere jeugdhulpaanbieder te zoeken.
Hoe werkt het met crisiszorg, spoedzorg of crisisplaatsing?	De crisisfuncties zijn vanaf 1 januari 2022 via een aparte overeenkomst ingekocht. Zie https://www.rsj-ijsselland.nl/contractmanagement/crisisroute-ijsselland

Wat is het verschil tussen het budget van een duurzaam traject en een hersteltraject?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 71 . Er is geen verschil in budget; het onderscheid tussen herstel en duurzaam wordt alleen geadmistreerd door verschil in looptijd.
Welke afspraken zijn gemaakt met de jeugdhulpaanbieders over offertebudgetten?	Conform Regionaal Toegang Protocol paragraaf 2.5 Wanneer een standaardbudget niet passend is, wordt gekozen voor een budget op basis van een offerte. Toegang neemt contact op met een jeugdhulpaanbieder waarbij de verwachting is dat die de wenselijke hulpverlening kan bieden. Op basis van gezamenlijk overleg wordt vastgesteld welke hulpverlening nodig is. Op basis van de verwachte in te zetten hulpverlening wordt het budget vastgesteld.
Hoe zit dat dan als een jeugdige al een half jaar op de wachtlijst heeft gestaan? Qua acceptatie?	Conform inkoopdocument eis 15 ii is jeugdhulpaanbieder primair verantwoordelijk voor de veiligheid van de jeugdige die na de toetsing en acceptatie op de wachtlijst staan bij betreffende jeugdhulpaanbieder.
Wat als de jeugdhulp aanbieder het aanbod ter beschikking heeft en weigert om client aan te nemen vanwege	Conform inkoopdocument eis 78. De jeugdhulpaanbieder mag weigeren om bepaalde redenen. De Toegang zoekt dan een andere oplossing.
Wat is de max voor diagnostiek? in uren?	Dit is niet in het inkoopdocument opgenomen. Indien er behoefte is om hier afspraken over te maken dan kan dat gewijzigd worden conform artikel 4.3.2 van het inkoopdocument.
Valt dagbehandeling onder wonen/verblijf?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.5.3. Dagbehandeling valt onder groepsaanbod.
Moet / kan je als aanbieder nog startberichten sturen bij aanmelding zorg? (a specifiek)	Conform RAP 9.8 definities is de begindatum in het start-zorg bericht de datum waarop daadwerkelijk wordt/is gestart met de behandeling van de jeugdige. De jeugdhulpaanbieder dient een JW305 (start-zorg bericht) binnen 5 werkdagen na de daadwerkelijke datum start-zorg (zoals hiervoor gedefinieerd) te versturen.
Wanneer je meerdere interventies inzet, zijn er dan in de productcodes standaarden voor? Of beslis je als aanbieder zelf welke codes je daarvoor gebruikt? Bijvoorbeeld bij inzet gedragswetenschapper? En is er per traject een standaard mix gemaakt wb inzet medewerkers (MBO/HBO/HBO+) of bepaal je dit ook zelf als aanbieder (binnen het budget natuurlijk)?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.4 . De jeugdhulpaanbieder bepaalt zelf welke interventies/ medewerkers deze inzet en kan daartoe declareren binnen het afgegeven budget.
Hoe kan een aanbieder beoordelen welke interventie er nodig is? Vindt er eerst een intake plaats bij de aanbieder?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 76 dient de opdrachtnemer voordat de Hulpverlening start te toetsen of haar Hulpverlening aansluit bij de hulpvraag van de Jeugdige en de door de verwijzer gestelde resultaten. De vorm waarin de Toetsing wordt uitgevoerd, staat de Opdrachtnemer vrij. Voorbeelden zijn; een telefonisch of face-toe-face gesprek met Jeugdige en eventueel ook met Wettelijk verwijzer of een online vragenlijst. Er kunnen wel eisen worden gesteld wanneer de vorm van Toetsing buitenproportioneel wordt.
Hoe zit dat met vakantie weken... waarin vaak geen behandeling is..?	Conform inkoopdocument paragraaf 7.3 eis 16 en 18. Opdrachtnemer garandeert de continuïteit van de Hulpverlening ook als deze noodzakelijkerwijs moet plaatsvinden tijdens weekeinden of algemeen erkende feestdagen. Indien dit in uitzonderingsgevallen niet mogelijk is, wordt de Jeugdige tijdig een aanvaardbaar alternatief geboden. Tijdens vakantieperiodes blijft de Hulpverlening doorgaan. Vervolgens conform inkoopdocument paragraaf 8.5.3 geschiedt de bekostiging van het groepsaanbod op basis van de geplande aanwezige uren.
Als er 2 aanbieders zijn voor 1 jeugdige, moeten aanbieders dan een onderaanneming met elkaar aangaan? Of kan de gemeente de budgetten opsplitsen?	Conform regionaal toegangsprotocol paragraaf 2.5.6. Indien er meerdere jeugdhulpaanbieders zorg leveren dan dienen deze beide een toewijzing aan te vragen / te verkrijgen met daarin een budget specifiek voor dat deel van de hulp die elke aanbieder zelf in gaat zetten.
Aanwezigheidsdagen per week. Alleen hele dagen of ook optie halve dagen?	Door de combinatie van aantal dagen en uren per dag kun je halve dagen invullen. Zie de invulinstructie in de rekenhulp ambulante jeugdhulp.
Hoe weten de gemeenten dat er sprake is van ernstige dyslexie? Er moet dan neem ik aan wel een vaststelling dyslexie onder ogen krijgen om dat te kunnen toetsen.	Conform eis 107 uit het inkoopdocument bepaalt een aanbieder conform het <i>Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 3.0</i> (zie website NKD) of er sprake is van ED. Elke gemeente heeft eigen afspraken gemaakt over de wijze van toetsing.
Blijven de profielen uit het midden segment nog bestaan?	Nee in het nieuwe inkoopdocument wordt niet meer gesproken over profielen.
Zit er verschil in bedrag voor wonen qua zwaarte?	Conform inkoopdocument paragraaf 9.5 Wonen/verblijf is opgedeeld in de begeleidingsintensiteit per Jeugdige per dag. Elke intensiteit heeft zijn eigen tarief, zie daarvoor paragraaf 9.7.
Kunnen na overeenstemming over budget en aan het eind van een hulpverleningstraject, zorgaanbieders nog vragen om extra vergoeding voor gemaakte uren? of moeten ze het doen met het gekozen budget?	Conform inkoopdocument eis 80. Als de jeugdhulpaanbieder de Toewijzing met bijbehorend budget heeft geaccepteerd dan zal jeugdhulp ook binnen dat budget moeten worden uitgevoerd. Indien er sprake is van gewijzigde omstandigheden (zie eis 80) dan dient de jeugdhulpaanbieder hierover tijdig met Toegang in overleg te treden. Jeugdhulpaanbieder kan geen extra vergoeding vragen als ze niet vooraf toestemming hebben gevraagd en gekregen van de Toegang.
Klopt het dat de insteek van de inkoop 2023 is dat de huisarts niet meer doorverwijst, maar dat zij de ouders naar de gemeenten toewijzen bij verlening?	De Huisarts is een wettelijke verwijzer. De gemeente kan hun niet dwingen om enkel via de lokale toegang te verwijzen.
Blijven jullie dan ook de maatwerkovereenkomsten maken als de GI een buiten regionale aanbieder kiest?	Ja, dat kan nog steeds. De gemeente kan opdracht geven aan RSJ IJsselland eenmalig contract op te stellen.
De toegang bepaalt het juiste budget dat past bij het aanbod van de zorgaanbieder. Maar de zorgaanbieder mag later in het traject zelf kiezen hoe ze het budget besteden? dus bijvoorbeeld wisselen tussen IAG en groepsaanbod. moeten ze hiervoor contact met ons hebben, of mogen naar eigen inzicht de vraag bedienen?	Conform het inkoopdocument paragraaf 8.4 . De jeugdhulpaanbieder bepaalt zelf welke interventies/ medewerkers deze inzet en kan daartoe declareren binnen het afgegeven budget.
Wat is op tijd? Is dat 8 weken van te voren? Aangezien we nu ook regelmatig achteraf pas of kort voor dat budget op is reageert	Conform artikel 8.6, eis 80 lid 3 uit het Inkoopdocument: ten minste 8 weken voorafgaand aan het bereiken van het budget en/of einddatum Toewijzing.
Is er naast het offertebudget nog een maatwerkbudget of PGB?	Het is onduidelijk wat met maatwerkbudget wordt bedoeld. Conform inkoopdocument paragraaf 1.4 valt PGB buiten de scope van de inkoop specialistische jeugdhulp en wordt door gemeenten zelf georganiseerd.
Ik mis hierin het onderdeel vervoer als er sprake is van vervoer vice versa. Hoe ziet dit eruit in het nieuwe model?	Vervoer valt buiten de scope van deze inkoop en wordt door gemeenten zelf georganiseerd of ingekocht. Uitzondering hierop is vervoer bij een aantal VG aanbieders, waarmee via een addendum nog aparte afspraken worden gemaakt.
Hoe loopt de procedure als je niet van te voren goed in kan schatten hoe het procesverloop is. (herstel gericht). Herstel is een kop en een staart. Als je dat niet van tevoren weet hoe dan toewijzen?	Conform Regionaal Toegangsprotocol paragraaf 6.1. wijs je toe in de scope die je kunt overzien. Dit vraagt ook afstemming tussen lokale toegang en de jeugdhulpaanbieder. Mocht tijdens het hulpverleningstraject blijken dat er andere of meer hulp noodzakelijk is dan kan de toewijzing daarop aangepast worden of een nieuwe toewijzing worden afgegeven (zie eis 80). De jeugdhulpaanbieder kan daartoe een verzoek indienen.
Is er al meer bekend over de indexatie van de huidige tarieven 2022 naar 2023? Er wordt namelijk gekozen voor een geleidelijke overgang in 2023.	Conform de 4e informatiebrief implementatie van 18-11 De toewijzingen voor ambulante jeugdhulp die in 2022 zijn afgegeven en in 2023 doorlopen zijn gebaseerd op de huidige (2022) productcodes. De tarieven voor deze productcodes zijn met 5,66% geïndexeerd naar het niveau voor 2023. Dit overzicht komt in de week van 21 – 25 november beschikbaar.

Wij hebben in de samenwerkgroep standaard budgetten vastgelegd voor ggz, J&O en lvb. Krijgen deze standaard budgetten (zonder alle methodieken) nog een plek in de implementatie? Iedereen heeft het over de rekentool. Ik geef aan dat deze rekentool vooral bij offerte trajecten noodzakelijk is. Wij hebben bij J&O straks licht (0 - 50 uren), midden (50 - 110 uren) en zwaar (110 - 140 uren). Hier past 80% van alle zorg binnen. De rekentool is dus niet nodig. Deze boodschap is nog juist toch?	in het Regionaal Toegangsprotocol paragraaf 2.5.1 is een schema toegevoegd die in samenwerking met de jeugdhulpaanbieders(samenwerkgroep Keuzebudgetten) is opgesteld, waarin de standaardbudgetten zijn verwerkt. De aanname is dat het merendeel van de jeugdhulp past binnen deze standaardbudgetten en daardoor alleen de hoognodige afstemming tussen lokale toegang en de jeugdhulpaanbieder plaats zal vinden.
Het budget voor ambulant is alleen voor de raamovereenkomst. Dit gaat niet samen met producten in de overeenkomst crisisfunctie. Deze aanname klopt?	Conform eis 32 vallen de crisisfuncties niet onder de raamovereenkomst specialistische jeugdhulp, omdat dat apart is gecontracteerd met 7 aanbieders. In eis 32 is ook beschreven welke crisisinzet wordt verwacht binnen de raamovereenkomst. Deze inzet wordt bekostigd vanuit het ambulante toegewezen budget.
Kunnen wij als Specialistische jeugdhulp-aanbieder onze Orthopedagogen-generalisten ook bepaalde vormen van behandeling laten aanbieden	Conform Bijlage XII - Voorzieningen Ambulante jeugdhulp uit het Inkoopdocument: de bekostiging van Ambulante jeugdhulp geschiedt op basis van tariefgroepen, die (globaal) corresponderen met de opleidingsniveaus van de hulpverleners. In de functielijst in Bijlage XII is per functie exact weergegeven in welke tariefgroep diens uren kan worden gedeclareerd. Een orthopedagoog-generalist valt onder TG5.
Productcode: 54050 en 54051 (1 stuks, outputgericht) -> factureren bij start of einde traject?	Bij de declaratie eenheid 'Stuks' declareert de jeugdhulpaanbieder het traject via één declaratie (productcode 54050 en 54051). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen trajecten gericht op 'Diagnostiek' (54050) en trajecten gericht op 'Behandeling' (54051): - voor Diagnostiek trajecten dient de declaratie na afronding van het traject te worden verstuurd. Diagnostiek trajecten hebben doorgaans een korte doorlooptijd. - voor Behandeling trajecten dient de declaratie halverwege het traject te worden gestuurd. Een gangbare doorlooptijd van een behandeltraject is 18 maanden. Dit betekent dat de declaratie negen maanden na de start kan worden gestuurd (de maand waarin het startbericht is gestuurd, is maand één). Is in specifieke gevallen het traject eerder klaar dan negen maanden, dan kan de declaratie na afronding van het traject worden verstuurd. Wanneer een traject langer duurt zal de declaratie ook na maand negen gestuurd worden.
Klopt het dat er dus geen "harde knip" wordt geplaatst op 31-12-2022: bijvoorbeeld een toewijzing die loopt van 01-08-2022/31-08-2023 met de productcode 54002?	Voor 54002 (ambulante zorg) is er geen harde afsluiting. Meer informatie kunt u vinden in het Plan van Aanpak migratie op de website van het RSJ IJsselland, onder de kop Migratie .
•Administratieprotocol Is het ook bekend wanneer deze beschikbaar is?	Het Regionaal Administratie Protocol (RAP) wordt zo snel mogelijk gepubliceerd op de website van RSJ IJsselland en in de volgende informatiebrief toegelicht.
Wonen/ verblijf "Na het moment van definitieve gunning worden de aanbieders gevraagd om voor de toewijzingen wonen/verblijf per gemeente aan te geven op welke locatie de betreffende jeugdige zich bevindt." In principe hebben wij een lijst klaar liggen t.b.v. de conversie, wanneer gaat u aanbieders benaderen?	Het omzetten van de toewijzingen is aan gemeentelijke zijde gestart. U zult spoedig van elke gemeente waar u kinderen in zorg heeft een lijst ontvangen met de vraag deze van de benodigde informatie te voorzien. Het plan van aanpak met daarin de werkwijze is in de week van 5 december op de website van RSJ IJsselland gepubliceerd worden.
Hoeveel reistijd zit er in het tarief voor het verlenen van ambulante hulp bij de client op locatie?	Conform Bijlage XIV - Declaratieregels jeugdhulp regio IJsselland uit het inkoopdocument (Ambulante jeugdhulp, lid 3): Cliëntgebonden tijd bestaat uit direct cliëntgebonden tijd en indirecte cliëntgebonden tijd waaronder de reistijd naar de client met een maximum van 45 minuten per gesprek.
Op basis van de rekenhulp komt naar voren dat het LVB-tarief significant (40%) hoger is dan nu. Hoe moet is dat tarief interpreteren? (zie ook schema dat Anita gemaakt heeft) (schema zit in de map Q&A)	In de verbeterde versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is aangesloten op het gemiddelde uurtarief in tariefklasse van perceel 1 t/m 5. De tarieven staan in het voorzieningenboek op de website. Daarnaast is het mogelijk om in overleg tussen gemeente en aanbieder een handmatige correctie te doen op het gemiddelde uurtarief indien gewenst vanwege het profiel van de aanbieder of jeugdige.
Er gaat veel discussie ontstaan als de uitkomst van de rekenhulp tussen twee standaardbudgetten uitkomt. Bijvoorbeeld: uitkomst rekenhulp is 10.000 euro. Zit precies tussen budget 5 en budget 6 in. Zijn er vuistregels te geven hoe we daar dan mee om moeten gaan?	De vuistregel is dat de uitkomst van de rekenhulp ambulant naar boven wordt afgerond, omdat het standaardbudget een maximum is waarbinnen de aanbieder vanuit vertrouwen de ruimte krijgt om te doen wat nodig is. De aanbieder declareert niet meer dan de werkelijke inzet. Bij kleine overschrijdingen van een standaardbudget is de vuistregel om af te stemmen tussen gemeente en aanbieder over de afronding. Beide vuistregels zijn omgangsnormen om het spanningsveld tussen gemeentelijke toegang en aanbieders werkbaar te houden.
Wat als we aan de voorkant 'streng' willen zijn en minder af willen geven. De aanbieder kan dan het traject weigeren. Hoe kunnen we 'strenger' zijn en toch tot een budget met de aanbieder komen, op basis waarvan de hulpverlening kan starten?	Dit spanningsveld tussen toegang en jeugdhulpaanbieders zal altijd blijven bestaan. Om hierin 'gezonder' elkaars rol en professionaliteit te respecteren zijn in het inkoopdocument voor het verwijfs- en toewijfsproces werkbare omgangsnormen opgesteld. Zie ook de Memo Verwijfsproces van 10 februari 2022.
Dit nieuwe model lost een aantal huidige problemen om met de aanbieder tot afstemming te komen niet op. We merken nu dat het lastig is om in een budget in minuten tot het resultaat te komen. Aanbieders geven bijvoorbeeld aan het eind aan dat er extra minuten nodig zijn om bijvoorbeeld nog een evaluevaluatie op te stellen. Hoe kunnen we daar in dit model beter mee omgaan?	Afstemming zal altijd nodig zijn. De verwijzer bepaalt het beoogde resultaat en de jeugdhulpaanbieder bepaalt welke hulpverlening nodig is. De afstemming leidt tot een passend budget. Dit kan soms een spanningsveld opleveren.
Uitgangspunt is dat er altijd afstemming is tussen toegang en aanbieder voordat de toewijzing wordt afgegeven. Dat is zeker niet altijd het geval. Vooral bij de kleine / korte trajecten (zoals diagnostiek) is er vooraf geen afstemming. Verwachten aanbieders in het nieuwe model wel dat er altijd vooraf wordt afgestemd? Of kunnen we voor de korte trajecten ook zonder overleg een budget opnemen?	Conform het Regionaal Toegangsprotocol paragraaf 2.4.1 bepaalt de toegang of de in te zetten ambulante jeugdhulp relatief standaard is of dat er intensief overleg nodig is over de in te zetten hulpverlening. Deze afweging bepaalt de mate van afstemming tussen toegang en jeugdhulpaanbieder voorafgaand aan de hulpverlening.
Hoe gaan we in het nieuwe model om met 'We gaan over het afgegeven budget heen' of 'We hebben meer budget nodig'?	Conform inkoopdocument paragraaf 8.6 eis 80 kan in een aantal gevallen het budget aangepast worden. De jeugdhulpaanbieder laat dit tijdig weten en de lokale toegang oordeelt of er sprake is van de terechtte vraag.
Als eerste is de berekening naar onze opvatting niet juist. In beide situatie wordt een te laag percentage berekent en zal allebei het dubbele moeten zijn, respectievelijk 0,66 % en 0,93%, volgens onze nadere berekening op basis van uw gegevens. Daarnaast missen we de personele kant. Ten derde willen wij u graag ook wijzen op de landelijk ontwikkelingen met betrekking tot de indexatie en de VNG stelt daarbij ook het volgende voor. Wij zien deze berekening behalve met de halvering van de 9,25% niet echt terug. En voor ons is het ook niet echt duidelijk waarom deze halvering van toepassing is in deze berekening.	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
Wij begrijpen niet waarom de materiële indexatie slechts voor 50% wordt toegekend, met de gestegen kosten voor energie en inflatie. Deze kosten komen ons voor 100% tegemoet. Kun je dit nog nader toelichten?	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
Het kan zijn dat een toewijzing loopt van: 02-10-2022/01-10-2023 met het product 54002. Hoe verhoudt zich dat tot het nieuwe tarief?	Conform de 4e informatiebrief implementatie van 18-11 De toewijzingen voor ambulante jeugdhulp die in 2022 zijn afgegeven en in 2023 doorlopen zijn gebaseerd op de huidige (2022) productcodes. De tarieven voor deze productcodes zijn met 5,66% geïndexeerd naar het niveau voor 2023. Dit overzicht komt in de week van 21 – 25 november beschikbaar.

Wanneer is het RAP beschikbaar op de site?	We streven ernaar om de eerste versie van het RAP te plaatsen op de website van RSJ IJsselland uiterlijk vrijdag 16-12-2022.
Wij zijn het overzicht voor onze paramedici, over waar zij ingezet kunnen worden, een update aan het geven. In het inkoopdocument (2023) staat: "Specialistische jeugdhulp is niet..... 24. Alle ondersteuningsvormen die vergoed worden op grond van een (aanvullende) zorgverzekering." (pagina 76) En verderop "Iedere hulpverlener wiens functie (of vergelijkbare/gelijkwaardige functie) is opgenomen in de Beroepentabel, mag de aan toegewezen Jeugdigen bestede tijd declareren." (Pagina 78 punt 1). Interpreteren wij het dan juist wanneer wij, gelijk aan de WLZ, paramedici inzetten wanneer de behandeling gerelateerd is aan de beperking (fysiek of specifieke benadering gewenst bij bepaald gedrag)?	Zie inkoopdocument bijlage XIII. Paramedici vallen onder de term vaktherapie. Zij kunnen niet op zichzelf worden ingezet als specialistische jeugdhulp. De inzet kan wel worden vergoed wanneer dit wordt ingezet door gecontracteerde jeugdhulpaanbieders als een ondersteunende voorziening in een bredere jeugdhulpverleningstraject. Inzet van deze vormen van jeugdhulp gebeurt in overleg met de Toegang.
De geel gemarkeerde uitkomsten kloppen niet. Dit zou het dubbele moeten zijn. Afgerond resp. 0,67% en 0,93%	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
Vraag: - Het lijkt op deze manier of niet alle materiële kosten volledig worden geïndexeerd: wat gezien de kostenstijgingen waarmee wij ons als zorgaanbieder geconfronteerd zien, wel noodzakelijk is. - Zoals wij het lezen in schrijft u in de opbouw van de tarieven de component materiële kosten voor 50% toe aan de energiekosten en voor 50% aan overige componenten. Waarop is dat gebaseerd en waarom maakt u deze keuze? - U splits in de berekeningen de verrekening in tweeën ((9,25 – 1,83)/2 *18% respectievelijk 25% maar uit de uitkomst van deze berekening blijkt nogmaals een halvering. Waarom kiest u hiervoor? - Daarnaast hanteert u de NZA component voor materiële kosten voor het jaar 2022 maar wordt hierin niet het voorschotpercentrage voor 2023 meegenomen. Klopt dit en waarom is dit?	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
1 Heeft uw regio inmiddels ook de structurele verhoging van de looncomponent voor 2022 doorgevoerd (de indexatie van 1,13% n.a.v. de motie Hijink en Bikker)? Ik zie dat er met 2,45% is geïndexeerd, maar de extra 1,13% is hierbij niet genoemd. 2 Worden de in de aanbestedingsstukken genoemde tarieven voor 2023 nog geïndexeerd en zo ja, met hoeveel?	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
Tarieven, Declaratie en Betaling 1. Van toepassing zijn de tarieven zoals deze zijn opgenomen in paragraaf 8.5, 9.7 en 10.3 van het Inkoopdocument versie 1.7 28 oktober 2022. Tarieven worden uitgedrukt in euro's en zijn exclusief omzetbelasting (BTW)." Voor zover mij bekend is zorgverlening in Nederland vrijgesteld van BTW, hetgeen anders is dan "exclusief BTW". Hoe is jullie zienswijze hierop? Mochten jullie ook van mening zijn dat het vrijgesteld is van BTW, zouden jullie dan een aangepaste versie aan ons willen doen toekomen? Zien jullie dit anders, dan hoor ik dat graag van jullie om verdere vertraging van het tekenproces te voorkomen.	Het klopt dat verlening van jeugdhulp vrijgesteld is van BTW.
Vandaag heb ik samen met twee collega's bij een aantal casussen gebruik gemaakt van de rekentool. We vinden deze nog niet geheel gebruiksvriendelijk. Onze ervaringen: - Toen we aan de slag gingen waren alle tabbladen gevuld, we hebben uiteindelijk een tabblad zelf leeggemaakt waarbij zichtbaar was dat totaalbudget was berekend in de hoop dat degene die op dat tabblad budget had berekend deze al had gekopieerd naar een lokale plaats. - Op tabblad 7 is bovenaan iets versprongen waardoor deze niet meer goed staat. - Op tabblad 9 wordt het budget niet berekend, ondanks dat de gevraagde velden zijn gevuld.	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
Nu is gebleken dat voor Ernstige Dyslexie de eenheid 'Stuks' impliceert dat er maar 1 keer gedeclareerd kan worden, hierbij nogmaals het dringende verzoek om 'Stuks' te vervangen door 'Euro'. Dan kunnen we 70% aan het begin van een traject declareren en 30% aan het eind. Dat is voor de gemeenten en voor de behandelaars financieel veel aantrekkelijker.	Conform het Voorzieningenboek is de declaratie eenheid Stuks, deze wordt niet gewijzigd.
We zijn bezig met het implementeren van de nieuwe zorgtoewijzing (ZTW) (o.a. instructies schrijven). Voor het KDC Dagbehandeling hebben we in de voorgesprekken (voor daadwerkelijke publicatie aanbestedingsdocumenten) gesproken over het pedagogisch leef en behandelklimaat op de KDC's waar de gedragskundige voor de hele groep inzet pleegt. Mogen deze uren als standaard geleverde zorg op het KDC geregistreerd worden? Bijv. 1 uur per client per week? Mogen we ook een gemiddelde bepalen voor de gedragskundige inzet onafhankelijk wat geleverd wordt? Het gemiddelde bepaalde uren kunnen we verantwoorden en ook in de prestatie dialoog besproken worden. Is dit akkoord ook gezien de rechtmatigheid?	Conform inkoopdocument bijlage XII is er bij de berekening van het tarief voor groepsaanbod uitgegaan van een X aantal FTE inzet van de gedragsdeskundige. Het staat de jeugdhulpaanbieder vrij om daar van af te wijken, het gestelde tarief blijft leidend.
Kunnen wij ook een lijst ontvangen van de afgewezen aanbieders met een toelichting waarom ze zijn afgewezen?	Conform Hoofdstuk 4.1.10 Algemene bepalingen met betrekking tot de inschrijvingen (lid c) en Hoofdstuk 4.1.14 Overige opmerkingen inzake de procedure, zie kopje Vertrouwelijkheid, uit het inkoopdocument kunnen we wel een lijst delen van de afgewezen aanbieders maar niet de argumentatie waarom de aanbieders zijn afgewezen opnemen. De gedurende de procedure verkregen informatie mag uitsluitend ten behoeve van de realisatie van de Inschrijving worden gebruikt en RSJ IJsselland als aanbesteder zal de verstrekte gegevens vertrouwelijk behandelen. De lijst met afgewezen aanbieders is gedeeld op 2 november 2022.
Nog even een andere vraag. We willen ook graag een tarievenlijst voor PGB maken. Hier nemen we dan ook de nieuwe producten/namen in op met bijbehorende tarieven. Heb je daarvoor een was-woord lijst van de huidige producten en de nieuwe producten. Wat in de huidige situatie 'valt straks' in de nieuwe situatie. Of een beschrijving van de nieuwe product categorieën.	We hebben geen was-woord lijst omdat de producten/voorzieningen anders ingericht zijn. In hoofdstuk 8, 9 en 10 van het Inkoopdocument vind je meer informatie over de verschillende percelen en voorzieningen.
Ik ben gebeld door Marlon Oostewechel (AO lid uit Raalte). Ze vroeg of er ook een overzicht is met welke aanbieder, welke intensiteiten op groepsaanbod en wonen/verblijf heeft?	Bij de ondertekening van de raamovereenkomst zit een bijlage Tarievenoverzicht waarin ook de locaties zijn opgenomen. Deze informatie wordt aan gemeenten beschikbaar gesteld via het nieuwe contractbeheersysteem Vendorlink en ook voor alle verwijzers en jeugdhulpaanbieders via de Beschikbaarheidswijzer. De planning hiervan volgt.
Wij zijn bezig om alles in te richten voor 1 januari. Nu komen we cliënten tegen die verblijven op locaties buiten regio IJsselland. Deze locaties zijn bijvoorbeeld in Zutphen of Arnhem. Hoe gaan we deze locaties meenemen in de intensiteiten? Kortom, wat doen we met deze locaties en met de financiering van cliënten die daar verblijven en behandeling krijgen?	Het tarief voor deze locaties moet worden bepaald via een nieuw door in te vullen rekentool verblijf en daarna toegevoegd worden aan het tarievenoverzicht. Er volgt nog een wijziging procedure voor het toevoegen en wijzigen van locaties wonen en verblijf. Voor de korte termijn moet een nieuw rekentool gestuurd worden naar contractbeheer@rsj-ijssel.nl.

Kan ik opmaken uit het bericht over de indexatie van het tarief voor o.a. 54002 dat er geen sprake is van harde afsluiting en dat de toewijzingen doorlopen in 2023 op basis van de oude tarieven? En dat er bij verlenging dan een budget dient te worden bepaald? En voor nieuwe cliënten gelijk het nieuwe systeem wordt toegepast?	De ambulante toewijzingen waaronder de 54002 worden niet hard afgesloten en lopen dus door in 2023. Declaraties voor de geleverde zorg kunnen worden gedaan op de productcode 2022 met het geïndexeerde tarief. Bij een verlenging dient de toewijzing aangevraagd te worden volgens de nieuwe inkoop afspraken vanaf 2023. Toewijzingen met een ingangsdatum vanaf 2023 zullen direct volgens de nieuwe inkoop worden afgegeven.
N.a.v. indexatie 2022-2023: We hebben ook een beschikking voor kleeid en zakgeld, hoe dient dat gedeclareerd te worden?	Voor gecontracteerde aanbieders per 1 januari 2023 is het indexeren van zak- en kleeidgeld niet van toepassing. De lopende Wonen/verblijf toewijzingen worden de per 1 januari 2023 omgezet. Conform Hoofdstuk 9.7 (pagina 63, laatste alinea) uit het Inkoopdocument is het verblijfstarief inclusief verzorgingskosten en zak- en kleeidgeld.
Ik heb een vraag vanuit de praktijk. Wij hebben 2 jeugdigen in een Woon/verblijf situatie onder toezicht van een GI en lopende voorzieningen. De 1 wordt in januari 2023 18 jaar en de ander in maart 2023. Van de eerste weet ik dat het Wonen en verblijf stopt met het 18 jaar worden, van de 2e is het nog niet bekend. Stel dat voor beide het Wonen en Verblijf niet verlengd wordt na hun 18e jaar, kunnen we dan de lopende voorziening vanuit het huidige inkoopmodel laten uitsterven?	Conform de afspraken over de migraties zoals vermeld in de 1e informatiebrief d.d. 24 oktober 2022 wordt de lopende zorgtoewijzing voor wonen en verblijf per 1 januari 2023 omgezet. Dus ook voor zorgtoewijzingen die aflopen in januari of maart 2023.
Wij willen onze zorg uitspreken. Afgelopen week is de rekenmodule getest. Ten eerste was er geen leeg format meer beschikbaar. Blijkbaar maakt men het format niet leeg. Erg onhandig, je gaat dan eerst op zoek naar een lege, en moet er daarna 1 leegmaken terwijl je niet weet of iemand hem al zelf opgeslagen heeft. Bij 1 was alles al versprongen en dan werkt hij niet meer. Is het niet handiger om de module lokaal op te slaan. We snappen dat bij wijzigingen iedereen weer geïnformeerd moet worden, maar voor ons zou dat prettiger werken dan hoe het nu gaat.	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
-Zou in de rekentool ook het overzicht met de standaardbudgetten kunnen worden toegevoegd? Dan kan de sociaal werker aan de hand van het berekende budget ook direct het juiste standaardbudget kiezen en hoeft er niet elders naar dat overzicht gezocht te worden. -Vanuit de GGZ wordt altijd gewerkt in minuten, het voorstel wat ze doen is in minuten. Kan in de rekentool die optie ook bij ambulante jeugdhulp worden toegevoegd? Nu moet de sociaal werker anders eerst nog de minuten omrekenen in uren. Dat is wat omslachtig. -Kan het deel wat de sociaal werker kopieert (overzicht met totalen) ook bovenaan een versienummer krijgen? Als de sociaal werker dit deel dan kopieert naar het dossier en er later 'gedoe' komt over hoe het budget berekend is, kan je in ieder geval terugzien welke versie is gebruikt. -Welk budget gaat de sociaal werker hanteren? Het standaardbudget dat het dichtste bij het berekende budget ligt óf het budget wat boven het berekende budget ligt? In het laatste geval is het goed te realiseren en communiceren voor/aan sociaal werkers dat de aanbieder eigenlijk altijd nog extra ruimte heeft voor inzet.	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
Voor de financiële verantwoording zal per 2023 landelijk gewerkt worden met een nieuwe indeling van de taakvelden. Dit is jou waarschijnlijk wel bekend. Ik vroeg mij af of er vanuit het RSJ of vanuit één van de werkgroepen al naar de vertaling vanuit de nieuwe producten naar deze taakvelden was gekeken? Wordt dit regionaal opgepakt? Indien hier nog niets mee gebeurd is, wat lijkt jou een logische plek dit te agenderen?	In het nieuwe voorzieningenboek zijn ook de codes opgenomen van de IV3 voor de verantwoording naar het CBS. Zie de RSJ IJsselland website.
We zijn bezig met het implementeren van de nieuwe zorgtoewijzingen. (o.a. instructies schrijven). Voor het KDC Dagbehandeling hebben we in de voorgesprekken (voor daadwerkelijke publicatie aanbestedingsdocumenten) gesproken over het pedagogisch leef en behandelklimaat op de KDC's waar de gedragskundige voor de hele groep inzet pleegt. Mogen deze uren als standaard geleverde zorg op het KDC geregistreerd worden? Bijv. 1 uur per client per week? Mogen we ook een gemiddelde bepalen voor de gedragskundige inzet onafhankelijk wat geleverd wordt? Het gemiddelde bepaalde uren kunnen we verantwoorden en ook in de prestatie dialoog besproken worden. Is dit akkoord ook gezien de rechtmatigheid?	De gedragsdeskundige verbonden aan de groep zit deels in het uurtarief verwerkt, conform bijlage XII is het afhankelijk van de zwaarte van de groep. Het overige deel (afhankelijk van de hulpvraag/behoefte per jeugdige) kan ingezet worden als ambulante zorg boven op het groepsaanbod. Dit gaat op basis van de geplande uren van de jeugdige. De geplande uren worden vastgelegd in het hulpverleningsplan en op basis daarvan wordt er toegewezen. Er kunnen geen afspraken gemaakt worden over gemiddelde uren.
Hoe moeten we omgaan met beschikkingen welke reeds zijn afgegeven door de toegang, maar welke trajecten pas in het nieuwe jaar zullen starten? Wordt hiervoor de beschikking aangepast naar de nieuwe codes?	Als de zorgtoewijzing is afgegeven in 2022 dan is dat leidend. Zie het migratieproces zoals beschreven in de 1e informatiebrief d.d. 24 oktober 2022.
Ik heb een vraag over de implementatie van de inkoop specialistisch JH 2023. Voor de cliënten die eventueel op de wachtlijst staan met de jeugdbepaling / beschikking en zorgtoewijzingen, kunnen deze cliënten nog met de huidige zorgtoewijzing van start gaan vanaf januari '23? Of worden deze omgezet naar de nieuwe systematiek?	Als de zorgtoewijzing is afgegeven in 2022 dan is dat leidend. De omzetting per 1 jan 2023 is afhankelijk of het een ambulante hulpverlening is of wonen/verblijf. Zie het migratieproces zoals beschreven in de 1e informatiebrief d.d. 24 oktober 2022
We zijn uiteraard even aan het kijken naar de werking van de rekentool. Daarbij stuitten we op het volgende. Als systeemaanbieder zouden we een hoger tarief krijgen voor ambulant. In de rekentool staat echter 90 euro. Zo dreigt er voor ons een tekort als de budgetten hierop berekend gaan worden.	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
De rekentool is nu gebaseerd op inzet per week. We zouden graag ook totaal binnen beschikking willen kunnen opgeven. Daarnaast zouden we ook graag zien dat je week per maand of per 4 weken kan afgeven. Is dit mogelijk?	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
Nu vier van de elf gemeenten van regio IJsselland ervoor hebben gekozen om de vergoeding voor onderzoek en behandeling van dyslexie per bestede minuut te gaan vergoeden, rijst de vraag wie wat mag declareren. Zo hebben wij een administratieve kracht die een groot deel van de administratieve handelingen van de onderzoekers en behandelaars voor haar rekening neemt. Mag die administratieve kracht zelf die tijd declareren of moet dat op naam van de betreffende onderzoeker of behandelaar worden geboekt? En zijn er voorschriften voor de verhouding tussen directe en indirecte tijd? In het algemeen: zijn er richtlijnen? Zo ja, willen jullie die met ons delen?	De tarieven per cliëntgebonden minuut zijn €1,68 voor Diagnostiek/onderzoek ED en €1,60 voor Behandeling voor een Jeugdige met ED. Het maakt dus niet uit welke medewerker ingezet wordt. Er wordt gedeclareerd op 1 code met het bijbehorende tarief. In het Inkoopdocument, Bijlage XIV - Declaratieregels jeugdhulp regio IJsselland onder het kopje Dyslexie kunt u meer lezen over wat onder cliëntgebonden tijd valt. U kunt de richtlijnen volgen uit het protocol 3.0 NKD.
Mogen alle verschillende achtergronden/scholing van medewerkers ingezet worden op zowel herstel al duurzaam gerichte trajecten ingezet worden/.	Conform inkoopdocument eis 69 en bijlage XII is te zien welke professionals mogen worden ingezet bij herstel/duurzaam.
Wat moet ik doen als een functienaam niet in de bijlage XII bij de 7 functiegroepen staat?	Als een functie van een ambulant hulpverlener onverhoopt niet in de Beroepentabel is vermeld, dan geldt de functie uit de Beroepentabel die het meeste lijkt op de functie. Bij twijfel in welke tariefgroep een ambulant hulpverlener valt, dan kan Opdrachtnemer overleggen met Opdrachtgever, via contractbeheer@rsj-ijsselland.nl. Voor meer informatie hierover willen wij u verwijzen naar hoofdstuk 8.5.1 Individuele hulp in het Inkoopdocument.

Mocht u al actie hebben ondernomen, dan kunt u dit bericht als niet verzonden beschouwen. Door de Regering is extra budget beschikbaar gesteld dat beoogt een 1.13% opslag op de tarieven te bewerkstelligen. Op grond van de AMvB reële prijs WMO, de aanstaande AMvB reële prijs JW, de jurisprudentie de Aanbestedingswet 2012 (art 1.10) en de proportionaliteitsgids is de Gemeente gehouden om een reëel tarief te bieden. Voor zover uw gemeente er nog geen gehoor aan heeft gegeven, verzoeken we u met klem om de indexering voor de tarieven 2022 volledig door te voeren. Het Leger des Heils gelooft in langdurige samenwerking en is bereid om in haar dienstverlening altijd de 'extra mijl' te gaan voor onze deelnemers met vaak complexe problemen. Daar hoort ook bij dat wij reële tarieven krijgen. Wij hebben te maken met financiële uitdagingen om onze zorg op een goede wijze te kunnen blijven bieden. De complexe casussen nemen toe, de inflatie raakt iedereen hard en de groep minder bedeelden in Nederland neemt alleen maar toe. Ook wij hebben de middelen nodig om onze taak goed uit te kunnen voeren. Wij verzoeken u derhalve om de opslag op de tarieven op de juiste wijze toe te passen	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
We zijn bezig met de implementatie stukken van contract RSJ en de doorvertaling intern etc., ik heb daarover nog een tweetal vragen: -Heb je misschien ook een soort van procesplaat/ samenvatting van het gehele toewijzingsproces op 1 of 2 A4? Dit om intern naast de filmpjes en presentaties te kunnen delen intern met de medewerkers? De meeste medewerkers zijn werkzaam voor meerdere gemeenten/ regio's en dan zou dit heel handig zijn. -Betreffende de uitvraag voor de overgang van bestaande cliënten binnen wonen/ verblijf/ logeren voor 1 januari 2023; spreek je in de implementatiebrieven over een format dat wij nog moeten invullen. Ik kan dit format nergens vinden, kun je die nogmaals mailen?	Er is geen samenvatting en procesplaat van het toewijzingsproces beschikbaar. De regionale afspraken hierover staat in het regionaal toegangsprotocol (RTP). Het format voor de overgang van wonen en verblijf kunt u vinden op de website van het RSJ IJsselland onder de kop Inkoop, submap migratie.
Wat is de definitie van een hersteltraject?	Er is geen definitie beschreven in het inkoopdocument. Er is wel een uitleg gegeven over de verschillende budgetten, namelijk een duurzaam budget voor langdurige hulpverleningstrajecten (begeleidingsvragen) en een herstelbudget voor hulpverleningstrajecten die eindig zijn (behandelvragen).
Wat is de definitie van een duurzaam traject?	Er is geen definitie beschreven in het inkoopdocument. Er is wel een uitleg gegeven over de de verschillende budgetten, namelijk een duurzaam budget voor langdurige hulpverleningstrajecten (begeleidingsvragen) en een herstelbudget voor hulpverleningstrajecten die eindig zijn (behandelvragen).
Is het budget verschillend bij een hersteltraject of een duurzaam traject?	De Toegang bepaalt, na afstemming met de aanbieder, of het een herstel of duurzaam traject is en stelt het budget vast. Dit bepaalt de periode van het budget: •0-2 jaar is hersteltraject (financieel budget geldt voor de gehele duur van de toewijzing) •Meerjarig is duurzaam traject (financieel budget geldt per jaar van de toewijzing) Of het traject Herstel of Duurzaam is wordt als zodanig niet in de Toewijzing meegegeven.
Waarom wordt een duurzaam traject per jaar afgegeven?	Een budget voor een duurzaam traject wordt per jaar opgesteld in de rekenhulp. Zou je een duurzaam traject voor bijvoorbeeld 5 jaar willen afgeven, dan heeft het budget in de rekenhulp betrekking op 1 jaar. Wanneer er toegewezen zou worden voor 5 jaar met het budget uit de rekenhulp, dan wordt het afgegeven budget bereikt (aan het eind van het eerste jaar). Het berichtenverkeer geeft dit als maximaal budget er kan geen rekening houden met de opvolgende jaren. Wanneer er een toewijzing afgegeven wordt voor langer dan 1 jaar dan dient het budget hiermee verrekend te worden, met het risico dat het afgegeven budget eerder opgemaakt wordt dan de looptijd van de toewijzing.
Zojuist zag ik onderstaande vraag en antwoord in de Q&A. Hoeveel reistijd zit er in het tarief voor het verlenen van ambulante hulp bij de client op locatie? Conform Bijlage XIV - Declaratieregels jeugdhulp regio IJsselland uit het inkoopdocument (Ambulante jeugdhulp, lid 3): Clientgebonden tijd bestaat uit direct clientgebonden tijd en indirecte clientgebonden tijd waaronder de reistijd naar de client met een maximum van 45 minuten per gesprek. Het zal vast aan mij liggen, maar ik begrijp hieruit niet of directe en indirecte tijd verwerkt zijn in het tarief? Dus wanneer we verwachten dat een ambulant hulpverlener 2 uur in de week bij een gezin komt, wordt het standaard budget dan gebaseerd op 2 uur in de week. En hoe werkt dit in de rekentool? Wordt hier in de rekentool wel rekening mee gehouden? Of moeten we indirecte tijd zelf toevoegen?	De te declareren clientgebonden tijd bestaat uit direct clientgebonden tijd en indirect clientgebonden tijd. Er zijn geen normen voor de verdeling tussen deze twee soorten clientgebonden tijd of het aantal uren per activiteit. Onder indirect clientgebonden tijd is de reistijd naar de client declarabel met een maximum van 45 minuten per gesprek. De indirecte tijd moet dus toegevoegd worden aan de schatting declarabele client gebonden tijd.
Voor de producten die wij gaan aanvragen zullen we gebruik maken van de A-specifieke categorie met een budget. Ik begrijp uiteraard dat we bij productcode in dat geval niets invullen, maar mijn vraag is hoe we het budget specificeren. Specifiek: wat moet er worden ingevuld bij eenheid, frequentie, volume en/of budget in het 315 bericht?	De jeugdhulp individueel is onder productcategorie 50 (Maatwerkarrangementen jeugd) ondergebracht. In het 315-bericht vult u dus productcategorie 50 in met het (afgesproken) budget. U kunt in de afgesproken periode en binnen het budget inzetten wat nodig is om het beoogde resultaat te bereiken. Specifiek: wat moet er worden ingevuld bij: Eenheid: leeg Frequentie: leeg Volume: leeg Budget: (afgesproken) budget
Vanwege de vakantie van Marian Klein Hesselink stuur ik dit bericht. Wij kregen afgelopen dagen het bericht over de verhoging van de pleegzorgvergoeding voor pleegouders. Vanaf 1 januari is er een indexering van 14,3%. Ontzettend fijn en belangrijk natuurlijk voor de pleegouders. Dit betekent voor ons echter dat de tarieven pleegzorg niet meer kostendekkend zijn. Graag gaan wij hierover met de regio in gesprek. Of zijn jullie hier al mee bezig? Marian neemt volgende week contact op om hier verder over te spreken.	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.
Op dit moment heeft Pluryn de raamovereenkomst voor de specialistische jeugdhulp nog niet getekend. We wachten hiermee totdat het gesprek is gevoerd namens meerdere aanbieders waaronder Pluryn over de indexering van de tarieven voor 2023. Zodra daar duidelijkheid over is, wil Pluryn de raamovereenkomst graag snel ondertekend aan RSJ toe kunnen sturen.	Het vraagstuk indexatie van de tarieven 2023 ligt voor bij het bestuur van de regio IJsselland. Besluitvorming en communicatie hierover volgt begin februari 2023. Een toelichting op het proces en heroverweging kunt u lezen in de informatiebrief implementatie rond 10 januari 2023.

Bedankt voor het toesturen van de memo Werkwijze en eenheden Ernstige Dyslexiezorg. Los van de eerdere mail die een collega van mij al stuurde over het feit dat onze systemen niet kunnen factureren na 9 maanden, heeft mijn collega van de zorgadministratie nog een aantal vragen over de nieuwe productcodes van 2023; zou u deze kunnen beantwoorden? -Nu is het nog zo bij minuten dat er een diagnostiek+behandel-beschikking in 1x wordt afgegeven voor 4000 minuten. Vanaf 2023 zie ik 2 losse codes voor diagnostiek 54052 en behandeling 54053 en zullen er waarschijnlijk 2 losse beschikkingen aangevraagd moeten worden. Klopt dit? -Hoeveel minuten zijn er voor diagnostiek beschikbaar en hoeveel voor behandeling? -En tevens de vraag bij zowel minuten als stuks of de beschikking voor diagnostiek wordt afgegeven voor 2 jaar na startdatum of 1 jaar na startdatum? Ik ga er even vanuit dat voor behandeling iig de beschikking wordt afgegeven voor 2 jaar na startdatum. Alvast hartelijk bedankt voor het beantwoorden van onze vragen.	Er worden inderdaad 2 productcodes afgegeven vanaf 2023, 1 code voor diagnostiek en 1 code voor behandeling. In de voorwaarden van de inkoop is in eis 106 omschreven dat de dyslexie aanbieders moeten voldoen aan de werkwijze omschreven in het Protocol Diagnostiek en behandeling van het NKD. Van de aangevraagde minuten en duur in de VOT ingediend door de aanbieders, verwachten de gemeenten dan ook dat de richtlijnen vanuit de NKD worden aangehouden.
Wanneer is diagnostiek licht en wanneer zwaar? Dit is aangegeven in het overzicht budgetten bij GGZ.	Of een diagnostiek als licht of als zwaar gezien wordt, wordt mede bepaald door het aantal uren inzet en door de inzet van de verschillende hulpverleners. Gebruik de rekenhulp om tot een goede afweging te komen.
VOT max budget 5 wettelijk verwijzer moeten we dit standaard goedkeuren? Wat zijn de werkafspraken hierover gemaakt? Mogen we hierover wel nog in gesprek gaan met de aanbieder die het VOT indient?	Conform het RAP hoofdstuk 4.2.1. is het voor een Jeugdige mogelijk om zich zonder tussenkomst van de Gemeente via huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen te melden bij een jeugdhulpaanbieder. Indien de jeugdige/het gezin zich meldt, bij een gecontracteerde jeugdhulpaanbieder, via de Wettelijke verwijzer, heeft de jeugdhulpaanbieder de mogelijkheid om een standaardbudget van maximaal 8000 euro (of het budget behorend tot de standaardbudgetten 1 t/m 5) aan te vragen bij de gemeente.
Waarom de standaard budgetten af te geven en niet de uitkomst van de rekentool? Hoe hard is de afspraak dat de budgetten worden afgegeven en niet de uitkomst?	Het toewijzen van ambulante jeugdhulp via een standaard of offertebudget is een fundamenteel onderdeel van het nieuwe inkoopmodel. Het is niet de bedoeling om de uitkomst van het rekenhulp ambulant toe te wijzen, maar één van de maximale standaard budgetten te kiezen. Indien de uitkomst van de rekenhulp hoger is dan €20.000, dan wordt de toewijzing wel afgegeven voor het exacte uitkomst van de rekenhulp via een offerte budget.
Komt er, net zoals voor wonen/verblijf, een document waarin we kunnen zien welk groepsaanbod van de aanbieder valt onder licht, middel, middel-zwaar, zwaar? Ik zou dat erg wenselijk vinden. We zijn nu al aan de slag met het nieuwe toewijzen en weten eigenlijk niet welke groep waaronder hoort.	De gecontracteerde intensiteiten groepsaanbod van een aanbieder zijn weergegeven in de Beschikbaarheidswijzer. Er zijn geen groepsnamen, doelgroepen en aantallen bekend per aanbieder. De wenselijkheid van deze informatie is uit meerdere kanten naar voren gekomen. Deze staat dan ook reeds op het wensenlijstje voor de doorontwikkeling.
Inmiddels is de eerste aanvraag de deur uit m.b.t. de nieuwe werkwijze. Hopelijk is dit goed gegaan. We hebben een overleg gehad en toch nog een aantal vragen rondom de nieuwe werkwijze/implementatie; •Vooraf moeten we bekijken welk budget we nodig hebben. Hier kunnen we ook gebruik maken van het rekenmodel. Dat is allemaal duidelijk. Wat nu als blijkt dat we tijdens de behandeling merken dat we toch nog verlenging van de looptijd of van het aantal minuten nodig hebben. Is het dan mogelijk om een verlenging aan te vragen? Voorheen kon dit gewoon, maar we zijn benieuwd hoe dit nu gaat. Blijft dit onveranderd? Uiteraard begrijpen we dat we een onderbouwing moeten sturen m.b.t. de verlenging. •Zijn er regels m.b.t. heraanmelding? Dat wil zeggen dat indien een cliënt toch wil terugkomen, we dan voor dezelfde client ook weer een indicatie mogen aanvragen? Zit er een bepaalde tijd tussen dat we een nieuwe indicatie mogen doen? •We nemen aan dat voor alle gemeenten regio IJsselland de nieuwe werkwijze geldig is. Dit omdat we eerdere jaren per gemeente een bepaald aantal minuten mochten aanvragen. Dit was per gemeente verschillend. Kunnen we ervan uitgaan dat deze werkwijze voor alle gemeenten van de regio geldig is?	vraag 1 conform inkoopdocument paragraaf- 8.6 eis 80 zijn er een aantal redenen om een wijziging aan te vragen. De route is nader uitgewerkt in het Regionaal toegangsprotocol. Vraag 2 conform inkoopdocument paragraaf 7.3 eis 19 Opdrachtnemer garandeert de zo snel als mogelijke hervatting van Hulpverlening indien ten behoeve van een Jeugdige binnen vier maanden na beëindiging van Hulpverlening toch weer noodzaak bestaat tot diezelfde hulp. Dit kan enkel met een geldige toewijzing, daarnaast moet Opdrachtnemer contact opnemen met de lokale toegang. Er moet altijd een schriftelijke onderbouwing worden aangeleverd bij de Toegang. vraag 3 De uniforme regionale werkwijze is vastgelegd in het Regionaal ToegangsProtocol. Deze werkwijze is leidend.
Ik heb een vraag inzake de tariefgroepen waarmee gedeclareerd kan worden door een aanbieder , Ik zie in het overzicht wat functioneel beheer van jullie heeft ontvangen vermeld staan, dat een aanbieder is ingeschreven op perceel 1 JHA en hierop met Tariefgroep 1 t/m 7 J&O / LVB kan declareren. Op basis van het concept RTP wat er ligt, schat ik in dat een aanbieder valt onder tariefgroep 4. In de praktijk kan zij nu echter ook declareren op tariefgroep 7, terwijl zij een dergelijke functie helemaal niet uitvoert / biedt. Mijn vraag is, hoezo mag een aanbieder op alle tariefgroepen (1 t/m 7) declareren? Of zijn alle tariefgroepen bij perceel 1 t/m 6 allemaal standaard opengezet bij de betreffende aanbieders? Indien dat laatste het geval is, hoe gaan wij dit dan allemaal controleren of er wel juist wordt gedeclareerd?	Alle tariefgroepen zijn standaard opengezet voor alle aanbieders en hebben ze de mogelijkheid op alle tariefgroepen declareren. Er zijn enige restricties benoemd voor herstel/duurzaam. Voordeel is dat als opdrachtnemer eenmalig bv een psychiater of arts inzet, deze uren ook kan declareren en zelf kan verrekenen met betreffende functionaris. Er hoeft daar dan geen nieuwe toewijzing voor worden afgegeven. Hoe we gaan controleren of de inschaling in de juiste tariefgroep heeft plaatsgevonden, wordt geconcretiseerd in het nog op te stellen beheersplan.
Ik heb een vraag over onderstaande paragraaf, het stukje onder Uitzondering. Wat gebeurt er bij een client die nu een toewijzing heeft voor ambulant en Verblijf, of ambulant en Pleegzorg, of dagbehandeling en verblijf of dagbehandeling en pleegzorg? Krijgt die zowel een nieuwe toewijzing voor ambulant of dagbehandeling als voor verblijf of pleegzorg? En hoe wordt bepaald welke ambulante toewijzing er komt?	De toewijzingen van wonen en verblijf dienen omgezet te worden (en dus ook pleegzorg) per 31-12-2023. De ambulante zorg toewijzing loopt door in 2023. Daar waar ambulant een onderdeel was van verblijf wordt dit in 2023 gesplitst en ontvangt u voor zowel verblijf als ambulant 2 verschillende toewijzingen. Voor meer informatie kunt u terecht op de website van RSJ, onderwerp migratie wonen/verblijf.
Wij hebben een vraag t.a.v. de omzetting van de producten 2022 naar 2023. Wij hebben cliënten in zorg met de combinatie van behandeling en Wonen. Vanaf 2023 krijgen wij hiervoor twee toewijzing; een toewijzing voor verblijf/wonen en een ambulante toewijzing. Echter hoe wordt de migratie uitgevoerd voor de cliënten die in 2022 nog een combinatie behandeling en Wonen hebben en overgaan naar 2023? We krijgen nu lijsten vanuit de gemeenten maar hierin wordt alleen gevraagd wat de nieuwe productcodes Verblijf/Wonen voor 2023 zouden moeten worden. Voor de cliënten die momenteel behandeling krijgen (in 2022 onderdeel van de verblijfsindicatie) en de behandeling nog doorloopt in 2023, is geen ruimte in het format opgenomen. Voor het wonen krijgen we een nieuwe toewijzing per 1 januari maar voor het ambulante deel moet er dan nog een aparte toewijzing worden afgegeven. Hoe wordt dit bepaald? Moeten wij als zorgaanbieder zelf aangeven hoeveel behandeling er nog nodig is en voor welke duur? Moeten we dit dan op basis van een keuzebudget aangeven of op basis van de productcode 2022 met daarbij het aantal min/uur per week en duur van de lopende behandeling? En hoe moeten we dit aanleveren? Is hiervan ook een format? Graag zou ik toelichting willen ontvangen hoe we dit voor deze cliënten kunnen inregelen.	Conform het werkproces op de website van RSJ IJsselland kunt u voor de cliënten die naast wonen/verblijf ook een toewijzing voor ambulant nodig hebben een regel toevoegen in het aangeleverde format. In overleg met de gemeente bepaalt u of er een standaardbudget kan worden afgegeven of dat er eventueel een offerte budget nodig is. U kunt de rekenhulp als middel gebruiken.

Indien er medicatiecontrole na afsluiten van behandeling nodig is was er in het “oude systeem” een code in het middensegment beschikbaar...in het nieuwe systeem zien we die mogelijkheid niet. Bij segment duurzaam zien we dat de psychiater niet ingeschakeld kan worden en in het segment herstel hebben we de max duur. Hoe dient te worden opgelost in toewijzingen?	De begrippen herstel en duurzaam geven richting aan de te verwachte zorginzet. Rondom medicatie controle zijn veel vragen. Na instellen van de medicatie zou dit ook wenselijk zijn specifiek met elkaar werkafspraken van te maken. Dit punt is reeds als input op het regionaal toegang protocol binnen gekomen. Na 01-01-2023 wordt dit punt verder opgepakt. met als doelstelling om te onderzoeken of werkafspraken wenselijk/mogelijk zijn en die dan met elkaar te maken. Graag nemen we uw input mee en komen we hier in Q1 op terug. Voor nu is het praktisch met elkaar om gaan en in goed onderling overleg toewijzen wat er nodig is.
1. Is er een format beschikbaar of welke vragen willen jullie beantwoord hebben of welke gegevens moeten beschikbaar zijn indien er een offerte budget dient te worden afgesproken tussen gemeentelijke toegang en zorgaanbieder 2. En indien via de verwijzing via medisch specialist of huisarts meer nodig is dan budget 5 maar genoeg genomen kan worden met budget 6,7 og 8 dient er dan ook een format met vragen te worden beantwoord?	1. Voor het aanvragen van een offertebudget is dezelfde informatie nodig vanuit de rekenhulp ambulant als voor een standaard budget. 2. Conform eis 72. In het geval van een verwijzing via de Huisarts, medisch specialist of jeugdarts is de basisregel dat Opdrachtnemer bij een hulpverleningstraject dat naar verwachting meer kost dan 8000 euro eerst contact opneemt met Opdrachtgever om in aanmerking te komen voor vergoeding.
U heeft de rekentool in het nieuwe IJssellands model beschikbaar om te gebruiken om tot een keuzebudget te komen. Wij merken dat bij het werken met het rekentool we niet uit de voeten kunnen met deze indeling: wij leggen hieronder uit waarom: Het rekentool maakt gebruik van een aantal rektarieven: -Overwegend begeleiding en lichte hulp -Zwaardere hulp en behandeling (niet ggz) -Reguleren / kleinere ggz instellingen -Grote ggz instellingen/academisch Dit gaat uit van een inzet anders dan waar Ambiq voor wordt benaderd, gevonden en uitvoert en wekt daarom verwarring. Waar zijn de rektarieven op gebaseerd en kunnen deze nog worden aangepast? Beter passend zou het zijn om het meer op functieniveau tot een keuzebudget te komen of iets dergelijks. Het toevoegen van een extra categorie zou ook een oplossing kunnen zijn. Wanneer er een hulpvraag/resultaat wordt gevraagd waarvoor bijvoorbeeld een IOG traject wordt ingezet vanuit Ambiq dan zetten wij hier medewerkers uit TG3 en TG5 voor in: een rektarief voor zwaardere hulp en behandeling (niet ggz) zou dan logisch zijn voor een verwijzer om aan te vinken: dit pas echter niet bij deze inzet. Risico dat wij voorzien met de huidige werkwijze is dat er onduidelijkheid tussen aanmelder en onze intake ontstaat. Wij horen graag welke oplossing hiervoor gevonden kan worden.	In de nieuwe versie 1.1 van de rekenhulp ambulant is dit opgelost.
Zorgaanbieders krijgen straks een standaardbudget, zij declareren aan de hand van 7 functiegroepen. Elke functiegroep (mbo, hbo, wo) heeft zijn eigen tarief per minuut. Hoe weten we of een zorgaanbieder declareert op de juiste functiegroep? Bijvoorbeeld: een zorgaanbieder die zichzelf wel psycholoog of psychiater vindt, maar opleidingsniveau HBO heeft. Wat als deze zorgaanbieder alles declareert op het WO (psychiater) tarief? Kunnen we dit controleren en/of checken? Hebben we daar zicht op? In het kader van de (te snelle) uitnuttig van een budget, zou dit een punt zijn waar we uiteindelijk inzicht in willen hebben om te kunnen bekijken of de declaratie klopt ten opzichte van het opleidingsniveau van de hulpverlener.	Hoe we gaan controleren of de inschaling in de juiste tariefgroep heeft plaatsgevonden, wordt geconcretiseerd in het nog op te stellen beheersplan.
Er is intern wat onduidelijkheid over de toewijzing van het kortdurend verblijf. Ik meende dat naast het toewijzen van de verblijfscode er ook een apart budget voor het groepsaanbod gegeven zou worden (middels een budget voor ambulant aanbod), wanneer er overdag ook begeleiding groep wordt geboden. Klopt dit? Of zijn de nieuwe verblijfscodes inclusief eventueel groepsaanbod?	Conform inkoopdocument paragraaf 7.1.8 is bij het toewijzen en bekostigen een scheiding gemaakt tussen Wonen en Verblijf enerzijds en de individuele en groepshulp (Ambulante jeugdhulp) anderzijds. In bijlage XIV wordt benoemd dat het tarief voor wonen en verblijf de kosten dekt van het verblijven, inclusief de pedagogisch medewerkers en (indien opgenomen in de productbeschrijving) de beperkte inzet van een gedragswetenschapper ten behoeve van het pedagogisch klimaat. Alle activiteiten die tijdens de openingsuren worden verricht door de (ingeroosterde) pedagogisch medewerkers vallen – gezien vanuit de bekostiging - onder het wonen en verblijf, ook als deze activiteiten door de Opdrachtnemer inhoudelijk zouden worden aangemerkt als behandelactiviteit.
Mij is gevraagd om n.a.v. de informatie over de voor ons gewijzigde tariefstructuur (minutenregistratie) na te vragen of deze voor dyslexie ook gemaximeerd zal worden. Hierover kunnen we verder geen informatie terugvinden. Kunt u mij hierover misschien informeren? Of aangeven waar ik deze informatie zou kunnen vinden? Als aanvulling hierop ben ik nog benieuwd naar het volgende: Wij hebben een aantal cliënten die in 2022 zijn gestart met diagnostiek en die in 2023 zullen starten met behandeling. Worden deze trajecten dan nog gezien als 2022 trajecten en ook op die manier bekostigd? Of gaan zij over naar de 2023-manier en dus facturatie per minuut? Weet u het antwoord op die vraag? Zo niet, zou u deze vraag dan ook willen doorzetten naar het VTT?	Conform eis 106 uit het Inkoopdocument wordt verwacht dat het advies van de school, de diagnose en behandeling in beginsel voldoet aan de eisen gesteld in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 3.0. Van de Opdrachtnemer wordt verwacht handelingsgericht om te gaan met de gestelde met de genoemde behandelduur en frequentie. In 2.5.3 van het Protocol staat dat voor het gehele diagnosetraject gemiddeld 12 uur gerekend dient te worden. In 3.7 van het Protocol staat dat de duur van het behandeltraject voor het merendeel van de cliënten tussen de 45 en 65 uur ligt. Er wordt net als in 2022 specifiek toegewezen. De doorlopende toewijzingen in 2023 uit 2022 hoeven niet te worden omgezet aangezien de afgifte datum zorgtoewijzing leidend. Als die in 2022 is, dan wordt de werkwijze uit 2022 gevolgd. Is de zorgtoewijzing afgegeven op een datum in 2023, dan wordt de werkwijze uit 2023 gevolgd.
Is het al bekend waar aanvragen van aanbieders om aanspraak te maken op de meerkostenregeling naar toe kunnen?	Op 20 december jl. is een mail uitgestuurd naar alle zorgaanbieders over de Meerkostenregeling. Het RSJ IJsselland neemt de coördinatie van dit proces voor de IJssellandse gemeenten voor haar rekening. Alle aanvragen die uiterlijk 15 februari 2023 ontvangen zijn op administratie@rsj-ijsselland.nl zullen in behandeling worden genomen.
Voor de JGGZ declaraties gelden tariefgroepen. Bij verwijzing via huisarts: Wanneer binnen 1 behandeltraject zorg geleverd wordt door mensen uit tariefgroep 4 in combinatie met mensen uit tariefgroep 3, welk product ga ik dan aanvragen? Welke productcode? En voor hoeveel minuten? Met betrekking tot de bijlage van het definitieve voorzieningenboek uit de 2e informatiebrief van 1-11-2022: Ik zie daar geen bijlage staan. Kunt u die alsnog sturen en ook op de site vermelden?	Er is een verschil tussen Categorie code en productcode. De Toewijzingen worden A-specifiek op categorie 50 afgegeven (cel productcode is dan leeg). De declaraties dienen te worden gedaan onder de productcodes gekoppeld aan de tariefgroepen van de medewerkers. Het aantal te declareren minuten hangt af van de tijd die ingezet is door de betreffende hulpverlener(s) uit de verschillende tariefgroepen. Het voorzieningenboek is geplaatst op onze website: https://www.rsj-ijsselland.nl/inkoop/faq-documenten

Kunnen we een beschrijving toevoegen van de begeleidingsintensiteit bij wonen en verblijf en wat er verwacht mag worden qua begeleiding binnen het wonen.	Het verblijven in een woon- of verblijfsgroep is inclusief pedagogisch klimaat. Verblijf bevat altijd een vorm van toezicht en begeleiding. Onder het pedagogisch klimaat vallen alle activiteiten die worden uitgevoerd door de groepsbegeleiders in de tijd dat deze staan ingeroosterd als groepsbegeleider. Let op: ingeroosterde groepsbegeleiders leveren dus per definitie (groeps)begeleiding, ook als hun activiteiten feitelijk therapeutisch van aard zouden zijn. In de meeste gevallen zullen de activiteiten groepsgebonden activiteiten zijn (samen koken, samen eten), maar het is ook denkbaar dat tijdens de roosteruren jeugdigen even één op één begeleiding krijgen. Deze één-op-één begeleiding is dan altijd woon-/verblijfsgebonden. Dit betekent: gesprekken over hoe het gaat op de groep, al dan niet in aanwezigheid van de ouders. De beperkte inzet van een gedragswetenschapper valt óók onder het product wonen/verblijf, maar wel specifiek gericht op het ondersteunen van de pedagogische medewerkers en niet ter behandeling van jeugdigen. Ondersteuning thuis bij de ouders valt nooit onder wonen, net als alle vorm van begeleiding of behandeling die wordt uitgevoerd door niet-ingeroosterde begeleiders of door behandelaars. Concluderend: de pedagogisch klimaat kun je zien als de activiteiten die in een thuiswoon situatie door ouders/verzorgers worden gegeven. 1-op 1 behandeling/begeleiding met extra doelen buiten het leefklimaat op de groep zal separaat moeten worden toegewezen via een Cat 50 toewijzing voor ambulante zorg. In het inkoopdocument in bijlage XIV kunt u de declaratieregels lezen voor verblijf.
Ik zie in deze brief dat het voorzieningenboek ook beschikbaar zou zijn op de site .. maar volgens mij staat hij er niet tussen	Het voorzieningenboek is geplaatst op onze website: https://www.rsj-ijsselland.nl/inkoop/faq-documenten
Bij de inschrijving van de aanbesteding hebben wij moeten aangeven of en zoja met welke onderaannemers wij werken. Hoe werkt het als wij bij een individuele casus met een onderaannemer zouden willen werken die niet is doorgegeven, maar wel door onze kwaliteitscheck is gekomen. Is dit mogelijk?	Dit is mogelijk. Met de komst van de nieuwe overeenkomst Specialistische Jeugdhulp per 1 januari 2023 gelden er nieuwe voorwaarden voor hoofdaannemers. Conform Nota van Inlichtingen (NvI3) vraag 23 geldt er een meldingsplicht voor onderaannemers. Hieronder wordt niet verstaan inhuren van medewerkers en zelfstandigen zonder personeel (ZZP). Conform artikel 7 van de Overeenkomst Specialistische Jeugdhulp is de hoofdaannemer volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor de door de onderaannemer geleverde jeugdhulp. Ook de hulpverlening van de onderaannemer dient te voldoen aan de (kwaliteits)eisen die worden gesteld in de overeenkomst en inkoopdocument incl. bijbehorende bijlage. Mocht er gedurende de looptijd van de overeenkomst een onderaannemer bijkomen dan dient de opdrachtgever dit voor de werkzaamheden aanvangen te melden via contractbeheer@rsj-ijsselland.nl o.v.v. melding onderaannemer.
We krijgen van een zorgaanbieder die pleegzorg biedt het volgende te horen Deeltijdpleegzorg met een maximaal van 3 etmalen per week valt onder intensiteit B Deeltijdpleegzorg boven 3 etmalen per week valt onder intensiteit A Ik heb deze informatie nergens kunnen terug vinden of iets over gelezen. Onze vraag is of bovenstaande klopt?	In het inkoopdocument paragraaf 9.7.1 staat de uitleg over deeltijd en voltijdspleegzorg. Dit geeft geen concreet antwoord op je vraag. De Memo 'versterken pleegzorg' bespreken tbv AO 31 augustus 2020 geeft de volgende definitie "Onder deeltijdpleegzorg wordt verstaan een opvang met een maximum van 3 dagen per week of opvang gedurende vakantieperiodes". Deze definitie is daarna nooit gewijzigd of bijgesteld.
Onlangs ontvingen wij van gemeente Raalte onderstaande mail wat betreft de toewijzingen in minuten. Kunnen wij ervan uitgaan dat Steenwijkerland, Zwartewaterland en Zwolle ook dezelfde minuten hanteren m.b.t. de toewijzing? Mail Raalte: Vanaf 1 januari 2023 werken wij vanuit de Jeugdwet met het nieuwe inkoopmodel, opgesteld vanuit het RSJ IJsselland. Voor dyslexie houdt dit in dat wij vanaf 1 januari 2023 toewijzingen gaan afgeven op basis van de volgende productcodes: -Productcode 54052: diagnostiek/ onderzoek ED (per minuut) -Productcode 54053: behandeling voor een jeugdige met ED (per minuut) Bij deze willen wij jullie aangeven dat we voor diagnostiek standaard 900 minuten zullen gaan afgeven en 3500 minuten voor de behandeling. Dit aantal minuten kunnen jullie als standaard opnemen in jullie verzoeken om toewijzing / Jw315 berichten. Dit aantal minuten is gebaseerd (op advies van het RSJ IJsselland) op de stuksprijzen die zijn afgesproken: Diagnostiek € 1.518,- / € 1,68 per minuut = 903 minuten Behandeling € 5.620,- / € 1,60 per minuut = 3512 minuten	Dit kan per gemeente verschillend zijn. Er geen contractuele afspraken en regionale werkafspraken gemaakt over het aantal minuten over dyslexie. Dit is een individuele werkwijze van deze gemeente, kan dus per gemeente en casus verschillend zijn.
We zijn een beetje in verwarring over de tarieven. Waarom ontvangen we vanaf 2023 een lager tarief voor GGZ 54002 dan in het verleden? We zien dat er verschillende tarieven zijn om te declareren, die soms lager zijn.	De systematiek in voorgaande jaren was dat er voor de ambulante inzet gewerkt met een mix tarief. Elke medewerker van de betrokken organisatie werd betaald met hetzelfde tarief of het nu een vaktherapeut of arts betrof. In het huidige inkoopmodel kan er gedeclareerd worden op de inzet van de daadwerkelijke functie. Dit leidt tot een reëler tarief voor de inzet. De overgang van het mixtarief naar een tarief per functie kan voor sommige functies betekenen dat daar nu een lager tarief voor geldt dan vorig jaar.
Wij hebben een casus waarbij een jongere in een gezinshuis woont. Door omstandigheden wil het gezinshuis ervoor kiezen dat de jongere eens in de maand elders gaat logeren. Zij vragen hiervoor aan ons een extra indicatie zodat het logeren geregeld kan worden. Als wij het inkoopdocument lezen dan valt elders logeren, vakantie of ziekte vervanging onder verantwoordelijkheid van het gezinshuis? Klopt het als wij zeggen dat inzet van logeren kan, maar dat bekostiging dan door gezinshuis/zorgaanbieder (vanuit de lopende indicatie) gedaan moet worden?	Conform het inkoopdocument paragraaf 9.7.2 dienen de tarieven voor gezinshuiscare ter dekking van alle kosten, inclusief logeren/vervanging bij vakantie of ziekte van de gezinshuisouder(s). Dus je redenatie klopt.
Inmiddels is het oefenen nieuw inkoopmodel van start gegaan. Onlangs is de rekenhulp aangepast. Er wordt in ons geval (GGZ-aanbieder 1) gerekend met een gemiddeld tarief van €1,58 per minuut. Binnen onze organisatie werken wij gezien de hulpvragen die bij ons komen en wat daarvoor nodig is (op basis van geldende richtlijnen) met de functiegroepen TG4 (Orthopedagoog), TG5 (GZ-Psycholoog of Verpleegkundig Specialist) en TG6 (Psychiater). De functietarieven die daarbij horen zijn in ons geval TG4 €1,80, TG5 €2,04 en TG6 €3,28. Wij komen daarom nooit aan een gemiddeld tarief van €1,58. Terwijl de totale kostprijs van onze trajecten naar mijn idee wel lager liggen. Het rekentarief in de rekentool geeft wat verwarring in de afstemming met de lokale toegang.	Conform de invulinstructie van de rekenhulp bij vraag 13 is wordt op basis van vraag 12 het gemiddelde uurtarief van de 7 functieniveaus (functiemix) getoond uit de betreffende tariefklasse. Dit gemiddelde is gebaseerd op de FTE-opgave van alle aanbieders bij de inschrijving in de inkoopprocedure per tariefklasse. Via vraag 14 is hier voor de specifieke casus van af te wijken via een afwijkend uurtarief, als op voorhand al duidelijk is dat de inzet een andere gemiddeld uurtarief zal vragen.

In IJsseland zijn wij gecontracteerd voor dyslexiebehandelingen. Wij zijn nu e.e.a. aan het inregelen voor het nieuwe contract en zien dat het de bedoeling is dat bij de regio's (redactie: sommige gemeenten) die kiezen voor 'stuks' een eerste factuur na 9 maanden verstuurd moet worden. We zijn benieuwd naar de gedachte hier achter. Het gaat ons namelijk heel veel handmatig werk kosten, ik verwacht niet dat dat jullie intentie is. In dit geval factureren we dan liever 100% aan het eind van het traject. Zou dat ook een mogelijkheid zijn?	Achteraf declareren is niet mogelijk, tenzij de behandeling binnen 9 maanden stopt. Deze afspraak is een gevolg van een intensief afstemmingstraject met aanbieders en gemeenten. Volgens het protocol NKD 3.0 (Nederlands Kwaliteitsinstituut Dyslexie) is de gemiddelde behandeluur 65 uur verdeeld over 14 tot 20 maanden, uitgaande van 1 behandlesessie per week van 45 a 50 minuten. Er is gekozen voor deze manier van declareren om te voorkomen dat aanbieders 14 tot 20 maanden moeten voorfinancieren, waardoor een gezonde bedrijfsvoering in het geding zou kunnen raken. Daarnaast houd je het aantal keer declareren overzichtelijk wat de administratieve lasten voor beide partijen ten goede komt. Deze afspraak is dus geldend in onze regio. Hiervan kan niet afgeweken worden.
We zijn een beetje in verwarring over de tarieven. Waarom ontvangen we vanaf 2023 een lager tarief voor GGZ 54002 dan in het verleden? We zien dat er verschillende tarieven zijn om te declareren, die soms lager zijn.	De systematiek in voorgaande jaren was dat er voor de ambulante inzet gewerkt met een mix tarief. Elke medewerker van de betrokken organisatie werd betaald met hetzelfde tarief of het nu een vaktherapeut of arts betrof. In het huidige inkoopmodel kan er gedeclareerd worden op de inzet van de daadwerkelijke functie. Dit leidt tot een reeeler tarief voor de inzet. De overgang van het mixtarief naar een tarief per functie kan voor sommige functies betekenen dat daar nu een lager tarief voor geldt dan vorig jaar.
In de inkoopvoorwaarden kan ik niets lezen over het volgende, mogelijk willen jullie mij helpen. Wanneer je in een lopend traject een aantal cliënten hebt, die voor een gedeelte van de behandeling in een groep zouden kunnen / moeten functioneren: hoe declareer je dat? Bijvoorbeeld: we krijgen een vraag binnen van een client, waarbij we voor de diagnostiek en een gedeelte van de behandeling 1-op-1 werken. Een ander gedeelte van de behandeling zouden we dan uit groepssessies willen laten bestaan: op welke manier kun je dit dan het best declareren? Gewoon bij een groep van 5 personen 1/5 van de tijd, of is er een andere manier die daarvoor beter werkt?	Conform inkoopdocument artikel 8.5.1. (aandachtspunt 3) is het mogelijk dat gelijktijdig meer dan één cliënt met geldige Toewijzing aanwezig is tijdens een sessie Ambulante jeugdhulp. Het is eveneens mogelijk dat méér dan één ambulant hulpverlener aanwezig is. De algemene regel in deze situaties luidt: iedere tijdens een bijeenkomst aanwezige ambulant hulpverlener verdeelt zijn cliëntgebonden tijd gelijk over de aanwezige cliënten met een Toewijzing.
Graag neem ik je even mee in een issue waar wij op dit moment tegenaan lopen. In de procesgang rondom het invullen van de rekentool is aangegeven dat dit bij (her-)indicaties in gezamenlijkheid tussen aanbieder en gemeente (Toegang)gebeurt. In de praktijk zien we echter wat anders en worden we geconfronteerd reeds vastgesteld tarief. Hierin is het gemiddelde tarief als uitgangspunt wordt genomen terwijl er sprake is van een specifieke functiemix. In voorkomende gevallen komen we simpelweg niet uit met het gemiddelde tarief omdat er bijvoorbeeld inzet is vanuit een gezinscoach of een gedragswetenschapper. Om versnippering van werkwijzen te voorkomen zouden we dit graag opgepakt zien worden vanuit de inkoopregio. Hiermee voorkomen we onnodig nawerk en herstel. Ik hoor graag even terug hoe dit wordt opgepakt.	Conform de invulinstructie van de rekenhulp ambulant kan bij vraag 13 worden afgeweken van het gemiddelde uurtarief van het perceel. Dit kan door het invullen van een afwijkend uurtarief, als op voorhand duidelijk is dat de inzet een andere zwaarte, dus gemiddeld uurtarief zal vragen.
Wij merken dat Trias nu tariefgroep 4 rekent voor hun ambulante hulpverleners als Jeugdzorgwerker A, terwijl wij uitgaan van Ambulant Hulpverlener A (tariefgroep 3) Dit maakt in sommige offertes nogal wat uit. Kunnen jullie uitsluitsel geven wat de juiste inschaling is voor de rekenhulp?	De juiste inschaling van de jeugdzorgwerker A bij Trias is tariefgroep 4. Conform paragraaf 8.5.1 van het inkoopdocument en bijlage XII staat de functie Jeugdzorgwerker A in in de Beroepenlijst zowel in tariefgroep 3 als in tariefgroep 4 opgenomen. Het gebruik van de functie jeugdzorgwerker A in tariefgroep 4 is voorbehouden aan instellingen, waaronder perceel 2 t/m 5. Voor andere aanbieders geldt altijd dat de jeugdzorgwerkers A vallen in tariefgroep 3.