

## 2<sup>e</sup> Nota van Inlichtingen: Jeugd GGZ – gemeente Urk en Noordoostpolder

De inhoud van deze Nota van Inlichtingen maakt deel uit van de aanbestedingsstukken. Daarmee maakt deze Nota van Inlichtingen ook deel uit van het overeen te komen contract. Bij verzending van deze Nota van Inlichtingen staan in beginsel alle eisen vast en kunnen niet meer worden gewijzigd.

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

In deze Nota zijn de verduidelijkingsvragen opgenomen die zijn gesteld naar aanleiding van de vorige Nota. In het cursief zijn de vragen en antwoorden uit de vorige Nota van Inlichtingen opgenomen .

Deze geanonimiseerde Nota van Inlichtingen is d.d. 5 november 2021 gepubliceerd op TenderNed. Het aangepaste programma van eisen wordt nader gepubliceerd op TenderNed.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
1	Juridisch	Indexatie	6.1., blz. 28: Vermelde tarieven 2022 in het programma van eisen zijn exact conform 2021. Daaronder staat vermeld dat bij het vaststelling van de begroting bepaalt wordt of de tarieven worden geïndexeerd. Betekent dit voor 2022 dat dit nog plaats moet vinden en tarieven nog geïndexeerd worden?	<p>Nee, er is geen sprake van indexering. De tarieven in het programma van eisen zijn de tarieven voor 2022 zoals we die in 2022 hebben vastgesteld. Voor de BGGZ is dit overeenkomstig het tarief 2021. Voor de SGGZ is sprake van een hoger tarief als in 2021.</p> <p><i>In de overeenkomst is opgenomen: De tarieven zoals genoemd in de Offertaanvraag Jeugd GGZ, zaaknummer 202110049418 en bijlagen zijn van toepassing vanaf 1 januari 2022.</i></p>
2	Juridisch	Indexatie2	6.1., blz. 28: Op basis waarvan, op basis van welke uitgangspunten bepaalt de gemeenteraad of de tarieven geïndexeerd worden?	<p><i>Indexatie wordt in principe jaarlijks toegepast. Hierbij is o.a. de CAO wijziging een inputparameter. Wel wordt er daarnaast ook naar andere zaken gekeken, enerzijds omdat de CAO wijziging wel een groot deel van de kosten vertegenwoordigt, maar niet alle kosten. En de kosten zijn op haar beurt niet alleen bepalend voor het tarief. Het tarief is een samenspel van kostenniveau en productiviteit/inzet, er kan dus ook sprake zijn van een ontwikkeling op het gebied van de benodigde inzet, die van invloed is op de tariefaanpassing.</i></p>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
				<i>Wanneer er is slechts sprake is van enkel een CAO aanpassing en alle overige omstandigheden gelijkblijvend zijn, zal het tarief als gevolg van indexatie naar rato van het loonkostendeel stijgen.</i>
3	Juridisch	Indexatie3	<i>6.1, blz. 28: Is er een reden waarom de gemeente niet aansluit bij de wijze van indexeren zoals de NZa dit op de zorgtarieven doet, op basis van de OVA. Dit is immers een neutrale, reële manier van vaststelling van indexering die recht doet aan de werkelijke indexering van kosten waar we mee te maken hebben. (zie: <a href="https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten">https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten</a>: De indexering van de personele kosten gebeurt op basis van een percentage dat de overheid vaststelt: de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). De OVA wordt berekend op basis van cijfers die het Centraal Planbureau publiceert. Voor de tariefberekening gebruiken wij de cijfers die het CPB publiceert (meestal in maart) in het Centraal Economisch Plan)</i>	<i>Daar is geen specifieke reden voor. In het verleden hebben we er voor gekozen om de indexering voor de JGGZ te baseren op de ontwikkeling van de CAO GGZ, omdat deze recht doet aan de (loon)kostenontwikkeling van de meeste aanbieders in de JGGZ.  De OVA heeft een breder perspectief en is minder CAO gebonden. Dit heeft er in het verleden zelfs wel geleid tot meerdere percentages voor verschillende sectoren. Zo heeft iedere methode haar voors en tegens.</i>
4	Uitvoering	Tarief	<i>6.1., blz. 28: De tarieven staan vermeldt als 'p.p.m.'. Dit lezen wij als 'prijs per minuut'. Gezien het tarief identiek aan 2021 is, gaan wij er van uit dat de methodiek ook gelijk is, dus de prijs is per minuut (direct en indirect) clientgebondentijd. Klopt dit?</i>	<i>Dat is juist.</i>
5	Uitvoering	Tarief2	<i>6.2., blz. 28: Welk verband is er tussen de spelregels ten behoeve van de tarieven (6.2) en de tarieven (6.1)? Wij denken dat 6.2 relateert aan 1.3.1 en 1.3.2. waar de minimale inzet van direct clientgebonden tijd van een behandelaar vermeldt staat. Klopt dat?</i>	<i>6.2 is een nadere concretisering van welke tijd wel en niet declarabel is. En in geval van groepscontact op welke wijze de declarabele minuten per individu moeten worden bepaald. Tegen de in 6.1 genoemde tarieven.  1.3.1 en 1.3.2 zijn de paragrafen waarin de inhoudelijkere beschrijving ten aanzien van de producten die in 6.1 staat. In deze inhoudelijke beschrijving staat o.a. de minimale verhouding van inzet van behandelaars.</i>
6	Juridisch	Functies	<i>1.3.1. en 1.3.2. p7 en p11: Wij missen de categorie 'Master' in de tabellen waar de functiegroepen 'basispsycholoog en orthopedagoog' ons inziens thuishoren, die nu ontbreken. Kan deze toegevoegd worden of anderszins toegelicht worden hoe hiermee om te gaan?</i>	<i>In de tabellen met de functiemix zullen de categorieën als volgt nader worden geduid:  Categorie 2 = WO-master Categorie 3 = WO-master + specialisatie</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
				<i>Dit is aangepast in het Programma van Eisen en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v2'.</i>
7	<i>Uitvoering</i>	<i>Zwaarte BGGZ en diagnostiek SGGZ</i>	<i>Stip aan de Horizon blz 1 en Programma van eisen bladzijde 7 &amp; 8: Er wordt aangegeven dat de POH-GGZ de lichte basis ggz oppakt en dat de verwachting is dat er minder cliënten binnen de basis ggz gezien gaan worden. Hierdoor vindt er een verschuiving van de problematiek plaats en komt er binnen de Basis ggz zwaardere problematiek binnen, waardoor de vraag is of dit passend is binnen de 1000 minuten. Daarnaast staat er binnen het programma van eisen op bladzijde 8 aangegeven dat alle diagnostiek inclusief de LVB diagnostiek valt onder de SGGZ. Valt hieruit te concluderen dat wanneer een client zich meldt met een vraag voor diagnostiek deze alleen binnen de SGGZ opgepakt kan worden?</i>	<i>Naar verwachting zal er een afname binnen de Basis JGGZ plaatsvinden. De gemiddelde intensiteit binnen dit perceel ligt mogelijk hoger. Deze mogelijke hogere intensiteit past echter binnen de gehanteerde gemiddelde minutengrens van 1000 minuten. De exacte effecten van de POH'er worden in de komende periode gemonitord. Binnen de S jGGZ wordt uitgegaan van diagnostiek. Binnen de B jGGZ wordt uitgegaan van het inzetten van handelingsgerichte diagnostiek als vast onderdeel van de behandeling.</i>
8	<i>Uitvoering</i>	<i>Contact met gemeente bij noodzakelijke verlenging</i>	<i>Stip aan de Horizon blz 2 resultaat als uitgangspunt, wat gaan we doen: Er wordt gesproken over het betrekken van de gemeente wanneer verlenging noodzakelijk is en de gemeente nog niet is betrokken. Voor nu heeft de gemeente lange wachttijden voor het betrekken van een klantmanager voor een dossier. Vanuit het programma van eisen blz 17 3.4. tijdsnormen wordt aangegeven dat wij als zorgaanbieder uiterlijk 8 weken voor het verstrijken van de indicatie contact op moeten nemen om een afspraak in te plannen. Hoe gaat de gemeente dit organiseren? Als dit niet lukt, wat zijn dan de gevolgen voor het behandeltraject? In de alinea daaronder wordt aangegeven dat bij noodzakelijke verlenging een inhoudelijke onderbouwing wordt gevraagd en deze via het berichtenverkeer moet worden verstuurd. Dus wij lezen hierin 2 instructies voor hetzelfde; contact opnemen voor een afspraak en een bericht sturen via berichtenverkeer. Graag duidelijkheid over wat te doen? Wanneer moet je bellen voor een afspraak, wanneer verstuurt je een bericht via het berichtenverkeer?</i>	<i>De gemeenten zijn bekend met de wachttijden bij de gemeenten, er wordt hard gewerkt aan het oplossen van de capaciteitsproblemen.  Met het oog op planningen van cliënten, aanbieder en gemeente is het wenselijk om een ruimere periode voor de afloop van het traject een afspraak in te plannen. Hier is gekozen voor een periode van 8 weken. Waarbij er van uitgegaan wordt dat aanbieder al wel kan inschatten of een behandeling wel of niet afgerond kan worden na 8 weken.  Het versturen via berichtenverkeer blijft noodzakelijk voor de gebruikelijk digitale noodzakelijke processen via de administratie. Een centraal punt is hiervoor wenselijk. Met het oog op termijnen binnen behandeling is gekozen om de aanbieder zo ruim als mogelijk de tijd te geven om tot een onderbouwing te komen, wat aannemelijk is richting het einde van het traject.</i>
9	<i>Uitvoering</i>	<i>Geen toestemming ouders voor delen inhoudelijke</i>	<i>Uit de stukken blijkt dat de gemeente - wanneer de gemeente verwijzer is - altijd aanwezig wenst te zijn bij een intakegesprek en eindgesprek . Wat als ouders dit niet willen? En wat als ouders geen toestemming geven om verslaglegging te delen (bijv via het berichtenverkeer). Hoe dan te handelen? Of welke afspraken gelden er dan?.</i>	<i>Als de gemeente verwijzer is, zal de gemeente onderwerpen als privacy en het delen van gegevens met cliënten vooraf bespreken en hier de nodige afspraken over maken. Uitgangspunten hierin zijn dat de cliënten rechten hebben, maar een gemeente als verwijzer ook plichten heeft uit te voeren waarvoor informatie van belang is.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
		<i>informatie met gemeente</i>		
10	<i>Proces</i>	<i>Monitoring op cijfers en resultaten</i>	<i>Stip aan de Horizon blz 3; Monitoring; Er zal meer gemonitord worden op cijfers en resultaten; betekent dit dat er ook door de gemeente - conform de landelijke afspraken berichtenverkeer - einddatums en plafonds in minuten zullen worden meegegeven in de zorgtoewijzing? Alleen dan wordt het - ook voor ons - mogelijk om efficiënt te monitoren.</i>	<i>Voor deze aanbesteding is wel gekozen voor een einddatum met een daaraan gekoppelde minutenduur voor trajecten binnen de B jGGZ en S jGGZ. Doel is onder andere om aan de hand van data hierin te kunnen monitoren. Aan de hand hiervan wil de gemeente met aanbieders in gesprek.</i>
11	<i>Inhoud</i>	<i>Referentie</i>	<i>Offerteaanvraag Jeugd GGZ blz 15 en 18 Kerncompetenties uit de eigen regio; Er wordt gevraagd naar 1 referentie, is dat een referentie uit de regio? Zit er een limiet aan het aantal pagina's van de referentie?</i>	<i>Er wordt Inschrijvers gevraagd om via de bijlage `formulier kerncompetenties` per kerncompetentie één referentie in te dienen van een gelijksoortige kerncompetentie uit de afgelopen 3 jaar. Dit mag iedere geschikte referent zijn, dit is niet gebonden aan de regio.</i>
12	<i>Uitvoering</i>	<i>Product medicatie</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 9 Nazorg; Er wordt aangegeven dat er afgeschaald kan worden naar de huisarts en POH-GGZ voor standaard medicatiecontrole. In 2021 was het mogelijk om speciaal voor het instellen op medicatie een toewijzing te krijgen. Zijn er ook losse producten medicatie instellen en medicatie controle? Of valt dit alleen binnen de SGGZ?</i>	<i>Uitgangspunt is dat er meer afgeschaald wordt waar kan, waardoor de meeste vormen van nazorg bij de POH Jeugd GGZ en de huisarts worden belegd. Hierbij wordt gedacht aan standaard medicatiecontrole. Mocht hier wel een indicatie voor nodig zijn, dan valt dit onder de SGGZ.</i>
13	<i>Inhoud</i>	<i>GZ-psycholoog regiebehandelaar SGGZ</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 10 Functiemix SGGZ vrijgevestigden: Functiemix voor de vrijgevestigden voor het werken in de SGGZ en de functiemix voor instellingen komen niet overeen er zit een groot verschil tussen. Een GZ-psycholoog mag binnen een instelling als regiebehandelaar SGGZ fungeren, maar binnen een vrijgevestigde praktijk niet. Waarom niet? Wat is het verschil tussen de GZ-psycholoog binnen de vrijgevestigde praktijk en de instelling, qua opleiding en kwalificaties zit hier namelijk geen verschil tussen.</i>	<i>Zie antwoord vraag 6. De tabel voor de S jGGZ wordt aangepast in het Programma van Eisen en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v2'.</i>
14	<i>Inhoud</i>	<i>Klantmanager van de dag</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 12 Toegang via de Gemeente: De toegang via de gemeente verloopt nu via een wachttijd van 12-16 weken. Bij vragen kunnen er nu alleen spoedzaken worden opgepakt, de rest komt op een wachtlijst. In de aanbesteding wordt er gesproken over een klantmanager van de dag. Op welke wijze worden zaken dan opgepakt? Hoe ziet de gemeente de klantmanager van de dag en wat zijn inhoudelijke vragen die zij oppakken?</i>	<i>De klantmanager van de dag is beschikbaar voor vraag en advies voor o.a. het Sociaal Loket. Naast de reguliere taken van die van een klantmanager, vormt de klantmanager van de dag het eerste aanspreekpunt van team Maatwerk Jeugd. Ook de spoedmeldingen komen als eerst terecht bij de klantmanager van de dag. Alle binnenkomende vragen worden dus gescreend op ernst en urgentie. Op basis van deze criteria- eventueel met behulp van de</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
				<i>gedragswetenschapper, wordt besloten hoe snel iets opgepakt moet worden.</i>
15	<i>Inhoud</i>	<i>Toestemming overbrugging</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 16 3.3. Overbruggingszorg: Binnen welke termijnen moet de zorgaanbieder overbruggingszorg inzetten? Als de client op de wachtlijst staat wordt hiermee dan de landelijke treeknormen bedoeld? Overbruggingszorg kan alleen geleverd worden wanneer er ook een 315 bericht is gestuurd, hiervoor moet toestemming komen via de gemeente, tot wie moeten we ons wenden voor die inhoudelijke toestemming?</i>	<i>Met de wachtlijst wordt niet de landelijke treeknormen bedoeld. Zie voor verdere toelichting van de tijdsnormen paragraaf 3.4. Indien de benodigde jeugdhulp in de vorm van specialistische JGGZ behandeling na intake nog niet direct kan worden geleverd, kan de aanbieder, in afstemming met de jeugdige, de ouders en de verwijzer, <b>bij hoge uitzondering</b>, overbruggingszorg inzetten. Voorwaarde hiervoor is dat de gemeente op casusniveau hierover is geïnformeerd en toestemming heeft gegeven in verband met de bekostiging. Indien er sprake is van de inzet van overbruggingszorg, dan wordt dit expliciet en voorzien van argumenten in het behandelplan beschreven, waarbij tevens een termijn wordt aangegeven wanneer de beoogde behandeling wordt ingezet.</i>
16	<i>Inhoud</i>	<i>Regie begeleiding en behandeling</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 19 3.6 kwaliteit van de jeugdhulp: Wat als er sprake is van begeleiding vooraf aan de behandeling, is het dan zo dat de regiebehandelaar de regie moet overnemen voor de begeleiding die vanuit een andere instelling wordt geboden, of geldt dit alleen als de behandeling en begeleiding vanuit 1 organisatie worden geboden?</i>	<i>Begeleiding kan als onderdeel als een GGZ behandeling uitsluitend na de behandeling worden ingezet. Wel kan er een GGZ-traject volgen nadat er eerst begeleiding vanuit de Care is ingezet. Als er zorg vanuit de GGZ nodig blijkt, is dit een nieuwe aanvraag waarbij nieuwe resultaten worden gesteld.</i>
17	<i>Inhoud</i>	<i>Budgetplafond BGGZ</i>	<i>Programma van eisen aanbesteding Jeugd GGZ blz 26 4. Budgetplafond: Begrijpen we het goed dat het budgetplafond in de BGGZ bestaat uit de duur van de behandeling (max 9 maanden) en het gemiddeld aantal minuten (1000 minuten) en niet meer uit maximaal te factureren bedrag op jaarbasis? En dat er dus geen limiet op het aantal cliënten zit?</i>	<i>Er is geen sprake van een limiet op het aantal cliënten in de basis GGZ. Het plafond wordt gebaseerd op het aantal behandelde cliënten x 1.000 minuten (historisch gemiddelde per traject).  Voor de ene cliënt geldt dat je daar boven zit en voor de andere er onder. Er is dus geen harde grens op een behandeling van meer dan 1.000 minuten.  De behandelduur (max 9 maanden) is <u>niet</u> van invloed op het plafond, maar is een ijkmoment om te bepalen of en hoe behandeling voortgezet wordt. Wanneer de behandeling voortgezet wordt is dat binnen het bestaande traject, wat dan langer dan 9 maanden duurt.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
				<p>Het gemiddelde van 1.000 minuten per cliënt is per traject. Wanneer een cliënt een behandeling ontvangt in 2 kalenderjaren. Geldt niet dat in beide kalenderjaren 1.000 minuten aan het plafond toegekend wordt. Maar in totaal 1.000 minuten voor beide jaren.</p> <p>Over de de exacte afrekenwijze (naar jaar van openen, naar jaar van sluiten of verdeling middels een OHW methode) gaan wij met de gecontracteerde aanbieders in gesprek. Dit doet echter niets af aan het beschreven uitgangspunt.</p>
18	Inhoud	SGGZ zorgvragen	1.3.2. (Programma van eisen) Specialistische Jeugdzorg GGZ (blz 9) staat beschreven dat je in staat bent om alle zorgvragen die binnen de SGGZ vallen kunt behandelen. Kan er ook nog sprake zijn van deelgebieden; zo nemen wij bijvoorbeeld geen specifieke eetproblematiek of een intensieve zorgvraag m.b.t. suicide gedrag op, deze verwijzen wij door naar instellingen met een specialisatie op dit gebied. Of wordt er verplicht dat je alles opneemt wat er bij je aangemeld wordt?	<p>Uitgangspunt is dat van aanbieders wordt verwacht dat zij in staat zijn om minimaal behandeling te bieden op het gebied van angststoornissen, gedragsstoornissen, ADHD, autisme, depressie, PTSS, systeemtherapie.</p> <p>Het uitgangspunt voor de aanbesteding van lokale jeugd GGZ is het creëren van een zo generalistisch mogelijk aanbod. Het kan zijn dat er sprake blijkt van hoogspecialistische zorg welke aanbieder niet zelf kan bieden, hiervoor is regionaal zorg ingekocht (o.a. eetproblematiek, intercultureel, verslaving, forensisch).</p>
19	Inhoud	SGGZ consultaties	2.1.2. (Programma van eisen): staat beschreven dat waar nodig aanvullende consultatie van professionals gevraagd kan worden. Zijn deze consultatie vragen declarabel?	Consultaties zijn niet declarabel. Dit is verdisconteerd in het tarief.
20	Inhoud	Differentiatie GGZ: productcodes	Stip aan de Horizon blz 2 we gaan de GGZ differentiëren: Er wordt gesproken over het invoeren van productcodes. Op welke termijn worden deze productcodes ingevoerd? Waar in het proces zou deze differentiatie dan moeten worden aangebracht? Dit lijkt te gaan om een procedure buiten het berichtenverkeer om en lijkt dus een extra administratieve handeling.	<p>De invoering is met ingang van het contract. Voor de bestaande populatie betekent dit een verdeling met ingang van 1-1-2022. Op basis van de fase/type zorg waarin de inwoner zich bevindt.</p> <p>Vanaf dan geldt dat conform hetgeen beschreven op pagina 9 gewerkt kan worden. Het betreft geen procedure buiten het berichtenverkeer om. De verschillende productcodes verlopen via het berichtenverkeer.</p> <p>Graag verwijzen wij u ook naar de bijlage werkwijze SGGZ.</p>
21	Inhoud	Wachttijd	Programma van eisen blz 17 3.4. tijdsnormen: Mogen wij concluderen dat de wachttijd maximaal 10 weken mag zijn?	Als gemeente realiseren we ons dat het handhaven van een harde wachttijden ingewikkeld is, maar uitgangspunt blijft

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<i>Als er meerdere aanmeldingen zijn en wij dit niet aankunnen, verwijzen wij door waar mogelijk. Het kan voorkomen dat cliënten niet willen worden verwezen en er bewust voor kiezen te wachten op een plekje ook al duurt het langer dan die 10 weken. Hoe wordt hier naar gekeken?</i>	<i>staan om een maximale wachttijd van 10 weken. Van aanbidders wordt verwacht dat wanneer er andere plek is bij een andere passende aanbieder, deze hiernaar wordt doorverwezen.</i>
22	<i>Inhoud</i>	<i>Tijdsnormen</i>	<i>Programma van eisen blz 17 3.4. tijdsnormen: Binnen de vrijgevestigde praktijk wordt er niet met verschillende wachttijden gewerkt. Er is een wachtlijst met een bepaalde wachttijd. Direct na de intake (normaalgesproken de week erop) wordt de behandeling opgestart. De intake wordt gedaan door de behandelaar die ook de behandelingen oppakt. Dit is fijn voor client en behandelaar. We gaan er vanuit dat de aanmeld- en behandeltermijnen die u benoemt met name bedoeld zijn voor grotere instellingen.</i>	<i>Met een behandeling die meestal start een week na de intake, voldoet u als vrijgevestigde praktijk ook aan de tijdsnormen zoals gesteld in hoofdstuk 3.4.</i>
23	<i>Inhoud</i>	<i>Vraag over Programma van Eisen GGZ</i>	<i>In Programma van Eisen GGZ op pagina 10 staat bij aanvullende eis dat: Een eerste indicatie voor SJGGZ wordt voor maximaal 12 maanden afgegeven, waarbij we uitgaan van een gemiddelde inzet van 2000 minuten. Dit aantal minuten is relatief laag en is er mogelijkheid tot uitbreiding?</i>	<i>De gemiddelde inzet van 2000 minuten bij de SJGGZ is gebaseerd op de huidige cijfers en zou als gemiddelde voldoende moeten zijn. We blijven dit monitoren en zullen hierover het gesprek met u voeren.</i>
24	<i>Contract</i>	<i>Vraag Nvl: Inkoopdocument , Offerteaanvraag jeugd GGZ Gem Urk en NOP</i>	<i>Pag.15 staat: "Voor percelen die betrekking hebben op specialistische GGZ geldt dat hulp zo lokaal als mogelijk geboden wordt en gevestigd is. Onder zo lokaal mogelijk wordt verstaan binnen de gemeentegrenzen van de gemeenten Noordoostpolder en/of Urk met een maximale afstand (straal) van 15 km vanaf deze gemeentegrenzen." Voor een bovenregionale organisatie, en dus ook voor de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg door een bovenregionale aanbieder, is dit misschien niet altijd haalbaar. Is thuislocatie Lelystad wel of niet een geaccepteerde afstand?</i>	<i>We willen dat specialistische Jeugd GGZ zo lokaal als mogelijk geboden wordt en gevestigd is. Omdat deze zorg niet in alle gevallen binnen de gemeentegrenzen beschikbaar is, hanteren we een maximale afstand van 15 km vanaf de gemeentegrenzen tot aan de behandellocatie van de aanbieder.</i>
25	<i>Inhoud</i>	<i>Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ</i>	<i>Op pag.4 staat de reikwijdte van deze aanbesteding aangegeven. Vragen: - FACT (Flexible Assertive Community Treatment) is een intensieve (en gecertificeerde) behandelvorm gericht op het individu en het systeem. Deze zorgvorm hoeft niet vaak te worden ingezet, maar het kan wel voorkomen. Valt deze zorgvorm onder deze aanbesteding? Zo nee, waar valt deze wel onder? - Onder 24u-zorg staat naast verblijfszorg ook een ambulante zorgvorm: 'Intensieve amb jeugdhulp als alternatief voor verblijf'. Inhoudelijk gezien is dit ook van toepassing op FACT, deze wordt immers ingezet ter voorkoming van verblijf. Bent u van mening dat deze zorgvorm</i>	<i>Deze zorgvorm valt onder het perceel 'begeleiding individueel specialistisch' voor de aanbesteding Care.  Aankoopcentrale Almere is betrokken bij de contractering van de 24-uurszorg. Voor de beantwoording van uw tweede vraag kunt u hier terecht.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<i>ondergebracht zou moeten worden bij de contractering van de 24-uurs verblijfszorg?</i>	
26	Contract	<i>Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (2)</i>	<i>Op pag.4 staat het onderscheid tussen de aanbesteding CARE (welke al is afgerond) en de aanbesteding CURE aangegeven. Vraag: Ik ben in de veronderstelling dat indien een partij is gegund voor de aanbesteding CARE, dat deze partij niet meer gegund kan worden voor de aanbesteding CURE. Klopt deze veronderstelling?</i>	<i>Ja, dit klopt. Er is een duidelijk onderscheid aangebracht tussen zorg die onder Care en onder Cure valt. Hierdoor kan een aanbieder niet onder beiden vallen.</i>
27	Contract	<i>Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (3)</i>	<i>Op pag.10 staat dat "een (eerste) indicatie voor SJGGZ voor maximaal 12 maanden wordt afgegeven, waarbij wordt uitgegaan van een gemiddelde inzet van 2000 minuten". 2000 minuten komt overeen met 33,3 uur. Vragen: - Kunt u aangeven waar die 2000 min cq 33,3 uur op zijn gebaseerd? - Is die 33,3 uur de gemiddelde inzet voor het gehele traject? - Is daarbij het gemiddelde genomen per aanbieder? (dus van alle trajecten die een aanbieder uitvoert is dit urengemiddelde het uitgangspunt?) - Is dit gemiddelde een maximaal gemiddelde per aanbieder? - Is er sprake van een vooraf bepaald clientgebonden plafond? - Indien bovenstaande met JA wordt beantwoord, betekent dit dan dat alle uren die die gemiddelde 33,3 uur per traject per aanbieder overschrijden, dat deze uren niet worden vergoed? - Indien bovenstaande met JA wordt beantwoord, geldt dit dan voor zorg voortkomend vanuit alle verwijzers waaronder ook huis- of jeugdarts en gecertificeerde instelling? - Indien (1 of enkele van) bovenstaande vragen met NEE worden beantwoord, kunt u dan aangeven hoe wel concreet in financieel-administratieve zin wordt omgegaan met het gestelde uitgangspunt van 2000min cq 33,3 uur ?</i>	<i>De gemiddelde inzet van 2000 minuten voor de SJGGZ is gebaseerd om de huidige cijfers. Dit is het aantal minuten voor het gehele zorgtraject (diagnostiek, behandeling en eventueel begeleiding) binnen de maximale behandelduur van 12 maanden. Het gaat om een gemiddelde en dus niet om een harde minutengrens per cliënt. De minuten worden dan ook gedeclareerd, mits deze binnen het budgetplafond passen. De manier waarop de hoogte van het plafond wordt bepaald verschilt tussen de BJGGZ en de SJGGZ. Daarvoor verwijzen we u naar hoofdstuk 4 in het Programma van Eisen.</i>
28	Contract	<i>Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (4)</i>	<i>In het document wordt gesproken over een budgetplafond (per gegunde aanbieder), en daarbij een startplafond (voor nieuwe aanbieders). Wat is de hoogte van dit startplafond?</i>	<i>Dat is nog niet bekend. De hoogte ervan hangt ook af van het aantal (nieuwe) aanbieders.</i>
29	Contract	<i>Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (5)</i>	<i>Op pag 21 staat dat de verhouding tussen directe en indirecte cliëntgebonden tijd een gespreksonderwerp is tussen aanbieder en gemeente. Echter de concrete verhouding tussen deze 2 is niet genormeerd. Vragen: - kunt u bevestigen dat deze verhouding niet is genormeerd?</i>	<i>De verhouding tussen directe en indirecte cliëntgebonden tijd is niet genormeerd. Het uitgangspunt is dat het grootste deel van de tijd cliëntgebonden is. Hier ligt het zwaartepunt. Het uitkomen met direct- en indirect cliëntgebonden tijd is een onderwerp in de contractgesprekken. Het doel hiervan is om als gemeente de verhouding tussen beiden te toetsen.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			- kunt u aangeven wat de doelstelling is van het bespreken van deze verhouding?	
30	Contract	Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (6)	Op pag 26 wordt ingegaan op het budgetplafond. Er staat "Indien sprake is van goedgekeurde overproductie wordt maximaal 85% van het tarief vergoed, omdat overheadkosten al meegenomen zijn in de tarieven tot behalen budgetplafond." Kunt u aantonen, concreet en geobjectiveerd, hoe deze 15% is verdisconteerd in de tarieven?	<p>In het basistarief zijn alle kosten inclusief de overhead verdisconteerd. Deze tarieven hanteren wij voor zowel declaratie als bij de verdeling van het budgetplafond. Wanneer de productie van aanbieders leidt tot meer productie dan het plafond is er sprake van groei.</p> <p>In geval van verschuiving van productie tussen aanbieders is het verschuiven van budget met instemming van beide aanbieders, wat de gemeente betreft in principe mogelijk. Het initiatief voor het bereiken van een dergelijk akkoord leggen wij bij de veldpartijen neer. Dit dient wel voorgelegd te worden aan desbetreffende gemeente voor instemming.</p> <p>Voor het deel van de productie dat (na akkoord) boven het individuele plafond geleverd wordt, geldt dat wij een lager tarief hanteren. Omdat de overhead ons inziens voor die extra productie niet volledig naar rato mee hoeft mee te stijgen.</p> <p>De afslag van 15% is gebaseerd op het uitgangspunt dat de personeelskosten van de behandelaars maximaal 70% van het integrale tarief in de SGGZ zijn. En wij het resterende tariefsdeel voor 50% vergoeden.</p> <p>Wellicht goed om te benoemen is dat er geen sprake is van een verplichting om te dienstverlening te bieden boven het budgetplafond.</p>
31	Contract	Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (7)	Op pag 17 staat: "Opdrachtnemer heeft een acceptatieplicht ingaande op de datum waarop de beschikking is afgegeven." Vragen: - De beschikking is gericht op de client, en geeft recht op zorg (met inachtneming van datgene wat in de beschikking is opgenomen). Maar de beschikking hoeft niet aan te geven welke organisatie de benodigde hulp gaat geven. Toch? Hoe kan de beschikking worden gekoppeld aan een acceptatieplicht voor de zorgaanbieder, terwijl niet vastligt welke zorgaanbieder de uitvoering doet? Is het niet beter om een acceptatieplicht te koppelen aan het 301 toewijzingsbericht? (Immers dat	-Van verwijzers wordt gevraagd te verwijzen naar gecontracteerd aanbod. Het staat de cliënt vrij om een aanbieder te kiezen uit het gecontracteerde aanbod. De gemeente gaat er vanuit dat uiteindelijke gegunde partijen uitvoering kunnen geven aan de opdracht, generiek werken is hier een onderdeel van. De gemeente koppelt hier vervolgens acceptatieplicht aan wat daarmee samenhangt aan de beschikking. Indien aantoonbaar gemaakt kan worden dat om

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<p>is de opdracht tot het geven van de zorg.)  Vraag stellen tbv acceptatieplicht irt startdatum beschikking. Gedwongen worden datgene aan te nemen dat niet bij jou past? Is er een voorwaarde voor 'matching'?</p> <p>- Verschillende problematiek vraagt om verschillende expertise. Aanbieders verschillen daarin (en zijn daarin complementair). Van belang is uiteraard dat er een 'match' is tussen de problematiek bij de jongere, en de expertise van de aanbieder die de zorg levert. Is er voorafgaand aan het 'moment van de acceptatieplicht' de mogelijkheid dat opdrachtnemer zelf heeft getoetst wat de hulpvraag is, of dat passend is bij de expertise van de opdrachtnemer, en daarop ook zelf besluit kan nemen of zij de jongere wel of niet in zorg kan nemen?</p>	<p>inhoudelijke redenen er geen matching is, kan de aanbieder contact opnemen met de gemeente.</p> <p>- Zie ook hierboven. Van aanbieder wordt verwacht dat deze aantoonbaar kan maken dat aanbieder niet de beoogde zorg kan leveren en wat er precies nodig is wat niet onder het aanbod van aanbieder valt. Aanbieder dient in deze situaties contact op te nemen met de gemeente.</p>
32	Inhoud	Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (8)	<p>Op pag 20 staat: "Voor inzet van een nieuwe methodiek of innovatieve aanpak overlegt de aanbieder hierover eerst met de gemeente. De gemeente kan ook een voorkeur aangeven voor een bepaalde methodiek en de aanbieder vragen om deze toe te passen." Kan de gemeente een voorbeeld geven waarbij zij een bepaalde methodiek voorschrijft?</p>	<p>Als gemeente schrijven we geen specifieke methodieken voor. We willen aanbieders de gelegenheid nieuwe methodieken of innovatieve aanpakken in te zetten. Echter heeft de inzet van effectieve methodieken wel de voorkeur. Als er ingezet wordt vanuit een nieuwe methodiek, dan willen we als gemeente graag geïnformeerd worden over deze inzet en de mogelijkheid hebben om een voorkeur aan te geven.</p>
33	Contract	Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (9)	<p>Op pag 25 staat: "Het is aan de aanbieder om hulp of zorg aan te bieden op zowel reguliere kantoortijden als op tijden die noodzakelijk zijn bij de geboden vorm van hulpverlening. Hierbij is specifiek aandacht voor levensbedreigende situaties." Vragen:</p> <p>- Heeft de gemeente ORT verwerkt in de tariefstelling?  - Zo ja, kunt u dat aantonen?</p>	<p>ORT is geen expliciet onderdeel van de tariefstelling. ORT lijkt niet passend, omdat van aanbieders niet wordt verwacht dat er in ploegendiensten of onregelmatigheidsdiensten wordt gewerkt. De verwachting is dat dit zeer incidenteel voorkomt en een ORT daarmee niet van toepassing is. De gemeente heeft de wens dat de nodige hulpverlening geboden wordt, ook als deze net voor of na kantoortijden valt.</p>
34	Contract	Vraag Nvl; Programma van eisen GGZ (10)	<p>Op pag 28 staat: "Jaarlijks bepaalt de gemeenteraad bij vaststelling van de begroting of de tarieven worden geïndexeerd." Hieruit valt op te maken dat het niet van te voren vaststaat of tarieven worden geïndexeerd (nog los van hoe hoog die indexatie is). Vragen:</p> <p>- Staat van te voren wel of niet vast of tarieven worden geïndexeerd? (nog los van de hoogte van de indexatie)  - Indien er wel wordt geïndexeerd, kunt u aangeven welke wijze van indexering wordt gehanteerd? Is dat conform de wijze OVA (Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling)?</p>	<p>Dat is onjuist verwoord, de gemeenteraad bepaalt de hoogte van het budgettaire kader, niet de tariefstelling. Voor indexatie zie daarnaast vraag 2 en 3.</p>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
35	Contract	Vraag Nvl; Concept - Raamovereenko mst Jeugd GGZ	De raamovk kent voor de aanbieder geen opzegmogelijkheid, en tevens is de mogelijkheid tot verlengen (potentieel 3x 1jr na de initiële looptijd van 2 jaar) eenzijdig bij de gemeente neergelegd. Vragen: 1. Waarom is er geen opzegmogelijkheid opgenomen voor de aanbieder? 2. Is de gemeente bereid alsnog een opzegmogelijkheid voor de aanbieder op te nemen? 3. Waarom is de mogelijkheid tot verlenging eenzijdig bij de gemeente neergelegd? 4. Betekent dit (vraag 3) dat de aanbieder de eventuele door de gemeente bepaalde verlenging niet kan weigeren? 5. Is de gemeente bereid de mogelijkheid tot verlenging tweezijdig te laten verlopen?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Als gemeenten moeten wij continuïteit in de dienstverlening garanderen richting onze cliënten.</li> <li>2. Nee, hiertoe zijn wij niet bereid.</li> <li>3. Zie het antwoord bij 1.</li> <li>4. Zie het antwoord bij 1.</li> <li>5. Zie het antwoord bij 2.</li> </ol>
36	Contract	Vraag Nvl; Concept - Raamovereenko mst Jeugd GGZ (2)	Bijlagen A en B. Kunt u van beide bijlagen uitleg geven hoe deze bijlage moet worden gelezen en hoe deze moet worden ingevuld?	Deze bijlagen worden bij opstelling van definitieve overeenkomst door Inschrijver en gemeente ingevuld. Dit vindt plaats na voorlopige gunning.
37	Inhoud	Verwijzing	Welk specialisme wordt/worden bedoelt met 'Medisch Specialist'?	Medisch specialisten zijn artsen die bepaalde specifieke kennis en ervaring hebben om een specialisme te kunnen uitoefenen. Hiervoor heb je na de opleiding geneeskunde nog een specialiserende opleiding gevolgd in een bepaald vakgebied. Een voorbeeld van een medisch specialist binnen de GGZ is een psychiater of een kinder- en jeugdarts.
38	Inhoud	Wachlijsten	Wat verwacht de gemeente wat betreft de aanpak van de wachlijsten, Treeknorm etc. en hoeveel productieruimte/startplafond krijgt elke afzonderlijke (nieuwe) aanbieder?	Voor het startplafond zie vraag 28.
39	Uitvoering	Acceptatieplicht	Wat betreft de acceptatieplicht: als er onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is, wordt dat dan beschouwd als valide argumentatie om de zorg (nog) niet te starten? Wat zijn de overige kaders voor de acceptatieplicht?	De gemeente verwacht te allen tijde dat de levering van zorg voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen uit het programma van eisen. Tevens wordt van aanbieder verwacht dat zij zich ten alle tijde maar ten minste vanaf 1 januari 2022 en inspanningsverplichting hebben om volgens het contract zorg te leveren. De formatie en personele bezetting wordt als een verantwoordelijkheid van de aanbieder is.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
				<i>Onder acceptatieplicht wordt verstaan dat aanbieder iedere verwijzing die naar aanbieder wordt gedaan, in zorg neemt. Ongeacht achtergrond, aard, omvang en zwaarte van de problematiek. Wanneer blijkt dat de zorgvraag een specifiek zwaartepunt heeft wat valt onder intercultureel, eetproblematiek, verslaving of forensische GGZ, zijn hiervoor regionale contracten afgesloten.</i>
40	<i>Uitvoering</i>	<i>Infasering</i>	<i>Wat verwacht de gemeente van nieuwe aanbieders waar het de snelheid van infasering betreft?</i>	<i>De gemeenten verwachten dat nieuwe aanbieders vanaf 1 januari 2022 in staat zijn om zorg te leveren volgens het contract. Van nieuwe aanbieders wordt verwacht dat zij hierin zoveel mogelijk aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt en het systeem en samenwerking tussen mede gegunden opzoeken om hier vorm aan te geven waar nodig. Zoals in de Stip op de horizon staat omschreven is een van de uitgangspunten een intensieve onderlinge samenwerking, sociaal domein breed.</i>
41	<i>Inhoud</i>	<i>Maximale behandelduur</i>	<i>Indien aanbieder inschat dat het genoemde minuten-maximum niet toereikend is voor een bepaalde client of zorgtype, wat zijn dan de mogelijkheden en wat bedoelt de gemeente precies met 'maximale behandelduur'?</i>	<i>Zie antwoord 17 en 51.</i>
42	<i>Uitvoering</i>	<i>Overbruggingszorg</i>	<i>Wat wordt er verwacht omtrent de overbruggingszorg?</i>	<i>Zie hoofdstuk 3.3. programma van eisen. En zie antwoord bij vraag 15.</i>
43	<i>Inhoud</i>	<i>Diagnostiek</i>	<i>Maakt diagnostiek onderdeel uit van de indicatiestelling of is dit separaat? En onder welk perceel valt dit?</i>	<i>Diagnostiek maakt onderdeel uit van de indicatiestelling.</i>
44	<i>Inhoud</i>	<i>Transformatieopgave</i>	<i>Wat is de visie van de gemeente op de transformatieopgave binnen de JGGZ-zorg en wat verwacht zij hierin van de inschrijvende aanbieders?</i>	<i>De uitwerking van de visie op de transformatieopgave hebben de gemeenten uitgewerkt in het document Stop op de Horizon. De gemeente verwacht van aanbieders een actieve deelname en dat zij zich hier aan committeren.</i>
45	<i>Inhoud</i>	<i>Inschrijving</i>	<i>Kan een aanbieder kiezen voor inschrijving op alleen de twee Specialistische-GGZ-percelen?</i>	<i>Ja, dat kan. U kunt op de voor u geschikte percelen inschrijven. Dat kan zowel basis als specialistisch zijn voor één of beide gemeenten.</i>
46	<i>Inhoud</i>	<i>Inschrijving</i>	<i>Kan een aanbieder kiezen voor inschrijving op alleen de twee Basis-GGZ-percelen?</i>	<i>Zie het antwoord op vraag 45.</i>
47	<i>Inhoud</i>	<i>Inschrijving</i>	<i>Kan een aanbieder kiezen voor inschrijving op een deel van de percelen?</i>	<i>U kunt niet kiezen voor inschrijving op een deel van een perceel, wel op één of maximaal 4 percelen.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
48	Inhoud	POHGGZ Programma van Eisen	pagina 5 PvE: De POH GGZ jeugd voert "indien nodig intensieve gesprekken en behandeling, binnen acceptabele duur". Wat is acceptabele duur volgens de gemeente? Hoe ziet de gemeente het preventieve karakter van de POH Jeugd GGZ voor zich, als men ook spreekt van intensieve gesprekken en behandeling? Wat is hierbij het onderscheid met intensieve gesprekken en behandeling in de Basis / SGGZ? Hoe kan de POH-GGZ functionaris hier goed onderscheid in maken?	Door positionering binnen de huisartsenpraktijk en aandacht voor problemen op meerdere gebieden is integrale, vraaggerichte zorg voor jeugdigen met psychische problemen mogelijk. Jeugdigen en hun naasten kunnen laagdrempelig bij de POH Jeugd GGZ terecht. Het doel is om de eerstelijns jeugdzorg vanuit de huisartsenpraktijk te versterken en te verbinden met het brede veld van de jeugdhulpverlening, sociaal domein, basis GGZ en specialistische GGZ. Een jeugdige kan binnen de huisartsenpraktijk verder begeleid worden of gerichter worden doorverwezen waarmee wordt voorkomen dat een jeugdige op de verkeerde wachtlijst wordt geplaatst. Zorg geboden door de POH JGGZ is kortdurend en zal aan een maximum worden beperkt om zich te onderscheiden van B JGGZ.
49	Inhoud	POHGGZ Programma van Eisen	Pagina 5 PvE: de POH GGZ "werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts en opereert onafhankelijk van een GGZ aanbieder". De POH-GGZ valt inhoudelijk buiten het vakgebied van de huisarts, zo geven deze herhaaldelijk aan. Hoe ziet de gemeente de eindverantwoordelijkheid op inhoud bij de huisarts voor zich, als deze zelf aangeeft dat dit buiten zijn vakgebied en expertise valt?	De POH Jeugd GGZ werkt onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Dat betekent dat er samenwerkingsafspraken liggen tussen de POH Jeugd GGZ en de huisartsen als het gaat om afstemming, samenwerking, registratie e.d.
50	Inhoud	tariefstelling	Kan de gemeente uitleggen hoe de tariefstelling binnen de Basis GGZ tot stand is gekomen en waarom deze niet tenminste is geïndexeerd? Hoe om te gaan met stijgingen in de loonkosten bij aanpassingen in de CAO?	Er is voorafgaand aan de aanbesteding een uitvraag naar de kostprijs gedaan, gesproken met aanbieders in de basis GGZ en er is jaarrekeninganalyse gedaan. Daaruit blijkt dat de tariefstelling 2021 ook voor 2022 toereikend moet zijn.  Indexatie voor kostenontwikkeling voor de opvolgende contractjaren vindt regulier plaats. Zie ook vraag 2.
51	Proces	Aanvullende eisen (p7 PvE)	Hier staat genoemd dat gekeken gaat worden naar behandelduur (max 9 maanden) en gemiddeld 1000 min. Wat als het in het belang van de cliënt is om de behandeling te spreiden, waardoor 1000 min nog niet gemaakt zijn in 9 maanden?	We sturen op behandelduur en hanteren geen minutengrens. Wel gaan we uit van een gemiddelde minuteninzet die we zullen monitoren. Bij een gemiddelde inzet van 1000 minuten in negen maanden, gaan we er dus van uit dat er trajecten zullen zijn die intensiever zijn (dus > 1000 minuten) en de lichtere trajecten die minder intensief zijn (dus < 1000 minuten). Het uitgangspunt is dat een traject voor de BJGGZ maximaal negen maanden duurt.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
52	Proces	Aanvullende eisen (p7 PvE)	Waarom kan er binnen de SGGZ (pag 9) wel rekening gehouden met een eventuele latere starttijd dan de toewijzing ,maar wordt dit niet binnen de basis GGZ genoemd?	<p>Ook voor de BGGZ geldt: De aanbieder zou een toewijzing om twee redenen kunnen verlengen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Door lange wachttijden is de zorg later gestart en past deze niet meer binnen de afgegeven toewijzing. De feitelijke behandelduur is echter nog niet gelijk aan de maximale behandelduur van 9 maanden.</li> <li>• De maximale behandelduur van 9 maanden is volledig benut, maar er is extra tijd nodig voor het afronden van de behandeling.</li> </ul> <p>Zie ook bijlage 'werkwijze BJGGZ'.</p>
53	Inhoud	Aanvullende eisen (p7 PvE)	<p>Hoe wordt de privacy geborgd en de AVG richtlijnen gevolgd bij verlenging van een traject? Wat als ouders/verzorgers/cliënt in verband met privacy niet inhoudelijk willen overleggen met de gemeente over het vervolg? Hoe waarborgt de gemeente een snelle toegang tot overleg, en met welke inhoudelijke professional op het gebied van GGZ gaat het overleg over vervolg plaatsvinden?</p>	Zowel aanbieder als gemeenten zijn verwerkersverantwoordelijk. Dat is ook wat we gezamenlijk opnemen in bijlage A en B behorende bij de raamovereenkomst, zie vraag 36. Zie ook het antwoord op vraag 9.
54	Inhoud	Aanvullende eisen (p7 PvE)	In de tabel ontbreekt de WO professional, kan deze toegevoegd worden	Zie het antwoord op vraag 6.
55	Inhoud	Toegang gemeente Urk	(p 13 PvE) Wat verstaat de gemeente onder een verklarende analyse? Wie zijn de gespreksvoerders bij de gemeente urk en binnen welke discipline zijn zij werkzaam?	<p>Een verklarende analyse geeft inzicht in de samenhang van de problemen, het ontstaan en het voortbestaan ervan en legt verbanden tussen deze factoren. De verklarende analyse helpt daarmee om te komen tot besluitvorming rond de in te zetten hulp.</p> <p>Gespreksvoerder bij de gemeente Urk zijn medewerkers met een achtergrond in de Jeugd en/of WMO. Medewerkers Jeugd hebben een SKJ registratie of zijn bezig met registratie.</p>
56	Inhoud	Perspectiefregie	(p15 PvE) Hoe ziet de gemeente dit praktisch voor zich? Wie is er wanneer beschikbaar voor overleg vanuit de gemeente? Hoe gaan we dit organiseren, zonder het tempo uit de behandeling te halen? Als de aanbieder prima verder kan met de behandeling, maar gewoon meer tijd nodig heeft dan de door de gemeente ingestelde maximale tijdsduur, is de gemeente het er dan mee eens dat deze constructie onnodig tijdrovend is, voor zowel aanbieder als gemeentefunctionaris, en	De maximale behandelduur is gebaseerd op de huidige cijfers en gesprekken met GGZ professionals. We gaan ervanuit dat perspectiefregie alleen nodig is bij de langdurige en complexe casuïstiek. Dat betekent dat de verwachting is dat de perspectiefregisseur bij het merendeel van de GGZ-casussen niet betrokken zal worden. Worden trajecten binnen de 9 of 12

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<p>daarnaast ook kosten met zich mee brengt? Hoe worden de overlegmomenten vergoed? En waarop baseert de gemeente de tijdsduur van 9 en 12 maanden?</p>	<p>maanden afgerond, is er geen betrokkenheid van de gemeente.</p>
57	Inhoud	Tijdsnormen	<p>(p16 PvE) Waarom kiest de gemeente voor de genoemde tijdsnormen? Is het wenselijk om jeugdigen na intake nog 6 weken te laten wachten tot hulp start? Kan er gekozen worden voor een intake en start behandeling binnen 8-10 weken? Wat verwacht de gemeente van een behandelplan als dit binnen 10 dagen na intake al opgesteld moet worden?</p>	<p>De gemeente volgt hierin zoveel mogelijk de landelijke treeknormen. Uiterlijk binnen 6 weken, nadat de aanbieder het intakegesprek heeft gehad, start de behandeling. Deze 6 weken is een maximum, waarbij de wens is de zorg zo spoedig als mogelijk te starten. Na intake heeft de aanbieder een <u>eerste</u> behandelplan opgesteld op basis waarvan zorg gestart kan worden.</p> <p>De intake en het eerste behandelplan zijn binnen 6 weken na het intakegesprek afgerond.</p> <p>Dit is aangepast in het Programma van Eisen bladzijde 17, hoofdstuk 3.4 en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v2'.</p>
58	Inhoud	Tijdsnormen	<p>p. 17 PvE: Heeft de gemeente onderzocht hoe het delen van gegevens, gelet op de AVG wetgeving, juridisch mogelijk is? Wat als client geen toestemming geeft voor het delen van gegevens over de inhoud van de zorg (bij verwijzing via de huisarts)? Wat is hierin wettelijk mogelijk/wenselijk/haalbaar, en hoe hierbij omgaan met de beroepscode van de zorgaanbieder?</p>	<p>Zie het antwoord op vraag 53.</p>
59	Inhoud	Afstemming met de gemeente	<p>par. 3.7.4 PvE: hoe gaat de gemeente waarborgen dat de beoogde periodieke gesprekken daadwerkelijk plaatsvinden, aangezien in het afgelopen kalenderjaar met ons geen kwartaalgesprek is gevoerd door de contractmanagers?</p>	<p>De gemeente gaat dit waarborgen conform het gestelde in het Programma van eisen: De gemeente voert gedifferentieerd contractmanagement uit, passend bij de grootte van de organisatie van de aanbieder (er wordt rekening gehouden met aantallen cliënten van de aanbieder en het budgetplafond). Er kunnen meerdere contactmomenten per jaar zijn. Als er aanleiding toe of behoefte aan is kan één van de partijen ten alle tijde een overleg initiëren.</p>
60	Inhoud	budgetplafond BGGZ	<p>p. 26 PvE: 'De afrekening vindt plaats op basis van de productieverklaring die jaarlijks door de accountant van de zorgaanbieder wordt overlegd'wat wordt hiermee bedoeld?  'De hoogte van het budgetplafond wordt vastgesteld op basis van een</p>	<p>Voor aanbieders met een omzet boven de € 125.000 wordt een accountantsverklaring gevraagd. Dit is het waarmerk bij de geleverde diensten. De hoogte van deze gewaarmerkte omzet wordt ook gehanteerd voor de toetsing met het budgetplafond.</p>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<i>gemiddelde inzet en prijs per jeugdige. Deze gemiddelde inzet is gebaseerd op historie en ligt op 1000 minuten. Dat betekent dat het budgetplafond flexibel is. Het aantal jeugdigen in behandeling bepaalt namelijk de hoogte van het budgetplafond' &gt; Wat bepaalt nu het budgetplafond? De historie, of het aantal jeugdigen in behandeling? Formulering niet geheel duidelijk.</i>	<i>Het plafond wordt gebaseerd op het aantal behandelde jeugdigen. De oorsprong / achtergrond van de gemiddelde 1.000 minuten is historisch en is een vast gegeven.  Zie ook vraag 17.</i>
61	<i>Inhoud</i>	<i>POHGGZ Programma van Eisen</i>	<i>pagina 5 PvE: De POH GGZ jeugd voert "indien nodig intensieve gesprekken en behandeling, binnen acceptabele duur". Wat is acceptabele duur volgens de gemeente? Hoe ziet de gemeente het preventieve karakter van de POH Jeugd GGZ voor zich, als men ook spreekt van intensieve gesprekken en behandeling? Wat is hierbij het onderscheid met intensieve gesprekken en behandeling in de Basis / SGGZ? Hoe kan de POH-GGZ functionaris hier goed onderscheid in maken?</i>	<i>Zie antwoord vraag 48. Aanvullend: Er is een verschil in situatie tussen de gemeenten onderling. Voor de Noordoostpolder geldt dat er een koers en visie rondom de POH jGGZ is vastgesteld. Voor Urk geldt dat deze vragen nog niet beantwoord kunnen worden, omdat er een lokaal project loopt wat hier invulling aan geeft. Om deze reden staat het algemeen opgenomen in deze stukken.</i>
62	<i>Inhoud</i>	<i>POHGGZ Programma van Eisen</i>	<i>- Pag 5 PvE Hoe ziet de gemeente de inhoud van screeningsdiagnostiek voor zich? Houdt dit ook in dat er bijvoorbeeld vragenlijsten worden afgenomen? Hoe gaat dit bekostigd worden? Wat is volgens de gemeente screeningsdiagnostiek, en wat is het onderscheid volgens de gemeente met diagnostiek zoals die plaats vindt in de basis en SGGZ</i>	<i>Voor de Noordoostpolder geldt hier het volgende: Tijdens de screening kan de POH Jeugd GGZ een inschatting maken van de aard en ernst van de problematiek en zo een analyse maken van de hulpvraag van de jeugdige en/of ouder(s). Bij een vermoeden van een DSM-5 benoemde stoornis, kan worden doorverwezen naar de geïndiceerde GGZ voor diagnostiek. Aan de hand van een diagnose wordt een uniek, gedetailleerd en voldoende compleet beeld geschetst. Op basis van het diagnostisch beeld wordt de problematiek van de jeugdige en zijn/haar situatie begrepen en kan een behandelplan op maat worden gemaakt.  De gemeenten hebben een seperate overeenkomst met de POH Jeugd GGZ. Zie ook vraag 61.  Diagnostiek wordt niet seperaat bekostigd. Zie ook vraag 43.</i>
63	<i>Inhoud</i>	<i>POHGGZ Programma van Eisen</i>	<i>Pagina 5 PvE: de POH GGZ "werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts en opereert onafhankelijk van een GGZ aanbieder". De POH-GGZ valt inhoudelijk buiten het vakgebied van de huisarts, zo geven deze herhaaldelijk aan. Hoe ziet de gemeente de</i>	<i>Zie antwoord vraag 48 en 61</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<i>eindverantwoordelijkheid op inhoud bij de huisarts voor zich, als deze zelf aangeeft dat dit buiten zijn vakgebied en expertise valt?</i>	
64	<i>Inhoud</i>	<i>1.3.2. DSM-V</i>	<i>Wat te doen met de nog jonge en zich ontwikkelende infants/kinderen waar nog onvoldoende sprake is van uitgekristalliseerde psychiatrische beelden (en dus geregeld geen DSM V classificatie), maar wel opgroeien in een sterk pathologisch risico-systeem? Er zijn meer en meer gespecialiseerde onderzoek interventies en behandelinterventies (zoals IPG, Triple P, TFT, video interactie) die we bieden omdat we daarvoor indicaties zien. Veelal zullen deze vroegtijdig ingezette interventies verergering en verzwaring van de problematiek voorkomen.</i>	<i>Uitgangspunt is dat vanuit een gedegen analyse een juiste overweging gemaakt kan worden ter onderbouwing van de inzet van zorg om de doelen te behalen. Dit geldt voor het inzetten van alle vormen van zorg. De behandelinterventies zoals hier omschreven voor de S jGGZ, vallen voor de gemeenten onder product code 54G01, Begeleiding Specialistisch (waar een behandelcomponent in zit) en kan bij uitzondering zoals hier omschreven ingezet worden.</i>
65	<i>Inhoud</i>	<i>6.1 + 6.2</i>	<i>Onze gemiddelde behandeltime binnen de SGGZ ligt momenteel aanzienlijk hoger dan de gemiddelde 2000 minuten. Onze ervaring is dat er binnen de SGGZ soms relatief korte trajecten zijn maar dat dat de specialistische en complexe jeugdzorg zeer geregeld interventies vraagt die tijd en continuïteit vragen, op meerdere terreinen: hulp voor het kind, hulp voor de ouders/gezin, overleg met school en in gesprek zijn met meerdere partners. Daarbij maken we voortdurend gebruik van behandelprogramma's en behandeltrajecten conform de geldende richtlijnen en state of the art behandeling; daarop mogen we ook worden aangesproken. We zijn benieuwd waar de beschreven 2000 minuten op zijn gebaseerd. Is het een landelijke norm, gebaseerd op de uitkomst van wetenschappelijk onderzoek?</i>	<i>Zie het antwoord op vraag 23.</i>
66	<i>Inhoud</i>	<i>1.3.1 + 1.3.2 Regiebehandelaar</i>	<i>In de 'functiemix voor behandelingen door instellingen' staat zowel de basispsycholoog als de BIG geregistreerde psycholoog gekenmerkt als regiebehandelaar. We vinden dat binnen de GGZ het regiebehandelaarschap thuishoort bij een BIG geregistreerd behandelaar, waarmee kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd en wat ook recht doet aan deze toegevoegde postdoctorale expertise. Onze vraag is of de NOP het hiermee eens is. Ook vragen we ons af waarom een regiebehandelaar minimaal 20% direct cliënt-gebonden tijd dient te bieden. BIG geregistreerde behandelaren zijn duur en schaars, we hebben binnen Therapeutisch Centrum een werkwijze ontwikkeld waarin niet BIG geregistreerde hulpverleners door hun BIG-collega's royale bijscholing en werkbegeleiding ontvangen en daarmee uitstekend werk kunnen verrichten (onder strikte supervisie van de BIG behandelaar). De schaarste aan BIG behandelaren wordt hiermee zo efficiënt mogelijk</i>	<i>Er is besloten de functiemix voor zowel de basis JGGZ als de SJGGZ te wijzigen waarin de direct cliëntgebonden tijd is losgelaten.  Dit is aangepast in het Programma van Eisen hoofdstuk 1.3.1 en 1.3.2 en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v2'.</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			<i>ingezet, maar wel minder dan 20%. Onze vraag is of dit percentage kan worden bijgesteld.</i>	
67	Contract	3.4. Tijdsnormen	<i>Er wordt begrijpelijk verwezen naar de Treeknorm. Vanuit de historie is duidelijk dat de landelijke oplopende wachttijden, het dreigend te kort aan zorgverleners en het geboden budgetplafont, maakt dat deze tijdsnorm niet haalbaar is gebleken. Wij hebben 100% grip op onze interne werkprocessen wat betreft efficiënte hulp en efficiënte werkprocessen, we hebben echter geen enkele grip op de getalsmatige toestroom van cliënten. Gezien de functie die wij als belangrijke instelling binnen de NOP hebben lijkt het ons niet gepast om bij oplopende wachtlijsten een aanmeldstop in te lassen (zoals kleine praktijken of kleine instellingen geregeld doen). Toch vragen jullie ons te houden aan de Treeknorm. Onze vraag is daarom: hoe wil de NOP dat wij omgaan met dit dilemma?</i>	<i>Enerzijds hanteren we de tijdsnormen om er zo voor te zorgen dat zorg tijdig wordt ingezet. Anderszijds hanteren we een budgetplafond om zo de kosten beheersbaar te houden. We realiseren ons dat er een spanningsveld tussen beide onderdelen kan ontstaan. De gemeente blijft zoeken naar manieren waarop het zorglandschap financieel houdbaar blijft voor zowel gemeente als aanbieder én waarbij oog is voor de gestelde tijdsnormen en wachtlijsten acceptabel zijn. De gemeente voert graag het gesprek met aanbieders over de duur en intensiteit van zorgtrajecten.</i>
68	Inhoud	3.6.2	<i>We staan uiteraard open voor jullie voorkeur voor een behandelmethodiek of behandelroute. Binnen de praktijk van de GGZ, en de landelijke richtlijnen daarbij, is het echter gebruikelijk dat behandeling en diagnostiek hand in hand gaan. Een belangrijk deel van ons werk is daarom het maken van een goede analyse en conceptualisatie van de klacht van waaruit een behandelroute wordt gekozen. Realiseert de NOP zich dat de voorkeur die wordt gegeven om een bepaalde methodiek te volgen om die reden kan conflicteren met de inschatting die gemaakt wordt door een diagnosticus/behandelaar uit onze organisatie? Overigens gaan we er van uit dat professionele afstemming over en weer te allen tijde mogelijk is.</i>	<i>Als gemeente schrijven we geen specifieke methodieken voor. We willen aanbieders de gelegenheid nieuwe methodieken of innovatieve aanpakken in te zetten. Echter heeft de inzet van effectieve methodieken wel de voorkeur. Als er ingezet wordt vanuit een nieuwe methodiek, dan willen we als gemeente graag geïnformeerd worden over deze inzet en de mogelijkheid hebben om een voorkeur aan te geven.</i>
69	Inhoud	Lokaal geboden en lokaal gevestigd.	<i>Programma van eisen GGZ v1. pagina 7 en pagina 10. Als aanvullende eisen noemt u dat zorg lokaal geboden worden en de aanbieder lokaal gevestigd is (GBGGZ), of op maximaal 15 km vanaf de gemeentegrens (SGGZ).  Is de vestigingseis, bij uitvoering van de zorg binnen de gemeentegrenzen, een uitsluitingsgrond?</i>	<i>Dat is correct, dit is een uitsluitingsgrond. Er wordt immers niet voldaan aan deze eis.</i>
70	Inhoud	definities Vrijgevestigde en Instelling	<i>Programma van eisen GGZv1. pagina 18. U noemt eisen voor een Instelling en een Vrijgevestigde. Welke definitie hanteert u voor een Instelling en voor een Vrijgevestigde?</i>	<i>Vrijgevestigd betekent dat de psycholoog of psychotherapeut zelfstandig werkt. Vaak heeft hij een eigen praktijk. Hij is niet verbonden aan een instelling of een psychiatrisch ziekenhuis.</i>
71	Contract	PvE versie 2 - functiemix	<i>In de nota van inlichtingen van 28 oktober is aangegeven dat de functiemix tabellen voor BGGZ en SGGZ voor vrijgevestigden en</i>	<i>Ja, de juiste versie is geüpload, onderstaand een nadere toelichting hierop:</i>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
		tabellen, vraag 13 en 66	instellingen aangepast zouden worden (zie o.a. vraag 13 en 66). In versie 2 van PvE lijkt het dat alleen het woord "postmaster" vervangen is door "WO-master". Is de juiste versie geupload?	<p>a. Bij categorie 2 is Post master vervangen voor WO master.</p> <p>b. Bij categorie 3 is Post master vervangen voor WO Master + specialisatie.</p> <p>c. In de tabel stond <i>direct cliënt gebonden tijd</i>. Hier is het woord <i>direct</i> verwijderd.</p> <p>d. Ook de tijdsnormen zijn aangepast in paragraaf 3.4.</p> <p>Voor zowel BJGGZ als SJGGZ is de functiemix in de tabel aangepast.</p> <p>Er is nu één tabel voor de functiemix bij de SJGGZ, waarmee er een onderscheid is tussen de functiemix BJGGZ en die van SJGGZ.</p>
72	Inhoud	vraag 49 Nvl 1	De gemeente heeft vraag 49 niet echt beantwoord. De huisartsen geven aan dat de POH jGGZ niet door hen gesuperviseerd kan worden en derhalve buiten de huisartsenzorg valt. Dat maakt dat dezelfde vraag opnieuw gesteld wordt. Wie is dan de eindverantwoordelijke op inhoud?	<p>De huisarts is en blijft de verwijzer, die doorverwijst op advies van de POH J-GGZ, en daarmee verantwoordelijk blijft voor zijn patiënt.</p> <p>Het nader uitwerken van samenwerkingsafspraken is een van de onderwerpen van gesprekken die gevoerd zijn en nog gevoerd worden.</p>
73	Inhoud	POH jGGZ	De gemeente verwacht een afname in de BGGZ door inzet POH jGGZ. Op Urk is al vanaf 2014 een POH jGGZ en vanaf die tijd wordt alleen maar een toename gezien van hulpvragen, zowel in de POH jGGZ als in de BGGZ en de SGGZ. Ook landelijke cijfers wijzen uit dat hulpvragen in de jeugdzorg toenemen. Waarop baseert de gemeente de verwachting dat er een afname van zorg in de BGGZ zal plaatsvinden? De stip op de horizon, die de gemeente nu stelt in het document, is namelijk al zeven jaar aanwezig op Urk. De zorgvragen nemen toe, evenals de wachttijden - ook in de POH jGGZ.	<p>De POH JGGZ is ingezet met als doel de eerstelijns jeugdzorg vanuit de huisartsenpraktijk te versterken en te verbinden met het brede veld van de jeugdhulpverlening. Hierdoor ontvangt een jeugdige passende zorg, wordt de huisarts ontlast en wordt geïndiceerde zorg – waar kan – voorkomen. Een jeugdige kan binnen de huisartsenpraktijk verder begeleid worden of gericht worden doorverwezen waarmee wordt voorkomen dat een jeugdige op de verkeerde wachtlijst wordt geplaatst.</p> <p>Voor beide gemeenten geldt dat in de loop der tijd gebleken is dat er veel ontwikkelingen zijn geweest op het gebied van POH J-GGZ.</p> <p>Op dit moment werken beide gemeenten aan een (door)ontwikkeling van de POH J-GGZ. De effecten hiervan zullen we gaan monitoren.</p>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
74	Proces	budgetplafond BGGZ	Het is nog steeds niet duidelijk of er wel of niet een budgetplafond komt. U zegt in het PvE (p25) dat 'het aantal jeugdigen in behandeling' de hoogte van het budgetplafond. In antwoord nr 60 zegt u dat het aantal behandelde jeugdigen het budgetplafond bepaalt. Wat is juist: is het aantal jeugdigen dat zorg vraagt en in behandeling komt vanaf 2022 bepalend voor het budgetplafond, of zijn de in het verleden behandelde aantallen jeugdigen bepalend voor de hoogte van het budgetplafond? In 'Stip op de Horizon' wordt gesproken van een variabel budgetplafond, hoe moeten we het zien?	<p>Er komt wel een budgetplafond. Dat wordt gebaseerd op het werkelijk in behandeling zijnde personen. Stel u behandelt 10 personen, dan is uw plafond 10 x 1.000 minuten, zijn het er 23 dan is het 23 x 1.000 minuten. Hetgeen waar we nog over in gesprek gaan zoals genoemd in antwoord op vraag 17, is de wijze hoe om te gaan met trajecten die in 2 jaren vallen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dat kan zijn aan beide kalenderjaren 500 minuten toekennen</li> <li>b. Afrekenen op basis van alle trajecten naar jaar van openen</li> <li>c. Afrekenen op basis van alle trajecten naar jaar van sluiten</li> </ul> <p>Maar daar gaan we zoals gezegd met gecontracteerde partijen over in gesprek. Omdat we graag een voor beide partijen een praktische afrekenwijze willen.</p> <p>Ter illustratie: Per cliënt voor de BJGGZ geldt dat er een toewijzing komt voor de duur van 9 maanden. Het systeem dwingt om hier een minutengemiddelde aan te koppelen. Op basis van historie is berekend dat voor de BJGGZ hier 1000 minuten geldt. Voor deze 1000 minuten geldt daarmee een totaal prijs van 1000 minuten x € 1,75 = € 1.750,- voor 1 cliënt.</p>
75	Juridisch	GVA	Door een technische storing bij Justis is de aangevraagde GVA afgewezen, kon deze niet digitaal aangevraagd worden. Gevolg is dat deze er waarschijnlijk niet op tijd is; gemiddelde tijd van afleveren is 4-8 weken. Hoe gaat de gemeente hiermee om? Worden aanbieders die deze niet op tijd aanleveren, uitgesloten vanwege vertraging door deze technische problemen bij Justis?	Het is ons niet geheel duidelijk of uw aanvraag voor een GVA is afgewezen of dat deze niet kon worden aangevraagd. Als bewijsmiddel willen wij dan graag het bewijs van aanvraag GVA zien zodat kan worden vastgesteld dat deze tijdig is aangevraagd. Bij start van de opdracht dient u te beschikken over een geldige GVA.
76	Contract	Bijlage Programma van Eisen 1.3.1. / aanvullende eisen	Wat betekent het voor een aanbieder als je structureel meer dan 1000 minuten gebruikt per cliënt, wat inhoudelijk te verantwoorden is, waardoor het gemiddelde hoger uitkomt dan 1000 minuten?	Dit wordt in beginsel niet vergoed. Mocht aantoonbaar zijn dat door de veranderde markt de minutengrens verschuift dan gaan partijen met elkaar in overleg. Zie tevens het antwoord bij vraag 74.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
77	Contract	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / aanvullende eisen	Wat betekent het voor een aanbieder als je structureel meer dan 2000 minuten gebruikt per cliënt, wat inhoudelijk te verantwoorden is, waardoor het gemiddelde hoger uitkomt dan 2000 minuten?	Dit zou betekenen dat je op jaarbasis minder cliënten kan behandelen, doordat je met een hoger gemiddelde sneller het budgetplafond bereikt. Een van de uitgangspunten is financiële houdbaarheid voor gemeenten en aanbieders. Deze minutengrens is naar aanleiding van berekeningen over gemiddelde minutenduur van trajecten tot stand gekomen. Hierbij laten deze berekeningen zien dat het grootste gedeelte van behandelingen onder de 2000 minuten valt. Het structureel hoger uitkomen met behandelingen boven de 2000 minuten ligt niet in lijn met de historie en draagt niet bij aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid tot het creëren van financiële houdbaarheid. Het voorlopig handhaven van een budgetplafond is een middel voor de gemeente om in gesprek te komen met aanbieders wanneer het budgetplafond bereikt wordt. Indien het budgetplafond bereikt wordt, kunnen aanbieders het verzoek bij de gemeente indienen om de overproductie tegen 85% van het tarief vergoed te krijgen. Dit is ter beoordeling van de gemeente.
78	Inhoud	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / functiemix	Wat maakt dat de GZ-psycholoog (BIG) niet meer als regiebehandelaar bij de SJGGZ geldt bij de nieuwe versie van programma van eisen, zoals ook bij andere gemeentes geldt voor SJGGZ? Wanneer inhoudelijk noodzakelijk kan een (medisch) specialist de regiebehandelaar zijn. Dit is echter niet altijd inhoudelijk noodzakelijk en kan daarmee tot extra minuten/ kosten leiden.	Dit klopt. De eerdere aanpassing is niet goed ingevoegd, het Programma van Eisen zal hierop worden aangepast.  Dit is aangepast in het Programma van Eisen en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v3'.
79	Inhoud	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / functiemix	De GZ-opleiding betreft een postdoctorale opleiding, oftewel een WO-Master + specialisatie zoals in categorie 3 wordt beschreven. Onder categorie 2 dienen de gedragswetenschappers (basispsycholoog/ orthopedagoog) te vallen als het gaat om WO-master. De GZ-psycholoog zou daarmee onder categorie 3 dienen te vallen. Het antwoord in vraag 6 van de nota van inlichtingen is daardoor nog niet voldoende kloppend ons inziens.	In de tabellen van 1.3.1 en 1.3.2 zal in Categorie 2 en 3 het woord <i>post</i> tussen haakjes worden toegevoegd.  Dit is aangepast in het Programma van Eisen en gepubliceerd op TenderNed als 'Programma van eisen GGZ v3'.
80	Inhoud	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / aanvullende eisen	Bij diagnostiek maken wij ook gebruik van HBO-professionals en HBO+-professionals (categorie 1) zoals bijvoorbeeld PMT-ers of gezinstherapeuten. Kan de HBO(+)-professional ook als "mede-diagnosticus" genoemd worden?	Dit klopt. In de functie mix tabel van paragraaf 1.3.2 staat de HBO+ functie wel opgenomen. Deze ontbreekt inderdaad in bullit 4 van de aanvullende eisen en zal hier op worden aangepast.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
81	Inhoud	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / aanvullende eisen	Dient er altijd een medisch specialist betrokken te worden bij een behandeling? Inhoudelijk is dit niet per definitie noodzakelijk. Dit zou ook tot meer minuten, en daarmee tot hogere kosten, leiden.	Nee. Een medisch specialist wordt betrokken indien noodzakelijk. Dit wordt aangepast in het Programma van Eisen.
82	Uitvoering	Bijlage Programma van Eisen 1.3.2. / aanvullende eisen	Wij werken als SJGGZ instelling bij de cliënten thuis of op een tijdelijk gehuurde locatie nabij de woonplaats van de cliënt (binnen een straal van max 15 km) zoals een gymzaal. Hiermee denken wij meer dan voldoende te voldoen aan de eis dat behandeling lokaal geboden wordt, ondanks dat we volgens de KVK in Lelystad gevestigd zijn. Klopt onze redenering? Kunnen we dit beschrijvend neerzetten in het "Formulier gegevens Inschrijver"?	Deze omschrijving klinkt niet regulier zoals de gemeenten dit kennen en voor gemeenten en inwoners gebruikelijk is. Binnen de SJGGZ zien wij als gemeenten wel een combinatie van zorg aan huis en op locatie. De zorg aan huis is duidelijk, bij de cliënten thuis. Daar waar nodig en kan. Bij zorg op locatie zijn de uitgangspunten gepast gebruik en doelmatigheid. Dit impliceert dat het juiste zorgaanbod door de juiste leverancier in de juiste setting voor de individuele cliënt wordt geboden. Hierbij gelden uitgangspunten als een passende locatie die toegankelijk is voor cliënten, waar de privacy geborgd is in wachtruimtes en behandelruimtes en continuïteit en zekerheid hierin geborgd is. De gemeente staat overwegend negatief ten opzichte van ruimtes als een gymzaal, buurthuis, clubhuis, speeltuin, open plaats in de natuur, scholen e.d.. De gemeente is van mening dat deze ruimtes niet kunnen voldoen aan de doelmatigheid, aangezien de functie van een dergelijke locatie anders is dan de randvoorwaarden die nodig zijn voor behandeling binnen de SJGGZ. De gemeente hecht hierbij grote waarde aan privacy en veiligheid. De eis zoals omschreven in paragraaf 1.3.2 bij de aanvullende eisen in de laatste bullit op pagina 10, is leidend. Opgenomen is dat hulp zo lokaal mogelijk geboden wordt en gevestigd is. Daarbij gaat de gemeente uit van bovenstaande. De redenering zoals omschreven wordt niet als meer dan voldoende gezien.  Een van de uitgangspunten van deze aanbesteding is ook een betere onderlinge samenwerking tussen gecontracteerde partijen. Hier ziet de gemeente wel mogelijkheden voor nog niet lokaal gevestigde partijen. Zie ook de laatste bullit bij het antwoord van vraag 93.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
83	Inhoud	Bijlage Programma van Eisen 3.12.	Bereikbaarheid buiten kantoor tijden: Wat wordt hierin concreet verwacht van de aanbieder? Klopt het dat het meer over flexibiliteit gaat dan over inzet bij crisis/ speed?	Dit klopt. We gaan er vanuit dat dit zeer incidenteel voorkomt en stellen dan ook geen harde eis aan de bereikbaarheid buiten kantoor uren. Wel heeft de gemeente de wens dat de nodige hulpverlening geboden wordt, ook als deze net voor of na kantoor tijden valt.
84	Contract	Vraag Nvl v2: Inkoopdocument ; n.a.v. antwoord op vraag nr.24 van Nvl v1.	Een poli in Lelystad zit op ca 20 km afstand van de grens met de gemeente NOP. Indien een aanbieder, die bovenregionaal opereert, niet een poli heeft die dichterbij de gemeentegrens is gelegen, wordt deze aanbieder o.b.v. dit gegeven dan definitief niet gegund voor de opdracht? Graag concreet beantwoorden.	De opdracht zal in dit geval niet worden gegund omdat in dat geval de afstand > 15 km is vanaf de gemeentegrenzen van de gemeenten Noordoostpolder en/of Urk. De 15 km grens wordt hemelsbreed bepaald van grens gemeenten tot het vestigingsadres.
85	Contract	Vraag Nvl v2; PvE GGZ; n.a.v. antwoord op vraag nr.27 van Nvl v1.	U geeft aan dat er geen sprake is van een harde minutengrens per cliënt. Daaropvolgend heeft u de volgende vragen nog niet beantwoord: - Is er sprake van een harde gemiddelde minutengrens per aanbieder? - Zo ja, betekent dit dan dat alle uren die die gemiddelde 33,3 uur per traject per aanbieder overschrijden, dat deze uren niet worden vergoed? - En: geldt dit dan voor zorg voortkomend vanuit alle verwijzers waaronder ook huis- of jeugdarts en gecertificeerde instelling? - Indien bovenstaande 1e vraag met NEE wordt beantwoord, kunt u dan aangeven hoe wel concreet in financieel-administratieve zin wordt omgegaan met het gestelde uitgangspunt van de gemiddelde 2000min cq 33,3 uur per client?	Er is in de SGGZ geen harde minutengrens per cliënt en ook niet per aanbieder. Er is slechts sprake van maximaal aantal te leveren minuten als instelling.  Wanneer er sprake is van een traject waarbij de 2.000 minutengrens wordt overschreden, dan wel de maximale duur. Wil de gemeente dat de instelling in overleg treedt met de gemeente. Dit doen wij vanuit onze regierol.
86	Contract	Vraag Nvl v2; PvE GGZ; n.a.v. antwoord op vraag nr.30 van Nvl v1	Verdiepende vragen: - Kunt u aantonen hoe 'alle kosten inclusief overhead' verdisconteerd zijn in de tarieven? - U gaat in op verschuiving van budget tussen (en met instemming van) 2 aanbieders, waarbij het initiatief voor gezamenlijk verdelen van budget bij de aanbieders zelf ligt. Dit 'klinkt wat vreemd'. Vraag: zijn aanbieders onderling van elkaar op de hoogte van hun budget, voortgang tav uitnutting, en potentiële over- of onderproductie? Zo nee, hoe verloopt het proces dat aanbieders in de praktijk onderling tot dergelijke akkoorden kunnen komen? - U stelt: "Omdat de overhead ons inziens voor die extra productie niet volledig naar rato mee hoeft mee te stijgen." Kunt u dit uitleggen? - Op pag 26 van het PvE staat dat bij overproductie "maximaal 85% van het tarief vergoed, omdat overheadkosten al meegenomen zijn in de tarieven tot behalen budgetplafond." In de beantwoording (nr 30 Nvl versie 1) stelt u: "De afslag van 15% is gebaseerd op het uitgangspunt	Er is een uitvraag gedaan onder aanbieders, hierin is zowel de directe inzet, productiviteit, als overhead zowel personeel als materieel van aard uitgevraagd. Op basis van de respons, hebben wij onze huidige tariefstelling aangepast. Omdat alle componenten uitgevraagd zijn, zitten ook alle componenten in het tarief verdisconteerd, ook de overhead.  2) Nee, aanbieders kennen elkaars budget niet. Echter aanbieders weten wel van elkaars bestaan. En kunnen onderling contact houden. We staan voor een gezamenlijke opgave de beste zorg voor onze inwoners te leveren en het zorglandschap betaalbaar te houden. Feitelijk zijn er altijd meerdere oplossingsrichtingen denkbaar. Of men verwijst nieuwe cliënten onderling door, of men gaat in gesprek over het eventueel overhevelen van productieruimte.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			dat de personeelskosten van de behandelaren maximaal 70% van het integrale tarief in de SGGZ zijn. En wij het resterende tariefsdeel voor 50% vergoeden." Hiermee lijken het PvE en de beantwoording in de Nvl elkaar tegen te spreken. Immers het PvE zegt 'het zat al in de vergoeding tot behalen budgetplafond", en de Nvl zegt: "na behalen budgetplafond wordt er een korting toegepast". Klopt het dat deze elkaar tegen spreken? Zo nee, kunt u uitleggen waarom niet? Zo ja, Kunt u aangeven wat juist is?	<p>3&amp;4) Volgens ons spreekt dit elkaar niet tegen. Voor alle geleverde minuten die passen binnen het budgetplafond ontvangt u het genoemde tarief. <u>Het 100% tarief</u>. Het is niet zo, dat wanneer u het plafond overstijgt alle minuten tegen 85% vergoed worden. Het betreft alleen de minuten die boven het plafond uit komen.</p> <p>Voor het 85% tarief hanteren wij het uitgangspunt dat het tarief is opgebouwd uit een loonkostendeel voor directe behandelaren en een deel materiële en personele overhead. Hierbij houden wij een verhouding van 70 / 30 aan. Waarbij er ook signalen zijn de overhead mogelijk zelfs een iets groter aandeel betreft.</p> <p>Voor de productie boven het plafond ontvangt u na toestemming 85%. (het volledige 70% deel voor de behandelaren) en de helft van de overhead component. Vanuit het principe dat overproductie slechts een beperkt deel van de totale productie is. En dat de meerkosten de extra kosten van de behandelaren zijn en slechts in beperktere mate ondersteunende medewerkers, management, automatisering en gebouwen.</p>
87	Inhoud	Vraag Nvl v2; PvE GGZ; n.a.v. antwoord op vraag nr.32 van Nvl v1	Op basis van welke criteria beoordeelt u of dat u de voorkeur geeft aan een methodiek?	Als gemeente schrijven we geen specifieke methodieken voor. Als er ingezet wordt vanuit een nieuwe methodiek, dan willen we als gemeente graag geïnformeerd worden over deze inzet en de mogelijkheid hebben om een voorkeur aan te geven. Die voorkeur zal gevormd worden door onder andere regionale en landelijke ontwikkelingen, databanken met wetenschappelijk erkende interventies en de uitgangspunten uit het beleidsplan Sociaal Domein.
88	Contract	Vraag Nvl v2; PvE GGZ; n.a.v. antwoord op vraag nr.33 van Nvl v1	Uw antwoord "ORT lijkt niet passend, omdat van aanbieders niet wordt verwacht dat er in ploegendiensten of onregelmatigheidsdiensten wordt gewerk" is onjuist om de volgende redenen: 1. Als er buiten kantooruren zorg geleverd wordt dan dient er door de zorgaanbieder ORT betaald te worden. Dit is zo ongeacht of er sprake is van wel of geen ploegendiensten. 2. Van de aanbieder wordt verwacht, of in ieder geval wordt de wens geuit (begrijpelijkerwijs), dat zij paraat staan op tijden die	<p>Nee, omdat de verwachting is dat dit niet tot zeer incidenteel voorkomt, lijkt ons dat niet van toepassing. We stellen dan ook geen harde eis aan de bereikbaarheid buiten kantooruren.</p> <p>Het Programma van Eisen is hierop aangepast, zie 3.12 van het Programma van Eisen.</p>

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			noodzakelijk zijn, dus ook buiten kantooruren. In algemene zin zal de hulpverlening buiten kantooruren een klein aandeel hebben. Voor trajecten met een meer complex karakter is de verwachting dat dit naar verhouding vaker voorkomt. Aangezien zorgorganisaties van elkaar verschillen, en mogelijk alleen bepaalde specifieke zorgorganisaties worden ingezet bij complexe casuïstiek, kan het zo zijn dat ORT bij de ene organisatie niet van toepassing is en juist bij een andere meer regelmatig. Vraag: Staat de gemeente open voor het toevoegen voor ORT in de tarieven, al dan niet binnen specifieke situaties?	
89	Contract	Vraag Nvl v2; PvE GGZ; n.a.v. antwoord op vraag nr.2 en 34 van Nvl v1	N.a.v. antwoord op vraag nr.2 van Nvl v1. Er wordt gesproken over dat er meer dan alleen effecten zijn dan personele kosten. Op moment dat de overige zaken (productiviteit) gelijk blijven, zal de aanpassing door de loonkosten worden doorgevoerd. a. Hoe gaat u om met de aanpassing van de materiele kosten? (Bijv. prijsindex materieel van de NZa). N.a.v. antwoord op vraag nr.34 van Nvl v1. U stelt dat het onjuist verwoord is. b. Betekent dat dit conform uw reactie wordt aangepast in het programma van eisen?	a. Wij volgen normaliter niet standaard de indexatiepercentages van de Nza. Bij indexatie wordt dan ook naar de materiële component van het tarief gekeken. b. De zin is vervallen en dit is inmiddels aangepast in het Programma van Eisen.
90	Contract	Vraag Nvl v2: cpt Raamovk; n.a.v. antwoord op vraag nr.35 van Nvl v1	Verdiepende vraag: a. Is de opdrachtnemer ten allen tijde verplicht een door opdrachtgever bepaalde cq voorgestelde verlenging te accepteren? (Graag concreet beantwoorden, bijv door JA of NEE.) b. Zo nee, onder welke omstandigheden ligt die verplichting er niet?	a. Ja, zie artikel 4.1 van de Raamovereenkomst. b. Bij interne en/of externe ontwikkelingen, waarbij in redelijkheid niet van één der partijen kan worden verwacht dat hij uitvoering blijft geven aan de Overeenkomst, hebben partijen de bevoegdheid de Overeenkomst op te zeggen.
91	Contract	Programma van eisen	Naar aanleiding van uw antwoord op vraag 26 uit de 1e nota van inlichtingen het volgende. U maakt strikt onderscheid tussen de zorgproducten uit de CARE (aanbesteding, gestart in 2020) en de CURE (lopende aanbesteding) en u geeft aan dat een aanbieder niet in beide categorieën kan vallen. Is het echter denkbaar dat een aanbieder juist wel in beide categorieën zorgproducten kan aanbieden en dat die elkaar niet overlappen?	Indien de categorieën elkaar niet overlappen is het eventueel denkbaar dat een aanbieder wel in beide categorieën zorgproducten kan aanbieden. Uitgangspunt hierbij is dat aan de gestelde uitsluitingsgronden, minimale eisen en geschiktheidseisen wordt voldaan zoals gesteld in de offerteaanvraag. Naar ons inziens is er een wezenlijk verschil in zorg die onder de Care en onder de Cure valt. Er zijn daardoor ook andere eisen gesteld aan de aanbieder van de Cure ten opzichte van die van de Care.

Ref.nr.	Label	Onderwerp	Vraag	Antwoord
92	Contract	Programma van eisen	Kunt u aangeven waar in de uitsluitingscriteria we kunnen terugvinden dat een reeds in de CARE-aanbesteding gegunde aanbieder niet meer kan deelnemen aan de CURE-aanbesteding?	Dit is niet terug te vinden in deze offerteaanvraag en Aanbestedende Dienst komt dan ook terug op het gegeven antwoord op vraag 26 van de 1 <sup>e</sup> nota van inlichtingen. Zoals aangegeven in antwoord 91 moet u voldoen aan de gestelde uitsluitingsgronden, minimale eisen en geschiktheidseisen als gesteld in deze offerteaanvraag.
93	Contract	Programma van eisen	Kijkend naar de combinatie van uw antwoorden op de vragen inzake acceptatieplicht, snelheid van infasering, voldoende gekwalificeerd personeel en de hoogte van het startbudget, is het voor nieuwe aanbieders nu niet helder waar zij van uit moeten gaan. Het kan zijn dat u een klein startbudget geeft, maar het kan ook zijn dat u veel volumeruimte geeft. Dat zal pas later (lees: na gunning) duidelijk worden. U geeft echter ook aan dat gecontracteerde aanbieders desondanks wel een acceptatieplicht hebben en dat het organiseren van voldoende en gekwalificeerd personeel de verantwoordelijkheid van de aanbieder is. Het voorbereiden op de start is voor nieuwe aanbieders hierdoor erg lastig; zij weten niet waar ze van uit moeten gaan. Met het risico dat ze niet meteen aan alle verplichtingen kunnen gaan voldoen. Wat is uw zienswijze op deze materie en hoe gaat u deze nieuwe aanbieders ondersteunen om op een verantwoorde en realistische wijze op te bouwen?	De meest reële verwachting is dat er geen sprake is van een groot aanvangsvolume en een grote voorbereiding niet noodzakelijk is. Slechts bij uitval van een bestaande "grote" aanbieder, zou daar een ander licht op doen schijnen.  Uiteraard wordt in geval van een nieuwe aanbieder op reële wijze om gegaan met het feit dat er sprake is van een opstartfase.