

SDA Nvl 2e Ambulante Jeugdhulp

Ref. Nr.	Onderwerp	Vraag	Antwoord
795	Vervolgvrage op antwoord 71 Nvl1 - wisseling mdw bij opzegging	<p>Het antwoord stelt dat opzegging door een mdw onder ontslag valt.</p> <p>Als een dergelijke opzegging dan leidt tot het moeten wisselen van een hulpverlener, dient de aanbieder die wisseling gemotiveerd te melden bij de verwijzer. Een dergelijke wisseling is, door het vertrekken van een medewerker (omdat deze zélf vertrekt) een logisch gevolg.</p> <p>1. Is dit de consequentie van het gegeven antwoord (gemotiveerd melden)? 2. Is dit wenselijk vanuit het perspectief van de gemeente(n)? 3. Welke waarde ziet de gemeente in deze handeling door aanbieder? 4. Het is ons niet duidelijk wie hier baat bij heeft; wie is/zijn dit volgens de gemeente?</p> <p>Overigens geeft antwoord 243 een andere beeld op deze situatie....</p>	<p>1. ja 2. Dit is wenselijk 3. Zodat de verwijzer op de hoogte is van welke hulpverlener betrokken is bij de hulpverlening voor afstemming en samenwerking. 4. Daar heeft de cliënt baat bij.</p>
796	Vervolgvrage op antwoord 104 Nvl1 - behandelDUUR	<p>Duidelijk is dat hier de behandelDUUR wordt bedoeld en niet de toewijzingsDUUR.</p> <p>Waarop is deze duur van maximaal 12 maanden BEHANDELING gebaseerd als in de Jeugdwet telkens om 'passende' voorzieningen wordt gevraagd?</p> <p>12 maanden is normatief en niet 'passend'. Hoe moet die 12 maanden worden gelezen?</p>	<p>1. Het is bekend dat het effect van behandeling afneemt naarmate de doorlooptijd langer is. Daarom streven we naar een kortere doorlooptijd. 2. De KPI en maximale duur in het PVE moeten los van elkaar gezien worden. GGZ behandeling mag maximaal 12 maanden duren. Echter streven we naar een kortere doorlooptijd van 9 maanden.</p>
797	Vervolgvrage op antwoord 114/124 Nvl1 - diagnostiek door niet-GGZ	<p>Het antwoord stelt dat een niet-GGZ aanbieder evenzeer diagnostiek kan uitvoeren, maar dat dit dan onder Behandeling individueel (niet-GGZ) valt.</p> <p>Als niet-GGZ aanbieder leveren wij 100% inzet van GW-er bij diagnostiek en behandeling. Om die diagnostiek te mogen uitvoeren, is een GW-er vereist. In de functiemix is echter in die situaties niet voorzien. Mocht het antwoord zijn dat een aanbieder niet verplicht is om een GW-er 100% in te zetten bij J&O-diagnostiek, is geldt dit als een drogreden. Aan de uitvoering van diagnostiek worden eisen gesteld waardoor een dergelijk antwoord niet juist kán zijn.</p> <p>Diagnostiek kent een functiemix van 100% WO of hoger, maar ind. behandeling niet-GGZ 60% HBO en 40% WO. Daarmee is ind.behandeling t niet-GGZ niet een reëel tarief voor diagnostiek of behandeling waar 100% GW (=WO!) voor nodig is.</p> <p>Ook de indirecte cliëntgebonden tijd is bij diagnostiek bij iund.behandeling niet-GGZ véél hoger dan bij reguliere behandelingsinzet. Deze is daarmee onvoldoende in het tarief verdisconteerd als alléén cliëntcontacttijd declarabel is.</p> <p>1. Hoe komt hier een reëel tarief voor beschikbaar? 2. Of hoe komt hier een passende productomschrijving voor beschikbaar, gevolgd door een reëel tarief?</p> <p>In het kader van normaliseren is dit een noodzakelijke beweging naar de J&O-aanbieders en weg van het exclusieve 'recht' voor de GGZ-aanbieders.</p> <p>3. Hoe vinden we elkaar hier?</p> <p>Zonder een reëel tarief zal een fors deel aan diagnostische capaciteit bij niet-GGZ aanbieders verdwijnen in de Achterhoek is onze inschatting per 1-1-2026.</p>	<p>1. De tarieven zijn al bekend, er komt geen nieuw tarief beschikbaar. 2. Er komt geen nieuw product. 3. Er is geen beweging naar exclusief recht voor GGZ-aanbieders. Voor niet-GGZ diagnostiek kan gebruik gemaakt worden van het product Behandeling individueel (niet-GGZ) en Behandeling Groep, als dit onderdeel is van de behandeling. Voor overige niet GGZ diagnostiek vragen kan Cliëntgebonden expertise en advies worden ingezet.</p>
798	Vervolgvrage op antwoord 117 Nvl1 - ASH volume	<p>Gevraagd werd naar de forse stijging in het aantal verwachte ASH trajecten in deze aanbesteding ten opzichte van de vorige en de bekende data.</p> <p>Het antwoord luidt:</p> <p>“Het aantal is gebaseerd op historische gegevens. Een stijging van ASH is niet per definitie negatief als dit uithuisplaatsing voorkomt.”</p> <p>Omdat wij geen enkel zicht hebben op de bewegingen regio-breed v.w.b. de uithuisplaatsingen, en ook benieuwd zijn of de ASH aanpak alhier inderdaad een causaal effect daarop heeft (gehad), de volgende vervolgvraag:</p> <p>Is het aantal uithuisplaatsing significant afgenomen a.g.v. de toename van het aantal ASH-trajecten van 26 naar 114 (plus 338%!!!).</p> <p>Als die conclusie juist is, dan is hier een prachtig bewijs van de effectiviteit van de inzet van ASH wat we graag terugkoppelen aan onze ASH-collega's. Hoe kunnen we dit vormgeven?</p>	<p>We lezen hier geen inkoop gerelateerde vraag. Uw conclusie delen wij niet, omdat dit niet is onderzocht.</p>
799	Vervolgvrage op antwoord 158 Nvl1 - vragen NIET beantwoord	<p>Er wordt géén antwoord gegeven op de 5 vragen die worden gesteld. In zijn geheel niet. Zonder een beantwoording wordt niet voldaan aan de aanbestedingsspelregels.</p> <p>Wij ontvangen graag alsnog specifiek antwoord per gestelde (5) vraag.</p>	<p>De regio heeft na een uitgebreide consultatie ervoor gekozen om niet voor 'systeemaanbieders' te kiezen, maar één specifiek product te introduceren voor aanbieders met een TOPGGz keurmerk, zoals ook in de eerste Nota als antwoord is aangegeven. Zoals te lezen valt in de tariefnotitie van bureau HHM gelden voor TOPGGz-aanbieders specifieke kenmerken die ertoe leiden dat HHM verwacht dat de gemiddelde overhead daarvan hoger zal zijn. De vaststelling van de hogere overhead is tot stand gekomen op basis van opslagpercentages die andere regio's in vergelijkbare situaties hanteren en de uitgebreide consultatie op basis waarvan de tariefnotitie mede is vastgesteld.</p>

800	Vervolg vraag op antwoord 158 Nv1 - ongelijke behandeling J&O en GGZ	<p>Uw antwoord op de 5 gestelde vragen (die hiermee NIET zijn beantwoord; zie daarvoor een andere gestelde vraag) luidde:</p> <p>""De regio heeft er na uitgebreide consultatie voor gekozen om niet voor 'systeemaanbieders' te kiezen, maar één specifiek product te introduceren voor aanbieders met een TOPGGZ keurmerk."</p> <p>Als systeemaanbieder zijn wij NIET GECONSULTEERD op dit onderwerp. Als systeemaanbieder hebben wij actief gepleit, onderbouwd en materiaal aangedragen om rekening te houden met de positie die systeemaanbieders hebben in het zorglandschap.</p> <p>Dat nu wordt gesteld dat er 'uitgebreide consultatie' hierover is geweest, vraagt om de volgende vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. welke consultatie wordt hier bedoeld? 2. wanneer heeft deze plaatsgevonden? 3. welke zorgaanbieders waren hierbij aanwezig? 4. wie was hier vanuit HHM bij aanwezig? 5. wie was hier vanuit SDA bij aanwezig? 6. welke documenten zijn hierbij door aanwezige zorgaanbieders gedeeld? 7. waar vinden wij deze? 8. hoeveel topGGZ aanbieders betreft dit (https://topggz.nl/afdeling/zoek?trefoord=&provincie%5B34%5D=34#zoek levert één aanbieder; is dat juist?) <p>De vraag over systeem/sleutelaanbieders wordt in het antwoord veranderd in een keuze voor 'een product' voor 'topGGZ' keurmerkaanbieders.</p> <p>9. hoe is de verandering van de vragen over sleutelaanbieders in de J&O verworden tot een antwoord in de GGZ-hoek?</p> <p>"Alle TOPGGZ-afdelingen hebben per definitie een bovenregionale functie hetgeen betekent dat hun expertise en zorgaanbod ook beschikbaar is voor patiënten buiten hun eigen regio."</p> <p>10. is het formeel georganiseerd zijn van sleutelaanbieders in de J&O-sector volgens de SDA een randvoorwaarde om in aanmerking te komen, zoals nu het geval lijkt bij deze producttoevoeging, voor een tariefdifferentiatie?</p>	<p>1. Bureau HHM heeft in par. 1.3 van de tariefnotitie de gehanteerde aanpak omschreven. Daaruit blijkt dat er meerdere ronden zijn geweest waarin zorgaanbieders uit de Achterhoek de mogelijkheid hebben gehad om vragen te stellen, hun zienswijze te delen en verbeterpunten voor te stellen. 2. zie website SDA voor data en presentaties van de marktconsultaties. 3. Daarbij waren ca. 100 aanbieders aanwezig. Er is geen presentielijst gehanteerd. 4. Nico Dam. 5. diverse medewerkers van de verschillende gemeenten. 6. De aanbieders hebben gereageerd op de opbouw van de tarieven en de productbeschrijvingen. 7. De reacties van aanbieders op de opbouw van de tarieven en de antwoorden daarop van HHM zijn voorafgaand aan de aanbesteding gedeeld via TenderNed. De reacties op de productbeschrijvingen zijn -indien overgenomen door SDA -verwerkt in de productbeschrijvingen gepubliceerd bij deze aanbesteding op TenderNed. 8. Niet bekend. 9. Er is nooit sprake geweest van sleutelaanbieders. Om in aanmerking te komen voor de hogere overhead-opslag dient inschrijver het product 'GGZ Hoog Complex' te kunnen aanbieden. Op basis van par. 3.3.4 (Technische bekwaamheid – Referentie) moet inschrijver via een referentie inzichtelijk maken dat inschrijver aantoonbaar ervaring heeft opgedaan in de afgelopen drie jaar met het uitvoeren van 'GGZ hoog complex' met een capaciteit van minimaal 60% van de door inschrijver aangeboden capaciteit.</p>
801	Vervolg vraag op antwoord 223 Nv1 - wijziging nog niet verwerkt?	<p>"De gemeenten hebben geen Protocol Eenzijdige beëindiging. De volgende zin wordt geschrapt uit eis 66: 'Opdrachtnemer volgt hierbij het Protocol Eenzijdige beëindiging.'"</p> <p>Deze wijziging is nog niet doorgevoerd in de V2 van PvE (28-2 gepubliceerd).</p> <p>Komt hier een V3 van?</p>	Dit wordt aangepast in het PvE. vs3 wordt mee gepubliceerd met deze Nv1.
802	Vervolg vraag inzake toegevoegd artikel 11 in ovk onjuiste keuze	<p>Artikel 1.1 is toegevoegd en bevat 'regels' hoe omgegaan wordt over de capaciteitsaanpassing als een of meerdere gemeenten niet verlengen willen.</p> <p>Lid 2 stelt:</p> <p>"De aanpassing van het aantal cliënten zal plaatsvinden op basis van de verhouding van het aantal gemeenten dat zich terugtrekt, ten opzichte van het totaal aantal gemeenten in de oorspronkelijke overeenkomst."</p> <p>Als één gemeente niet verlengt en deze niet-verlengende gemeente 80% van de gegunde en 'verbruikte' capaciteit van een aanbieder gebruikte, dan zegt lid 2 dat 1/8 ("de verhouding van het aantal gemeenten dat zich terugtrekt: 1 van de 8) van de totale gegunde capaciteit niet meer aan die aanbieder wordt toegewezen. Dit is dan 12,5%. De feitelijke terugloop is echter veel groter (80%).</p> <p>Ons inziens dient dan ook het FEITELIJKE capaciteitsvolume UIT de te verdelen capaciteit te worden gehaald en dat voor ALLE betrokken aanbieders.</p> <p>Deze formulering dient dan ook opnieuw vormgegeven te worden waarbij niet het aantal gemeenten dient te worden gehanteerd maar de capaciteitsverhoudingen die er tussen de gemeenten zijn,</p> <p>Bent u het eens dat de hierboven voorgestelde aanpassingswijze de juiste is en gaat u dit artikel zodanig aanpassen?</p>	<p>De wijzigingsclausule in artikel 1.1 zal komen te vervallen en het volgende geldt:</p> <p>De opdracht is verdeeld in lokale percelen en regionale percelen. Bij de lokale percelen geldt dat opzegging van de betreffende gemeente leidt tot niet-verlenging van de gegunde aanbieders bij dat perceel. Bij de regionale percelen verandert er niks aan de wijze van toekenning van cliënten indien individuele gemeenten opzeggen. Er zullen slechts minder cliënten aan de verschillende aanbieders worden toegekend. De procedure zoals omschreven in par. 1.4.5 van het Beschrijvend document geldt nog steeds. Zoals de laatste alinea van die paragraaf vermeldt, geldt dat een aanbieder in geen geval toekenning van een cliënt kan afdwingen. De capaciteit die hem voor een perceel gegund wordt, bepaalt slechts de reikwijdte van zijn acceptatieplicht en kan van invloed zijn op de verdeling van cliënten onder aanbieders, maar het geeft geen afdwingbaar recht op cliënten en geeft evenmin een omzetgarantie.</p>

803	Nvl37 PLUS Vervolg vraag inzake toegevoegd artikel 11 in ovk - onvolledig lid 3	<p>Lid 3 sub 2 van artikel 11 stelt in de laatste zin:</p> <p>"De opdrachtnemer zal in voldoende tijd in kennis worden gesteld, zodat hij de noodzakelijke stappen kan ondernemen om zijn capaciteit en planning aan te passen."</p> <p>Bij Nvl vraag 37 is gevraagd om bij een niet-verlenging van een of meerdere gemeenten, in voldoende tijd te voorzien voor aanbieders om te bepalen of een opzegging door aanbieder technisch nog mogelijk is.</p> <p>Deze wordt NIET expliciet genoemd in lid 3.2b van Art. 11. Alleen het aanpassen van capaciteit en planning wordt genoemd. Om als opdrachtnemer het recht om op te zeggen effectief te gebruiken, dient deze tijd te worden geboden door opdrachtgever.</p> <p>1 Hoe borgt SDA dat deze tijd voldoende is?</p> <p>Er staat in lid 3.1a slechts 'ten minste 6 maanden', maar de opdrachtnemer dient min, 6 maanden in acht te nemen bij opzegging. Dat betekent dat 'ten minste 6 maanden' onvoldoende KAN zijn om nog als opdrachtnemer op te zeggen. Art 1H geeft die mogelijkheid (verwijzend naar een artikel 19 wat niet over opzegging gaat; graag hier nog aandacht voor). Maar die mogelijkheid kan niet uitgeoefend worden als de termijn daarin niet voorziet.</p> <p>2. Kan dit toegevoegd artikel aangepast worden opdat er voldoende tijd resteert voor opdrachtNEMER bij het niet volledig verlengen door opdrachtGEVER (één of meerdere gemeenten) om het opzeggingsrecht zoals in art. 1H staat uit te kunnen oefenen?</p>	Artikel 11 zal komen te vervallen. Zie tevens het antwoord op vraag 802.
804	Vervolg vraag op antwoord 780 Nvl1 - géén SROI verplichting GGZ?	<p>Vraagsteller vraagt of het correct is dat de GGZ uitgezonderd is van de SROI verplichting. En dat nu nog wel hebben.</p> <p>Wij zijn hoogst verbaasd dat het antwoord hierop luidt: 'correct'.</p> <p>Immers, alle partijen die in willen schrijven en zorg willen leveren in de Achterhoek, moeten dit doen vanuit alle beleidsdocumenten die voor alle partijen gelden.</p> <p>Hoe kan één groep aanbieders dan uitgezonderd worden van deze SROI verplichting, zeker gezien de situatie ze NU (2025) géén uitzonderingspositie kennen?</p> <p>Welke motivatie ligt hieraan ten grondslag?</p> <p>Is de SDA zich bewust van het feit dat hiermee een ongelijke behandeling van gelijke partijen wordt gerealiseerd die in strijd is met vigerende wetgeving omtrent aanbestedingen?</p>	De aanbestedende dienst hecht waarde aan maatschappelijk verantwoord ondernemen, om deze reden is het uitgangspunt dat 2% van de contractwaarde social return betreft. De aanbestedende dienst meent dat bij het overgrote deel van de jeugdhulp social return goed inzetbaar is. Dat blijkt ook wel, nu dat tot op heden ook gebeurt. Van strijdigheid met het gelijkheidsbeginsel is geen sprake, omdat de SROI eis voor iedereen die op deze percelen inschrijft, geldt. De aanbestedende dienst is van mening dat bij de hoog-specialistische zorg die wordt uitgevraagd bij de percelen 18 t/m 22, zijnde de GGZ-percelen, het perceel "cliëntgebonden expertise en advies SDA regionaal" en het perceel "diagnostiek SDA regionaal", het hanteren van een SROI eis niet gepast is. De te verlenen zorg is hier zo gespecialiseerd, dat de aanbestedende dienst er de voorkeur aan geen SROI verplichting op te nemen. In reactie op uw zorg ten aanzien van gelijke spelregels merkt de aanbestedende dienst op dat alle partijen die zich inschrijven op een perceel dat is uitgezonderd van SROI-verplichtingen aan dezelfde eisen dienen te voldoen en gelijk wordt behandeld. Van strijdigheid met gelijkheid is dan ook geen sprake. Wel gelden er verschillende eisen tussen hoog specialistische zorg en meer reguliere zorg, maar dat verschil wordt naar het oordeel van de aanbestedende dienst gerechtvaardigd door het verschil in te leveren zorg. De aanbestedende dienst wijst erop dat zij zelf, als inkoper en verantwoordelijke voor de te leveren zorg, een hoge mate van vrijheid toekomt om bijzondere aanvullende voorwaarden te stellen dan wel achterwege te laten. De hier gemaakte keuze valt binnen deze vrijheid en is niet strijdig met gelijkheid of transparantie. "
805	Vervolg vraag op antwoord 292 Nvl1 - aanname SROI	<p>Het antwoord bevat de volgende zin:</p> <p>"Er is een uitzondering gemaakt voor zeer specialistische diensten. De aanname is dat het bij dergelijke diensten lastiger is om aan de SROI verplichting te voldoen."</p> <p>Elders vernemen we dat hier GGZ, diagnostiek en cliënt gebonden expertise wordt bedoeld met 'zeer specialistische diensten'.</p> <p>Waarop is de aanname die gedaan wordt gebaseerd?</p> <p>In de huidige contractering zijn deze diensten NIET uitgesloten; wat maakt dat dat nu WEL wordt toegestaan?</p> <p>Is de SDA van mening dat hiermee gelijke spelregels gehanteerd worden of is er hier sprake van verschillende spelregels?</p>	Zie antwoord vraag 804

806	Vervolg vraag op antwoord 307 Nv1 - parameters tarieven versus PvE	<p>Op de vraag of de parameters in de tarievennotitie slechts indicatief zijn om tot een kostprijs te komen, is het antwoord:</p> <p>"Dat klopt. De parameters in het rapport van HHM zijn gebruikt om te komen tot de tarieven. De eisen die gelden ten aanzien van feitelijke zorglevering zijn verwerkt in het Programma van Eisen."</p> <p>In in ieder geval de volgende eisen lijkt dit echter toch 1-op-1 te zijn:</p> <p>In PvE 118 staat dat minimaal 30% HBO moet zijn in de uitvoering. In de HHM notitie (tabel 4) staat dat 30% HBO meegenomen is in de tariefbepaling. In PvE 127 staat minimaal 70% HBO de uitvoering moet doen. In de HHM notitie (tabel 4) staat dat 70% HBO meegenomen is in de tariefbepaling.</p> <p>Bij deze is er een andere verhouding: In PvE 132 staat minimaal 40% HBO de uitvoering moet doen. In de HHM notitie (tabel 4) staat dat 50% HBO meegenomen is in de tariefbepaling. In PvE 135 staat minimaal 70% HBO de uitvoering moet doen. In de HHM notitie (tabel 4) staat dat 90% HBO meegenomen is in de tariefbepaling.</p> <p>Een volledige opsomming is niet gegeven, maar het lijkt niet een eenduidige toepassing van het antwoord dat is gegeven.</p> <p>Bij andere soortgelijke vragen is het antwoord gegeven dat inderdaad de parameters van de tarieven NIET in de uitvoering gevolgd dienen te worden. Is dat standpunt onveranderd?</p>	Ja, het standpunt is onveranderd.
807	Vervolg vraag op antwoord 315 Nv1 - van HBO+ naar HBO	<p>Vraagsteller verzoekt om de eis van "HBO+/AMS" bij te stellen naar "HBO/AMS" omdat ook HBO ingezet wordt.</p> <p>De regio stemt hiermee in en past PvE, product én tarief. De 1e 2 zijn gewijzigd, tarief niet. Komt dit nog en is het juist dat het tarief LAGER wordt door de downgrading met HBO?</p> <p>Daarnaast: in de J&O geldt een dergelijke redenering evenzeer. Er wordt ook HBO personeel ingezet daar waar HBO+ gevraagd wordt. Welke afweging geldt dat voor GGZ Hoogcomplex dit wordt toegestaan, sterker nog, zelfs gehonoreerd wordt in mutaties in de aanbesteding, maar dit bij J&O diensten systematisch wordt afgewezen? Welke argumenten zijn hiervoor aan te dragen door SDA voor deze ongelijke behandeling?</p>	<p>1. Het tarief blijft ongewijzigd omdat in het tarief al rekening is gehouden met HBO. De parameters in het rapport van HHM zijn gebruikt om te komen tot de tarieven. De eisen die gelden ten aanzien van feitelijke zorglevering zijn verwerkt in het Programma van Eisen en de productbeschrijvingen.</p> <p>2. Voor J&O diensten wordt nergens HBO+ als minimum eis gesteld. Er is dus geen sprake van ongelijke behandeling.</p>
808	Vervolg vraag op antwoord 327 Nv1 - declarebele tijd	<p>Het antwoord luidt:</p> <p>"De eis wordt aangepast voor het product GGZ Hoog Complex, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen directe en indirecte uren. Voor alle overige producten blijft het onderscheid wel van kracht."</p> <p>In andere antwoorden wordt gesteld dat een uitspraak van CRvB in 2024 de gemeenten er toe heeft verplicht alleen cliëntcontacttijd declarabel te laten zijn omdat dit 'toezicht houden vergemakkelijkt' maar vooral 'daarmee de cliënt weet wat hij mag verwachten' van de aanbieder. Anders geformuleerd: de 50 uur op de beschikking staan ook in de toewijzing en daarmee levert de aanbieder ook 50 uur contacttijd. Het is duidelijk voor de cliënt en de toezichthouder.</p> <p>Bij het declarebel maken van de indirecte tijd, geldt bovenstaande niet meer: - het volume op de beschikking is hoger dan de feitelijke contacttijd - het is niet meer kristal helder wat er verwacht mag worden - er kan niet meer 1-op-1 gecontroleerd worden tussen toewijzing-levering-declaratie.</p> <p>Welke argumenten heeft SDA om deze afwijking van de eigen opgelegde verplichting vanuit de CRvB uitspraak waarnaar wordt verwezen, toe te staan voor de GGZ-diensten?</p>	Een belangrijke overweging hierbij is voortgekomen uit de dialoog met de aanbieders. Die hebben bijvoorbeeld aangegeven dat de variatie van de verhouding direct/indirect bij de betreffende kinderen met een hoogcomplex hulpvraag erg groot is; soms veel directe tijd, soms heel veel indirecte inzet. Voor een tarief obv alleen directe tijd, moet je een aanname doen voor een gemiddelde. Deze variatie maakt dat lastig (onmogelijk), waardoor aanbieders er niet goed mee uit de voeten kunnen. Daarom deze keuze door aanbestedende dienst.
809	Vervolg vraag op antwoord 337 Nv1 - onjuist antwoord i.r.t. declarabiliteit	<p>Antwoord: "Het stopbericht wordt verstuurd na de laatste directe cliëntcontacttijd, ongeacht de vorm (face-to-face, screen-to-screen of ear-to-ear), conform het standaard administratieprotocol."</p> <p>Dit is niet juist omdat in de betreffende percelen indirecte cliënttijd OOK declarabel is gesteld.</p> <p>Dus: - of het stopbericht wordt op een ander moment gestuurd, namelijk als de laatste cliëntgebonden handeling is afgerond - of de GGZ gaat ook alléén cliëntcontacttijd declareren</p>	Het antwoord in de eerste Nota van Inlichtingen is juist. Het versturen van het stopbericht staat los van datgene dat wel en niet declarabel is.
810	1.5 Bekostiging aanbesteding	<p>In het beschrijvend document beschrijft u het volgende: SDA heeft een tarief opgesteld waarbij indirect cliëntgebonden tijd is opgenomen in het tarief. Alleen de "cliënt-contact-tijd" (direct cliëntgebonden tijd) kan door Oprachtnemer gefactureerd worden. Voor producten vallend onder behandeling individueel is dit niet realistisch omdat deze veelal in de thuissituatie plaatsvindt en er dus standaard reistijd aan verbonden is. Indien alleen CCT gedeclareerd mag worden zijn de tarieven niet kostendekkend. Wij verzoeken dan ook dit te heroverwegen.</p>	We heroverwegen dit niet omdat reistijd onderdeel van het tarief is.

811	<p>Vervolg vraag n.a.v. 432 Nv1 - nieuw document toegevoegd: Standaard-Administratieprotocol-2022.pdf</p>	<p>Dit document is toegevoegd n.a.v. vraag 432 in Nv1.</p> <p>Dit toegevoegd document handelt over de actuele uitvoeringssituatie met een TAAKGERICHTE bekostigingsvariant.</p> <p>In deze voorliggende aanbesteding(en) wordt gecontracteerd met een INSPANNINGSGERICHTTE bekostigingsvariant. Daarmee is het toegevoegde document niet overeenkomstig de overige aanbestedingsdocumenten.</p> <p>Dit toegevoegd document is daarmee niet relevant en dient dan ook géén onderdeel uit te maken van de aanbestedingsdocumenten.</p> <p>Tenzij het slechts ter illustratie dient hoe een nog op te stellen protocol er uit zou kunnen zien per 1-1-2026.</p> <p>De link verwijst in de overeenkomst naar een overzichtspagina van iSociaaldomein, de 'eigenaar' van de SAP's. Die verwijzing is niet juist. Dit is de juiste pagina:</p> <p>https://i-sociaaldomein.nl/page/view/9b5afe0e-7582-438b-9f7f-6a0c99f3a912/standaard-administratieprotocollen-saps</p> <p>Het verzoek is dan ook om</p> <ul style="list-style-type: none"> - te bevestigen dat dit document als enkel en alleen als illustratief dient te worden beschouwd in deze aanbesteding - of dit document weer te verwijderen uit de aanbesteding omdat dit strijdig is met de andere aanbestedingsdocumenten die inspanningsgericht zijn vormgegeven 	<p>Dit document is inderdaad ter illustratie. Dit protocol dient te worden geactualiseerd en in de implementatie periode (tweede helft van 2025) ontvangt Opdrachtnemer het geactualiseerde toe te passen administratieprotocol. Hierbij baseert de regio zich op de inspanningsgerichte bekostigingsvariant conform de i-sociaal domein standaarden</p>
812	<p>Vervolg vraag op antwoord 451 Nv1 - opgelegde coördinatieplicht bij samenstel van diensten</p>	<p>Vraagsteller vraagt de regio om het artikel 1, lid 3 zodanig aan te passen zodat zorgaanbieder en Opdrachtgever eerst in overleg treden voordat Opdrachtgever deze verantwoordelijkheid toewijst aan zorgaanbieder en zorgaanbieder deze taak kan afwijzen.</p> <p>Uw antwoord daarop is negatief.</p> <p>Tevens vraagt vraagsteller om bij een negatief antwoord, dit toe te lichten,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deze toelichting ontbreekt; wilt u deze alsnog toelichten? 2. Wij lezen uw negatieve reactie om in te stemmen met de gevraagde wijziging feitelijk als een op te leggen dictaat ('aanwijzing') zonder overleg, eenzijdig en niet te weigeren door aanbieder. Is dit hoe deze gelezen dient te worden? <p>Als het antwoord op vraag 2 'ja' is:</p> <p>3a, Welke criteria gaan gemeenten hanteren om te bepalen WELKE zorgaanbieder deze verantwoordelijkheid toegewezen gaat krijgen?</p> <p>3b. Hoe worden de coördinatiekosten die hierbij komen kijken vergoed door gemeenten aangezien dit indirect cliëntgebonden tijd is en daarmee vooralsnog niet declarabel is voor niet-GGZ aanbieders (die wél de indirect cliëntgebonden tijd mogen declareren)?</p> <p>Deze coördinatie is namelijk NIET meegenomen in de tariefbepaling door HHM (behalve bij GGZ-aanbieders die deze indirecte tijd wél mogen declareren), waardoor in deze situaties geen sprake kan zijn van een reëel tarief voor niet-GGZ aanbieders.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Als gemeenten volgen wij de landelijke contractstandaarden als het gaat om de bepaling van de levering van jeugdhulp. 2. Nee, wij zien dit niet als op te leggen dictaat. Een aanbieder mag een zorgvraag afwijzen indien hier zwaarwegende redenen voor zijn (zie PVE eis. 40). De aanbieder dient dit te onderbouwen en in overleg te treden met de verwijzer.
813	<p>Vervolg vraag op antwoord 461 Nv1 - KPI's</p>	<p>Uw antwoord luidt:</p> <p>"De afspraken rondom de KPI zoals beschreven in de overeenkomst passen wij niet aan. Het proces wordt in de implementatiefase uitgewerkt."</p> <p>De afspraken waar naar wordt verwezen zijn niet met aanbieder(s) opgesteld, waardoor o.i. geen sprake kan zijn van een 'afpraak' maar van een set eisen die eenzijdig is bepaald en in de overeenkomst is opgenomen.</p> <p>Er is geen sprake geweest van een gelijkwaardig overleg waarin vrijwillig met elkaar afgesproken is welke KPI's en hoe deze gemeten dienen te worden.</p> <p>Het is derhalve een misvatting dat dit AFSPRAKEN zijn. Dit zijn EISEN.</p> <p>Kunnen we afspreken met elkaar dat in de implementatiefase niet alleen het proces, maar ook de inhoud van deze KPI's met elkaar besproken wordt en dat dáár afspraken over gemaakt worden?</p> <p>Graag zien we uw antwoord conform bovenstaande gecorrigeerd.</p>	<p>Het antwoord wordt niet gecorrigeerd. Het klopt dat dit eisen zijn. In de implementatiefase gaat het niet over de inhoud van de KPI's. Zie PVE eis 100 voor de werkwijze indien aanpassing van een KPI noodzakelijk is.</p>

814	Vervolg vraag op antwoord 466 Nv1 - verwijzing naar Jw	<p>Uw antwoord luidt: "Dit artikel wordt niet aangepast. Het is een wettelijk plicht om door de Jeugdwet aangewezen verwijzers te betrekken."</p> <p>Deze wettelijke plicht is niet terug te vinden in de Jeugdwet.</p> <p>Naar welk artikel(en) wordt verwezen waarin deze plicht is opgenomen als het gaat om verlengde jeugdzorg?</p> <p>Gezien de aard en bedoeling van deze alinea in de overeenkomst, stellen we de volgende vraag; die een explicietere formulering kent dan de oorspronkelijke vraag, met in achtneming van uw primaire antwoord:</p> <p>Is de aanbestedende dienst van mening dat consulenten niet betrokken dienen te worden bij deze situaties en zo ja, op grond van welk argument/argumenten onderbouwt u deze keuze?</p>	<p>Wij corrigeren ons antwoord. In de praktijk zullen verwijzingen voor verlengde jeugdhulp alleen door consulenten of jeugdrechtseerders gedaan worden. Consulenten worden in de praktijk altijd betrokken. Dit wijzigt niets aan de Raamovereenkomst.</p>
815	Vervolg vraag op antwoord 530 - keuze declarabele parameter	<p>Vraagsteller stelt 2 vragen: 1. Kan de regio aangeven waarom de 'herhaaldelijke uitspraken van de CRvB' van toepassing zijn op de Jeugdwet? 2. En kan de regio deze uitspraken delen?</p> <p>Uw antwoord luidt: "De regio kiest ervoor om de systematiek van directe en indirecte tijd ook bij jeugdhulp toe te passen om de transparantie en rechtmatigheid te borgen."</p> <p>Dit is echter géén antwoord de gestelde vragen,</p> <p>Het is een antwoord op de vraag: "Waar kiest de regio voor?" en "Waarom kiest de regio daar voor?"</p> <p>Wij ontvangen graag alsnog antwoord op de gestelde 2 vragen en aanvullend de volgende vraag die in uw antwoord opgesloten ligt:</p> <p>"van directe en indirecte tijd ook bij jeugdhulp" : hoe moet dit gelezen worden? Als dat beide ook declarabel worden gesteld?</p>	<p>1. De betreffende uitspraken zien toe op de positie van de cliënt bij maatschappelijke ondersteuning. De regio is van opvatting dat de cliënt in de jeugdhulp (en diens ouders/verzorgers) een vergelijkbare positie innemen. 2. Zie bijvoorbeeld ECLI:NL:CRVB:2022:2099, waarbij in alinea 4.1 is uitgelegd hoe de CRvB aankijkt tegen de positie van de cliënt.</p>
816	Vervolg vraag op antwoord 532 - herijking	<p>Vraag gaat over herijking, antwoord gaat over indexering. Dit zijn twee verschillende aspecten in het invulling geven aan de AmvB Reële tarieven. Antwoord is daarmee geen antwoord op de vragen die zijn gesteld:</p> <p>1. Kunnen we er vanuit gaan dat de regio kritisch blijft op de haalbaarheid van de uitvoering van de opdracht en in samenspraak met aanbieders bepaalt wanneer herijkt moet worden? 2. En daarbij eerder kan herijken dan de eerste verlengingsoptie?</p> <p>Deze 2 vragen worden niet beantwoord door te verwijzen naar het conformeren aan de AmvB.</p> <p>Wij ontvangen graag de antwoorden op deze 2 vragen.</p>	<p>Bij substantiële wijzigingen in de dienstverlening kan aanpassing van tarieven worden overwogen. Dit verloopt via de wijzigingsprocedure zoals beschreven in artikel 2A van de concept raamovereenkomst. Voorstellen worden besproken in de contractmanagementgesprekken.</p>
817	Vervolg vraag op antwoord 656 - acceptatieplicht	<p>Vraagsteller vraagt om bevestiging dat de acceptatieplicht alleen van toepassing is op de expertise die hij biedt. Dit betreft blz. 11 van de bijlage 8.</p> <p>Uw antwoord luidt: "De acceptatieplicht houdt in dat een aanbieder verplicht is zorg te leveren tot de gegunde capaciteit is bereikt. De gunningssystematiek bepaalt de maximale capaciteit per aanbieder. Binnen deze capaciteit moet de aanbieder passende zorgvragen accepteren, tenzij er zwaarwegende redenen zijn voor weigering."</p> <p>U gaat niet in op de gestelde vraag, u verwijst niet naar de expertise in relatie tot de acceptatieplicht.</p> <p>Graag ontvangen wij alsnog het antwoord op de gestelde vraag ter voorkomen van misverstanden. Wij gaan er immers ook van uit dat de expertise in bijlage 8 de inhoudelijke grenzen aangeven van tot waar de acceptatieplicht kan reiken op INHOUD.</p>	<p>We gaan uit van de expertise die de aanbieder aangeeft in bijlage 8. Indien een aanbieder een expertise niet aankruist, valt dit onder zwaarwegende redenen voor weigering.</p>

818	Vervolg vraag op antwoord 694 - samenloop	<p>Vraagsteller stelt de vraag: "Kunt u de eis wijzigen in een verplichting tot een inhoudelijke onderbouwing als beide producten tegelijk worden ingezet."</p> <p>Uw antwoord: "Voor deze vraag verwijzen we naar de stapelingsmatrix van jeugdhulp met verblijf."</p> <p>Deze verwijzing is geen beantwoording van de gestelde vraag. Bovendien is tijdelijke aanvullende individuele ondersteuning soms juist nodig om een zwaardere inzet te voorkomen (van pleegzorg naar een gezinshuis of groepsverblijf bijvoorbeeld). In uw antwoord op deze vraag is het benoemen dat verblijf tot een andere aanbesteding behoort niet relevant aangezien PvE 126 expliciet verblijf zelf noemt.</p> <p>Graag ontvangen wij een antwoord op de gestelde vraag om PvE 126 aan te passen naar een 'nee tenzij' formulering waarbij de motivatie door aanbieder dient te worden overlegd. In aanpalende regio's waaronder Rijk van Nijmegen en Centraal Gelderland is deze werkwijze gebruikelijk. We vinden het passend dat dit ook in de Achterhoek tot de mogelijkheden bestaat om in te zetten, Mogelijk dat u dit als 'stepped' care ziet, maar niet altijd is direct 'matched' care mogelijk of ontstaat door ontwikkelingen een intensievere hulpvraag die beantwoord kan worden met een tijdelijke inzet van ind, ondersteuning. Dit niet toestaan, is per definitie daarmee een goede voorspeller op het aantal noodzakelijke doorplaatsingen wegens niet meer passend zijn van de zorg.</p> <p>Ter inspiratie: 'meerzorg' wordt dit genoemd in Rijk van Nijmegen. We raden u met klem aan bij de burens hier navraag naar te doen. Uiteraard kunnen wij deze informatie ook delen met u: https://robregionijmegen.nl/wp-content/uploads/2024/11/Procedure-aanvraag-en-beoordeling-1-op-1-begeleiding-verblijf.docx</p> <p>Wij dringen dan net als vraagsteller, uitdrukkelijk aan op het toestaan van deze gelijktijdige inzet INDIEN dit deugdelijk onderbouwd is.</p>	<p>We passen het PvE aan en verwijderen de verwijzingen naar verblijfsproducten en residentiele zorg. Voor de stapeling binnen jeugdhulp met verblijf verwijzen we naar de aanbestedingstukken jeugdhulp met verblijf.</p>
819	Vervolg vraag op antwoord 697 Nv11 - diagnostiek GGZ/niet-GGZ	<p>Vraag luidt: "Wat is de reden dat er bij diagnostiek specifiek om een DSM-5 classificatie gevraagd wordt? Handelingsgerichte diagnostiek is meer passend binnen de tendens in de hulpverlening en ook binnen uw eigen visie."</p> <p>Uw antwoord: ""De DSM-5 classificatie wordt gevraagd omdat het een gestandaardiseerd classificatiesysteem is voor psychische stoornissen. Handelingsgerichte- of procesdiagnostiek kan plaats vinden binnen het product sGGZ, zoals opgenomen in de productbeschrijving. "</p> <p>Ter voorkoming van misverstanden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. is DIAGNOSTIEK als product hiermee voorbehouden voor GGZ-aanbieders, die immers de DSM-5 'mogen' hanteren? 2. indien het antwoord op 1 'neen' is, dan kan een niet-GGZ aanbieder evenzo dit product leveren om handelingsgerichte of procesdiagnostisch onderzoek uit te voeren bij gezinnen en cliënten. Graag uw bevestiging daarvan. 3. Als het antwoord 'ja' is, hoe voorziet de regio in de diagnostiekvragen die géén GGZ-inhoud betreft? Welke dienst door welke aanbieder verwacht de regio hiervoor te contracteren en in welk volume? 	<p>1. Ja 3. Voor niet-GGZ diagnostiek kan gebruik gemaakt worden van het product Behandeling individueel (niet-GGZ) en Behandeling Groep, als dit onderdeel is van de behandeling. Voor overige niet GGZ diagnostiek vragen kan Cliëntgebonden expertise en advies worden ingezet.</p>
820	Vervolg vraag op antwoord 699 - onderwijs en zorg/jeugdhulp	<p>Uw antwoord op de gestelde vraag luidt: "Begeleiding in onderwijs / zorg in onderwijs valt onder ondersteuning individueel. "</p> <p>Dit lijkt onjuist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. blz. 10. paragraaf 14: "onderwijs jeugd arrangementen (OJA) vallen buiten de scope." 2. In Bijlage 8, laatste blad staat: "onderwijs jeugd arrangementen (OJA) vallen buiten de scope." <p>Daarmee valt dit NIET onder ondersteuning individueel zoals in uw antwoord staat.</p> <p>Graag een juist antwoord op de gestelde vraag, dan wel een correctie op het gegeven antwoord. Dan wel een nadere uitwerking van eventueel onderscheid tussen OJA en "begeleiding in onderwijs/zorg in onderwijs" zoals in uw antwoord. In de aanbestedingsdocumenten wordt dit onderscheid niet zichtbaar.</p>	<p>Een OJA is een collectief, groepsgewijs zorgaanbod in onderwijs voor een groep leerlingen die met ongeveer dezelfde problematiek kampt. Als een leerling dreigt uit te vallen binnen het reguliere onderwijs, wordt gekeken of de leerling gebaad is bij dat aanbod. Een OJA valt buiten de scope van deze aanbesteding. Begeleiding in onderwijs / Ondersteuning in onderwijs is individueel en is meer maatwerk. Het is geen groepsaanbod maar per leerling wordt bekeken wat er nodig is. In principe kan dit op elke school ingezet worden als dat nodig is. Begeleiding in onderwijs / zorg in onderwijs valt onder Ondersteuning individueel, dat nu aanbesteed wordt.</p>

821	Vervolg vraag op antwoord 701 Nv1 - Zorgverzekerswet NIET van toepassing	<p>In uw antwoord stelt u:</p> <p>"Logopedisch, fysio- en ergotherapeutisch onderzoek valt niet onder de Jeugdwet. Deze onderzoeken vallen onder de Zorgverzekeringswet. "</p> <p>Graag wijzen wij u op artikel 1.2 lid 2 dat als volgt luidt:</p> <p>"Indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek en daardoor zowel een vorm van zorg, op grond van een recht op zorg als bedoeld bij of krachtens de Wet langdurige zorg of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, als een soortgelijke voorziening op grond van deze wet kan worden verkregen, is het college gehouden deze voorziening op grond van deze wet te treffen."</p> <p>Dit artikel stelt het tegenovergesteld van uw antwoord.</p> <p>Het uitvoeren van dergelijk diagnostisch onderzoek om in de problematiek kaart te brengen opdat een juist behandelaanbod kan worden vormgegeven, valt daarmee onder de Jeugdwet. Juist het integraal karakter van jeugdhulp vormt hier de basis voor.</p> <p>Het opknippen en verschuiven naar de Zvw is niet de beweging die in de hervormings- en transformatieopdrachten wordt nagestreefd en is o.i. zuiver een financieel verantwoordelijkheidsvraagstuk.</p> <p>Vervolg vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bent u op de hoogte van aangehaald artikel uit de Jw? 2. bent u nog steeds van mening dat gestelde diagnostiek onder de Zvw valt? 3. bent u bekend met jurisprudentie die het tegenovergestelde als uitspraak heeft? 4. bent u bekend met jurisprudentie die stelt wat u stelt en kunt u die delen? 5. bent u bekend met het feit dat jeugdzorgaanbieders per definitie niet in aanmerking komen voor een declaratieovereenkomst met zorgverzekeraars vanwege de vereisten die daarbij horen waaraan niet door niet-medische jeugdzorgaanbieders kan worden voldaan? 6. welke medische zorgaanbieders zijn voor de Achterhoek de aangewezen partners om deze onderzoeken volgens u voor de inwoners van de Achterhoek uit te voeren en de uitkomsten ervan aan jeugdzorgaanbieders ter beschikking te stellen voor het vormgeven van een passend jeugdhulpaanbod? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ja 2. Ja, primair valt deze diagnostiek onder de Zorgverzekeringswet. Alleen indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek ... etc, is het college gehouden deze voorziening op grond van deze wet te treffen. 3. Nee 4. Nee 5. Nee, maar dat kunnen we ons wel voorstellen. 6. Omdat dit primair Zorgverzekeringswet is, heeft de Achterhoek hier geen aangewezen partners voor. Indien een vraag zich voordoet, zoeken we daar een passende partner bij in de omgeving van de cliënt.
822	Vervolg vraag op antwoord 708 Nv1 - historische data als bron	<p>Uw antwoord op de vraag waarop de gemeente de aantallen individuele en groepsbegeleiding heeft gebaseerd luidt:</p> <p>"Dit is gebaseerd op historische cijfers van voor de huidige lumpsum bekostiging."</p> <p>Met dit antwoord negeert u de veranderingen in werkwijze, uitvoering en dienstontwikkeling die in de regio heeft plaatsgevonden. Met dit antwoord zet u de klok feitelijk terug naar 2021.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Is dit een bewuste keuze om de ontwikkelingen sinds 2021 te negeren? 2. of zijn in uw ogen deze er niet of niet afdoende of niet relevant? 3. gooien we hier het kind niet weg met het badwater? <p>We zouden het een gemiste kans vinden als we met elkaar de uitvoering anders hebben weten te modelleren maar nu door een gebrek aan data terug worden gestuurd naar hoe het was.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hoe kunnen aanbieders de regio helpen om een juistere uitgangspunt qua data te bereiken? <p>Dit geldt overigens voor alle volumens in deze aanbesteding die op de periode van vóór de huidige contractering zijn gebaseerd.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Nee, ontwikkelingen zijn meegenomen. 3. Nee 4. Dat is in deze fase van de aanbesteding niet mogelijk.
823	Vervolg vraag op antwoord 788 en 710 Nv1 - SRO en HBO	<p>In beide antwoorden geeft u aan dat HBO stagiaires worden toegevoegd aan de bouwblokken. Fijn om te lezen.</p> <p>Echter in de andere aanbestedingen is dezelfde vraag gesteld, maar daarop is niet geantwoord dat dit wordt toegevoegd.</p> <p>Graag jullie aandacht dat dit uniform voor ALLE aanbestedingen wordt gelijk getrokken.</p>	We nemen dit voor kennisgeving aan
824	Vervolg vraag op antwoord 741 Nv1 - samenloop amb met verblijf	<p>Uw antwoord stelt dat vraagsteller de vraag bij de verblijfsaanbesteding dient te stellen. Dit is o.i. NIET juist omdat de keuze en de afwegingen die aanbieders moeten maken in relatie tot deze verblijfsdiensten gemaakt moeten worden INDIEN deze aanbieders OOK VERBLIJF leveren (of daarvoor in willen schrijven).</p> <p>Het opknippen in de verschillende aanbestedingen die NIET planmatig op elkaar zijn afgestemd, maakt dat nu antwoorden NIET gegeven worden door de regio met een verwijzing naar 'zie elders'.</p> <p>Daarmee voldoet de regio niet aan de zorgvuldigheidsvereisten die in acht moeten worden genomen bij een aanbesteding als deze.</p> <p>Wij verzoeken een antwoord te ontvangen op de gestelde vraag en niet een verwijzing naar een andere aanbesteding omdat het hier juist gaat om die koppeling.</p> <p>Het antwoord bij de andere aanbesteding zou namelijk identiek zijn: stel de vragen bij de aanbesteding jeugdhulp ambulant.</p> <p>Met als gevolg dat in BEIDE aanbestedingen er GEEN ANTWOORD wordt gegeven en de potentiële aanbieders in het duister blijven tasten.</p> <p>Derhalve ontvangen wij graag uw inhoudelijke antwoord.</p>	Aan de stapelingsmatrix zijn geen voorwaarden verbonden anders dan opgenomen in het programma van eisen. Dit betreft maatwerk en is ter beoordeling door de consultant.

825	Vervolg vraag op antwoord 743 Nvl1 - samenloop amb met verblijf - 2e	<p>Uw antwoord stelt dat vraagsteller de vraag bij de verblijfsaanbesteding dient te stellen. Dit is o.i. NIET juist omdat de keuze en de afwegingen die aanbieders moeten maken in relatie tot deze verblijfsdiensten gemaakt moeten worden INDIEN deze aanbieders OOK VERBLIJF leveren (of daarvoor in willen schrijven).</p> <p>Het opknippen in de verschillende aanbestedingen die NIET planmatig op elkaar zijn afgestemd, maakt dat nu antwoorden NIET gegeven worden door de regio met een verwijzing naar 'zie elders'.</p> <p>Daarmee voldoet de regio niet aan de zorgvuldigheidsvereisten die in acht moeten worden genomen bij een aanbesteding als deze.</p> <p>Wij verzoeken een antwoord te ontvangen op de gestelde vraag en niet een verwijzing naar een andere aanbesteding omdat het hier juist gaat om die koppeling.</p> <p>Het antwoord bij de andere aanbesteding zou namelijk identiek zijn: stel de vragen bij de aanbesteding jeugdhulp ambulante.</p> <p>Met als gevolg dat in BEIDE aanbestedingen er GEEN ANTWOORD wordt gegeven en de potentiële aanbieders in het duister blijven tasten.</p> <p>Derhalve ontvangen wij graag uw inhoudelijke antwoord.</p>	Aanbieders van verblijfsproducten zullen indien zij ook ambulante producten willen leveren tevens moeten inschrijven op de aanbesteding ambulante jeugdhulp.
826	Vervolg vraag op antwoord 785 Nvl1 - onderaannemers	<p>Vraag 5 in deze vraag luidt: "Gelden bovenstaande antwoorden ook voor de andere aanbestedingen die lopen binnen Achterhoek (wmo Wonen - wmo Begeleiding - Wonen gericht op zelfstandigheid - jeugd verblijf)?"</p> <p>Uw antwoord: "Deze antwoorden gelden voor alleen deze aanbesteding."</p> <p>Graag ter verduidelijk antwoord op de volgende vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klopt het dat de eisen die zijn gesteld omtrent onderaanneming in DEZE aanbesteding identiek zijn aan de eisen in de andere aanbestedingen? (2.15 is in deze identiek aan die in verblijf jeugd) 2. Bij identieke beschrijvingen is het voor de hand liggend dat deze antwoorden evenzeer gelden voor de andere aanbestedingen waarin identieke eisen worden gesteld; kunt u dit bevestigen en handelt u als zodanig? 3. Indien uw antwoord op vraag 2 ontkennend is, wetende dat de Nvl gesloten is voor jeugd verblijf, hoe kan deze vraag dan voor verblijf jeugd alsnog gesteld en beantwoord worden? 4. Als uw antwoord op vraag 3 'niet' luidt, kunt u dan instemmen dat de gegeven antwoorden 1 t/m 4 van vraag 785 dan onverminderd van toepassing worden verklaard op de aanbestedingen die identiek eisen stellen aan onderaanneming? 5. Als het antwoord op vraag 4 ontkennend is, is dan een klacht/juridische procedure nodig om hier uitsluitel over te krijgen of is daar een andere oplossing voor te vinden met elkaar? 	Het gaat om separate aanbestedingen met afzonderlijke vragenrondes. U kunt zelf de overeenkomsten en de verschillen zien in de stukken van de diverse aanbestedingsprocedures.
827	Vervolg vraag 153	Regio geeft als antwoord op vraag 153 dat dit een vraag betreft die betrekking heeft op de aanbesteding verblijf. Dat is echter onjuist, omdat de vraag gaat over de gunning van GGZ behandeling en (groeps)begeleiding uit de aanbesteding ambulante jeugdhulp. Gegunde aanbieders van GGZ verblijf zullen met alleen het verblijfsproduct geen volledige behandeling kunnen leveren aan jeugdigen. Daarvoor is stapeling met ambulante behandeling en/of (groeps)begeleiding nodig. De stapelmatrix is aangepast om dit toe te staan, echter moet aanbieder van GGZ verblijf wel hiervoor gegund worden om überhaupt zorg te kunnen leveren. Door een X capaciteit te gunnen in ambulante jeugdhulp, loopt een aanbieder van GGZ verblijf, maar ook de regio, het risico dat de aanbieder van GGZ verblijf niet gegund wordt op GGZ behandeling en/of (groeps)begeleiding, waardoor de zorg in zijn geheel niet geboden kan worden, en jeugdigen dus geen GGZ-verblijfszorg kunnen krijgen. Graag vernemen wij hoe de regio omgaat met de capaciteitsverdeling van GGZ behandeling en (groeps)begeleiding voor aanbieders van GGZ verblijf.	Als u zich inschrijft op deze percelen en u wordt gegund zal de capaciteitsverdeling plaatsvinden zoals beschreven in 1.4.5 van het beschrijvend document.
828	Marges PvA	Hoe groot zijn normale marges voor het Plan van Aanpak? In de Nvl van Wmo Begeleiding individueel is geantwoord: "Er is in Word een instelling waarin u dit kunt selecteren. 'Smal' is goed." Inschrijver ging er vanuit dat antwoorden op vragen van algemene aard tussen de verschillende aanbestedingen gelijk geïnterpreteerd mochten worden, maar gezien uw antwoord op vraag 785 toch de vraag: geldt dit antwoord ook voor deze aanbesteding?	De instelling 'smal' is goed.
829	Tarieven	Reeds eerder hebben wij vragen gesteld over de tarieven die worden gepresenteerd in de aanbestedingsstukken Verblijf en Ambulant 2026. In de tarievennotatie worden 'adviestarieven' voorgelegd. Wij concluderen hieruit dat dit slechts een advies is aan de regio vanuit HHM en dat dit niet de definitieve tarieven zijn. Is dit juist? En zo ja, betekent dit dan ook dat wij als organisatie kunnen inschrijven met daarbij aangehouden onze eigen kostendekkende tarieven?	De gemeenten hebben de adviezen van HHM overgenomen. De tarieven zijn vastgesteld door de colleges en daarmee definitief. Inschrijven onder voorwaarden (bijv. eigen tarieven van de aanbieder) is niet toegestaan en leidt tot uitsluiting.
830	Vervolg vraag op antwoord op vraag 181	Wat zijn dan de verschillen? En welke effecten van de verschillen verwachten jullie op het sociaal domein?	Elke gemeente is verantwoordelijk voor het inrichten van de sociale basis in de eigen gemeente. We verwachten van de aanbieder dat deze zich verdiept in de sociale basis en de effecten van de verschillen in de Achterhoekse gemeenten.

831	Vervolg vraag op antwoord op vraag 183	Wij leveren een speciale vakantie week incl voor- en nazorg aan kinderen van ouders met een verslaving of psychische problemen (de zogenaamde KOV en KOPP kinderen). Vaak geven gemeenten hiervoor een beschikking af voor de betreffende jeugdige die meegaat. Zou hiervoor het product begeleiding individueel (niet ggz) geschikt zijn of zou u een ander product adviseren?	Ondersteuning van KOV en KOPP kinderen valt buiten deze aanbesteding.
832	Vraag 830 mag vervallen. ik bedoelde hier een vervolgvraag op vraag en antwoord 182	Wat zijn dan de verschillen? En welke effecten van de verschillen verwachten jullie op het sociaal domein?	Elke gemeente is verantwoordelijk voor het inrichten van de sociale basis in de eigen gemeente. We verwachten van de aanbieder dat deze zich verdiept in de sociale basis en de effecten van de verschillen in de Achterhoekse gemeenten.
833	Vervolg vraag op vraag en antwoord 189	Bedoelen jullie met de start van de formele opdrachtverstrekking het ontvangen van een 301 bericht?	Dat klopt, het JW301 bericht is de formele opdrachtverstrekking.
834	Vervolg vraag op antwoord op vraag 190	U geeft aan dat de uren declarabel zijn, kunt u aangeven op welke manier deze gedeclareerd kunnen worden?	Gecorrigeerd antwoord op vraag 190: De inzet van de aanbieder valt onder de reguliere bedrijfsvoering, deze uren zijn niet separaat declarabel maar vallen onder overhead van de aanbieder en zijn reeds verwerkt in het tarief. Met uitzondering van de RET waar specifieke afspraken zijn gemaakt met zorgaanbieders over de deelname aan de tafel.
835	Vervolg vraag op antwoord op vraag 191	U geeft aan dat de uren declarabel zijn, kunt u aangeven op welke manier deze gedeclareerd kunnen worden?	Zie antwoord vraag 834
836	Vervolg vraag op antwoord op vraag 192	Door het stellen van een acceptatieplicht dient een bepaalde beschikbaarheid aanwezig te zijn, maar een compensatie voor deze beschikbaarheid is niet mogelijk. Zou u kunnen kijken naar een eerlijke risicoverdeling?	Bij geen beschikbare plek wordt in overleg met gemeente en andere aanbieders naar een passende oplossing gezocht.
837	Inconsistentie Aantal pagina's plan van aanpak?	In de leidraad is sprake van een plan van aanpak Kwaliteit van 5 A4. In de toelichting die met de 1e Nvl is gestuurd is slechts sprake van 4 A4. Ik ga er vanuit dat dat een verschrijving is. Klopt dat?	Het plan van aanpak mag uit maximaal 5 A4 bestaan voor het onderdeel Kwaliteit van dienstverlening (G.1.1) en maximaal 2 A4 voor het onderdeel Samenwerking en beweging in de keten (G.1.2)
838	Plan van aanpak bladzijdes	U publiceerde recent het document 'Toelichting indienen van het plan van aanpak'. Hierin staat dat gunningscriteria 1.1 maximaal 4 A4 mag zijn en gunningscriteria 1.2 maximaal 2 A4. In het beschrijvend document staat dat gunningscriteria 1.1 maximaal 4 A4 mag zijn en gunningscriteria 1.2 maximaal 2 A4. Welke van de twee is nu correct, hoeveel bladzijdes mag maximaal 1.1 zijn en 1.2?	Zie antwoord op vraag 837
839	Kwaliteitskeurmerk	Tijdens de bijeenkomst heeft een collega (zzp'er, eigen praktijk) gevraagd of het schrijven van een handboek voldoende is om als micro-onderneming (zzp) aan de kwaliteitseisen te voldoen van het kwaliteitskeurmerk. Hier werd bevestigend op gereageerd, maar uit de beschreven eisen bekeken lijkt dit toch niet voldoende te zijn. Omdat ik inmiddels al heel wat uren heb gestoken in het schrijven van een handboek, zou ik graag willen weten of dit echt voldoende is of dat elke organisatie toch een kwaliteitskeurmerk (HKZ/ISO) moet hebben.	Zie beschrijvend document paragraaf 3.3.3. Een handboek is voldoende indien hiermee voldaan wordt aan de vereisten inzake kwaliteitszorg.
840	inzake vraag 787 KPI wachttijd nieuwe omschrijving eis 48	zoals eerder omschreven valt onze start toewijzings datum (JW301) samen met de start zorg datum (JW 305) u vermeldt in het antwoord op onze vraag in de tweede bullet dat binnen vier weken na de leveringsopdracht (JW301) de zorg dient te starten. Welke datum mbt de 301 bedoelt u hier de start van de toewijzing of de afgiftedatum van de 301?	De startdatum is de datum die in het 301 bericht wordt genoemd als startdatum.
841	inzake vraag 145/250/775/737 reistijd ggz	u stelt dat vooraf met de toegang moet worden afgestemd of behandeling aan huis noodzakelijk is voor effectieve zorg. in de tariefnotitie is aangegeven dat een aantal GGZ aanbieders reistijd kunnen declareren. in plaats van per individueel traject is het veel efficiënter om vooraf te bepalen dat de specifieke aanbieders reistijd kunnen declareren. dat scheelt aan beide zijdes veel administratieve tijd en maakt de zorg efficiënter. U geeft in het antwoord op vraag 775 aan dat VOORAF afspraken worden gemaakt met betreffende aanbieders en moet worden afgestemd met de toegang en dat dit in de implementatiefase moet worden uitgewerkt. Dit is ook in de consultatiefase aangegeven. Echter in de antwoorden op de vragen 145 en 250 lijkt hiervan te worden afgeweken bent u het eens met ons om dit vooraf (in de implementatiefase) per aanbieder te bepalen en niet per individueel traject als het nieuwe contract is ingegaan?	Reistijd is alleen declarabel bij de GGZ behandelproducten wanneer behandeling aan huis noodzakelijk is voor effectieve zorg. In de implementatiefase worden hierover procesafspraken gemaakt met de betreffende aanbieders. Op casusniveau, dus per individueel traject, wordt door de toegang bepaald of reistijd in dat geval gedeclareerd kan worden.
842	inzake vraag 673/674/735 betreft cliëntgebonden expertise en advies	dit product dient te worden ingezet als behoeft is aan bijv consultatie/expertise van GZ psychologen en psychiaters; indien er bij ons vragen binnen komen ter expertise of consultatie is dit altijd voor minimaal GZ psycholoog niveau; het tarief lijkt niet gebaseerd te zijn op deze opleidingsniveaus. wij vragen u het tarief aan te passen of een apart tarief vast te stellen voor het niveau WO++ of AMS zoals ook in andere regio's het geval is	Het tarief wordt niet aangepast. Indien GGZ consultatie/expertise noodzakelijk is door een WO++ of AMS kan ook het product diagnostiek worden ingezet.

843	inzake 719 inzake KPI behandelduur	we betogen dat een gemiddelde behandelduur van 9 maanden voor onze type behandelingen niet past; onze gemiddelde behandelduur ligt boven de 12 maanden kunnen we vooraf met de toegang in de implementatie fase afspraken maken om deze KPI te laten rusten?	Hierover kunnen geen afspraken gemaakt worden met de toegang. Zie PVE eis 100 voor de werkwijze indien aanpassing van een KPI noodzakelijk is.
844	inzake vraag 165 verwachte capaciteit vs. "werkelijke"capaciteit	u geeft aan de dat de opgegeven capaciteit gebaseerd moet zijn op de daadwerkelijk te leveren capaciteit (en niet op groeiverwachting en/of wachtlijsten) hoe verhoudt zich dat tot de contractduur, personeelsbeleid en goed ondernemerschap? we moeten toch plannen?	We gaan er van uit dat aanbieders zelf een reële inschatting maken van de capaciteit die zij in de Achterhoek willen en kunnen bieden.
845	inzake vraag 665 verwijzing van derden (huisartsen ed)	u geeft aan: "vooralsnog" blijft de 315 route in stand kunt u dat verder toelichten..wat houdt deze term in voor de toekomst?meer dan de helft van onze cliënten worden verwezen via deze route. Welke ontwikkelingen ziet u voor zich?	We blijven wet- en regelgeving volgen. Mogelijke ontwikkelingen zijn dat we aanvullende afspraken met externe verwijzers maken.
846	inzake vraag 454/720 uitnutting van indicaties	het komt regelmatig voor dat indicaties verlengd moeten worden omdat een behandeling nog niet is afgerond; daarbij is de uitnutting van de 1e toewijzing dus 100% we snappen uw opmerking niet dat een uitnutting van 100% bij ambulante zorg vrijwel niet haalbaar is kunt u dat verder toelichten?	Een uitnutting van 100% bij ambulante zorg is vrijwel niet haalbaar door bijvoorbeeld vakantie, ziekte of andere omstandigheden.
847	inzake vraag 240 /286/650/736 gemiddelde looptijd 9 maanden	u geeft aan dat die 9 maanden een gemiddelde is van alle doorlooptijden; echter wij zijn een aanbieder met alleen langere SGGZ trajecten waarbij bij uitzondering een traject korter dan 12 maanden duurt; een langere looptijd met lagere frequentie is vaak kosteneffectiever dan een korte looptijd met hoge frequentie hoe gaan we dan met deze KPI om?	Zoals in antwoord op vraag 286 zien we de de doorlooptijd altijd in samenhang met andere factoren beoordeeld, waaronder kosteneffectiviteit en cliëntbelang. Per casus kan zoals aangegeven gemotiveerd worden afgeweken. Bij gemiddelde overschrijding van 9 maanden moet de aanbieder dit motiveren in het contractmanagementgesprek. Indien nodig stelt aanbieder plan van aanpak op om gemiddelde doorlooptijd richting de gestelde norm te brengen.
848	inzake vraag 81 PVE 49	hoe verhoudt het onderstaande zich tot uw antwoord: uit https://www.sociaaldomeinachterhoek.nl/nieuws/info-over-start-en-stopberichten/ De begindatum in het bericht Start zorg (305) is het moment waarop de zorgaanbieder actief begint met de zorg voor de cliënt. Een kennismakingsgesprek of oriëntatie valt hier niet onder 1. een intake is/kan ook een kennismaking (zijn) en zou dus onder toewijzing vallen 2. de term oriëntatie is voor velerlei uitleg vatbaar advies is om met gelijke taal te spreken en heel duidelijk te omschrijven welke woorden we kunnen gebruiken om te voorkomen dat er misverstanden ontstaan wat zijn uw gedachten hieromtrent	1. Start zorg (305) definieert de gemeente als het moment dat de aanbieder actief begint met de zorg voor de client. Een kennismakingsgesprek of oriëntatie valt hier niet onder. Een intakegesprek wel (mits de uitvoerende hulpverlening aansluitend start op de intake) (zie Eis 104 PVE) . 2. Een kennismakingsgesprek en/of oriëntatie gaat veelal over een eerste informele (telefonische) ontmoeting. Hieruit is nog niet duidelijk of desbetreffende casus bij de aanbieder hoort. Een intakegesprek is veelal diepgaander en een formeel gesprek om specifieke informatie te verzamelen als concrete afspraken te maken. Bij intakegesprek is veelal al duidelijk dat de casus door de aanbieder opgepakt gaat worden en naar aanleiding hiervan een intakegesprek met client en/of systeem ingepland gaat worden.
849	bijlage 2 referentie ondersteuning individueel	in het plekkensysteem was er voor zover ik weet geen onderscheid in ondersteuning basis en intensief; indien we inschrijven op perceel ondersteuning individueel dienen we wel voor beide producten in te schrijven en moeten we een referentie en een capaciteit opgeven kan voor de referentie worden uitgegaan voor wat betreft de beschrijving vd opdracht en de aantallen de gegevens obv unieke cliënten (waar dus beide typen producten inzitten) worden gebruikt?	Ja dat kan.
850	Regiebehandelaars	De aanname dat er een verschil in type regiebehandelaars in de vrijgevestigde of ggz-instelling zouden zijn, klopt niet. Dit is alleen zo in de volwassen ggz/zorgverzekeringswet met het zorgprestatie model (huidige kwaliteitsstatuut, wat ook nog wordt aangepast, u verwijst hiernaar https://tvp.info/nieuwsbrief/zpm-regiebehandelaar-en-medebehandelaar/). Dit is NIET geldend voor de Jeugdwet. In de jeugdwet (zie ggzstandaarden) geldt: "De generalistische basis jeugd-GGZ diagnosticeert en behandelt meestal lichte tot matig ernstige problematiek bij kinderen. De gespecialiseerde jeugd-GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van gz-psycholoog, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, kinder- en jeugdpsychotherapeut of klinisch psycholoog en behandelt meestal matig ernstig tot ernstige problematiek bij kinderen. Zowel de generalistische basis jeugd-GGZ als de gespecialiseerde jeugd-GGZ kan plaatsvinden in een vrijgevestigde praktijk en een instelling. Hoogspecialistische GGZ vindt alleen plaats in een instelling." Wij vragen u om de product eisen aan te passen conform de landelijke standaarden en de omschrijving van type regiebehandelaars voor SGGZ en BGGZ gelijk te trekken voor vrijgevestigden en ggz-instellingen. https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz/achtergronden/setting-expertise-en-disciplines/setting	We passen eisen 170 en 179 aan zodat er geen onderscheid meer is tussen regiebehandelaar in een vrijgevestigde praktijk en in een ggz-instelling. De opsomming zoals vermeld onder de ggz-instelling is leidend.
851	SGGZ	Is opname (verblijf) verplicht om te kunnen bieden als je je inschrijft voor segment 'SGGZ'?	Nee, dat is niet verplicht.
852	mirco aanbieder versus reguliere aanbieder	Klopt het dat je als geen micro aanbieder bent maar een 'reguliere' aanbieder, je valt onder 'ggz instelling' zoals bedoeld in eis 170 en 179?	Het verschil tussen micro-aanbieders en reguliere aanbieders is o.a. afhankelijk van de grootte en omzet van een zorgaanbieder, zie 1.5.1 van het Beschrijvend document. Dat bepaalt niet of een aanbieder een vrijgevestigde praktijk is of een GGZ-instelling is.

853	DSM stoornis als eis	<p>U geeft als antwoord op vraag 453: "De eis van een (vermoeden van) DSM-stoornis blijft gehandhaafd voor de GGZ-producten omdat dit een belangrijk onderscheidend criterium is voor deze specifieke zorgvorm. Voor andere producten geldt deze eis niet."</p> <p>Uw duiding is erg matig, aangezien hieruit niet blijkt waarom vermoeden van een DSM stoornis een 'belangrijk onderscheidend criterium is voor de ggz'. Willen we niet (zie ook uw eigen visiedocument niet juist kijken naar de last van de cliënt en het systeem en op welke domeinen/gebieden de last 'ligt'?</p> <p>Graag een inhoudelijke toelichting (mogelijk van een inhoudelijke professional) waarom we terug willen in de tijd met DSM als 'waarheid'? Wat is dan dit belangrijk onderscheidende criterium? Dit zou erg helpen om te snappen. Alvast bedankt voor uw reactie.</p>	<p>De verwijzing naar vraag 453 klopt niet, ons insziens moet dit vraag 19 zijn. Wij onderschrijven dat het om de analyse en een goed integratief beeld gaat waarbij de context goed wordt meegenomen.</p> <p>De eis van een (vermoeden van) DSM-stoornis blijft gehandhaafd specifiek voor de Basis GGZ en diagnostiek om te voorkomen dat er voor teveel (lichte) problematiek een indicatie afgegeven wordt voor deze producten.</p>
854	Vervolgvrage op antwoord 65 - zorgaanbieder krijgt gemeentelijke toegangsverantwoordelijkheid	<p>In de vraag is het verzoek gedaan de route zoals beschreven in de ovk l lid 4 (blz17/18) anders te beleggen.</p> <p>Zoals deze nu staat beschreven, wordt van aanbieders verwacht dat de aanbieder precies de taken uitvoert die de toegang (= gemeente) uitvoert.</p> <p>Los van het feit dat deze taken niet zijn meegenomen in de overhead van de zorgaanbieder, dus niet in de tariefstelling zijn meegenomen waardoor dit om niet gedaan zal moeten worden (géén reëel tarief dus!), is het ook niet de verantwoordelijkheid van de aanbieder, maar die van de gemeente zoals gesteld in de Jw.</p> <p>Bovendien past o.i. in deze werkwijze de 315-route niet die Achterhoek volgt bij verwijzingen door GI's (https://www.gvjb.nl/images/Downloads_Samenwerking/GVJB_stroomschema_301_versie_april_2022.pdf).</p> <p>Daarnaast is in jurisprudentie bevestigd dat de gemeente deze afwegingen zélf dient te doen, dan wel door een daartoe aangewezen partij (niet-zijnde een gecontracteerde zorgaanbieder behalve als er slechts één partij gecontracteerd is (zoals in Utrecht-Stad bijvoorbeeld).</p> <p>Derhalve nogmaals het verzoek: op welke gronden bent u tot het handhaven van dit artikel gekomen?</p> <p>En: bent u bereid het artikel zodanig te formuleren dat duidelijk is voor alle lezers, dat deze verantwoordelijkheid tot toetsing en beoordeling NIET aan een zorgaanbieder op deze omschreven wijze kan worden overgedragen?</p> <p>P.S. een wijzigingsverzoek om dit artikel in de CS anders te verwoorden dan wel te schrappen ligt momenteel bij iSociaaldomein/Ketenbureau.</p>	<p>De regio volgt in deze de landelijke contractstandaarden. Indien er op dit onderdeel landelijk wijzigingen plaatsvinden, neemt de regio deze in principe over.</p>
855	Vervolgvrage op antwoord 60 - zorgaanbieder krijgt gemeentelijke toegangsverantwoordelijkheid	<p>(deze vraag is per abuis ook met 'vervolgvrage op 65' gesteld, die verwijzing had naar vraag 60 moeten zijn!)</p> <p>In de vraag is het verzoek gedaan de route zoals beschreven in de ovk l lid 4 (blz17/18) anders te beleggen.</p> <p>Zoals deze nu staat beschreven, wordt van aanbieders verwacht dat de aanbieder precies de taken uitvoert die de toegang (= gemeente) uitvoert.</p> <p>Los van het feit dat deze taken niet zijn meegenomen in de overhead van de zorgaanbieder, dus niet in de tariefstelling zijn meegenomen waardoor dit om niet gedaan zal moeten worden (géén reëel tarief dus!), is het ook niet de verantwoordelijkheid van de aanbieder, maar die van de gemeente zoals gesteld in de Jw.</p> <p>Bovendien past o.i. in deze werkwijze de 315-route niet die Achterhoek volgt bij verwijzingen door GI's (https://www.gvjb.nl/images/Downloads_Samenwerking/GVJB_stroomschema_301_versie_april_2022.pdf).</p> <p>Daarnaast is in jurisprudentie bevestigd dat de gemeente deze afwegingen zélf dient te doen, dan wel door een daartoe aangewezen partij (niet-zijnde een gecontracteerde zorgaanbieder behalve als er slechts één partij gecontracteerd is (zoals in Utrecht-Stad bijvoorbeeld).</p> <p>Derhalve nogmaals het verzoek: op welke gronden bent u tot het handhaven van dit artikel gekomen?</p> <p>En: bent u bereid het artikel zodanig te formuleren dat duidelijk is voor alle lezers, dat deze verantwoordelijkheid tot toetsing en beoordeling NIET aan een zorgaanbieder op deze omschreven wijze kan worden overgedragen?</p> <p>P.S. een wijzigingsverzoek om dit artikel in de CS anders te verwoorden dan wel te schrappen ligt momenteel bij iSociaaldomein/Ketenbureau.</p>	<p>De regio volgt in deze de landelijke contractstandaarden. Indien er op dit onderdeel landelijk wijzigingen plaatsvinden, neemt de regio deze in principe over.</p>
856	Vervolgvrage op antwoord 64/65 - interventie en motivatie	<p>In uw antwoorden geeft u aan "... als er geen passende erkende interventie beschikbaar is en dient dit gemotiveerd aan te tonen aan opdrachtgever"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dient deze motivatie per casus te worden verstrekt? 2. Of dient deze de interventie te betreffen waardoor niet meer op casusniveau eenzelfde rondje moet worden doorlopen? 3. Hoe wil opdrachtgever deze motivatie ontvangen? 4. Welke vormvereisten gelden voor deze motivatie? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nee dit is niet op casusniveau, maar geldt voor de brede methodische inzet van de zorgaanbieder. 2. Zie antwoord vraag 1. 3. De wijze waarop het wordt aangeleverd inclusief de onderbouwing vindt in onderling overleg plaats. Dit wordt uitgewerkt in de implementatie.

857	Vervolg vraag op antwoord 81 - intake	<p>Uw antwoord luidde:</p> <p>"1. Intake/screening betreft alle activiteiten gericht op verduidelijking van de zorgvraag, waaronder het verzamelen van diagnostische informatie en het in kaart brengen van de gezinsdynamiek.</p> <p>2. Ja, de intake start na ontvangst van de toewijzing."</p> <p>Voor het 2e deel de volgende verduidelijkingsvraag. In het toewijzingsbericht zitten 3 datumvelden: - Toewijzingsdatum: LDT_Datum - Ingangsdatum: LDT_Datum - Einddatum: LDT_Datum</p> <p>Wij gaan uit van de INGANGSdatum = de datum vanaf wanneer zorg geleverd mag worden en deze ook declarabel is. En NIET van de TOEWIJZINGSdatum.</p> <p>Klopt dit? Zo niet, wat is dan volgens u de juiste lezing welke datum in het 301-toewijzingsbericht moet worden gehanteerd?</p>	Dit kunnen wij bevestigen
858	Vervolg vraag op antwoord 171 - reistijd wel declarabel bij GGZ, niet bij niet-GGZ	<p>Vraag was: "Veel van onze cliënten ontvangen thuis behandeling. Er wordt aangegeven dat bepaalde aanbieders deze reistijd separaat kunnen declareren. Zulks is ook onderdeel van gesprek geweest bij de marktconsultaties. Hoe gaat de gemeente dit inregelen en hoe weten wij of wij hiervoor wel of niet in aanmerking komen?"</p> <p>Uw antwoord: "Alleen voor GGZ behandelproducten geldt dat de reistijd van de professional op een andere wijze declarabel wordt gemaakt. Met die aanbieders worden afspraken gemaakt over de separate declaratie van cliëntgebonden reistijd (op basis van het tarief dat bij dit product geldt)."</p> <p>1. Een onderbouwing ontbreekt; wat is deze om alléén voor de GGZ deze reistijd declarabel te stellen terwijl de praktijk is dat veel niet-GGZ aanbieders hun behandelingen in de thuissetting leveren?</p> <p>Een antwoord dat 'deze is verdisconteerd' in het uurtarief is géén argument en dus geen antwoord, want dat is de wijze waarop in het model deze KOSTEN worden meegenomen in de tariefbepaling. Ook voor de GGZ had dit in het tarief kunnen worden meegenomen, wat niet is gedaan.</p> <p>O.i. hanteert u hiermee twee verschillende afwegingskaders voor gelijke situaties. Dat is in het kader van de aanbestedingswetgeving niet toegestaan. Wij verzoeken u dan ook dringend hier een gelijke toepassing te kiezen voor gelijke situaties.</p> <p>Bent u daartoe bereid?</p>	De reden om alleen voor ggz de reistijd declarabel te maken is omdat in de ggz de cliënt naar de aanbieder reist. In enkele gevallen, bij bepaalde interventies reist de aanbieder naar de cliënt. Dit komt zo minimaal voor dat besloten is om de reistijd niet op te nemen in het tarief. Bij de niet ggz producten reist de aanbieder vrijwel altijd naar de cliënt, dit is de reden waarom reistijd in het tarief is verdisconteerd. De regio ziet dit niet als gelijke situaties.
859	Vervolg vraag op antwoord 180 - GGZ vrijgesteld van SROI ?	<p>De vraag luidde: "u geeft aan dat de GGZ percelen uitgezonderd zijn vd SROI verplichting dat betekent dat de begeleidingspercelen wel onderhavig zijn aan de SROI verplichting van 2%? wat is de reden dat de SROI verplichting afwijkt van die in de aanbesteding WMO?"</p> <p>Uw antwoord luidde: "Dit is een keuze van de gemeenten. Aangenomen wordt dat het bij jeugdhulp wat lastiger is om aan de SROI eis te voldoen vanwege het meer specialsitische karakter van de dienstverlening."</p> <p>1. U geeft géén antwoord op de vraag wat de reden is. U geeft als antwoord dat de gemeenten hiervoor kiezen. De vraag is echter: WAAROM, WELKE REDEN hebben de gemeenten om hiervoor te kiezen? 2. De aanname die u doet, waar is die op gebaseerd?</p> <p>In uw aanname noemt u JEUGDHULP; dit is het gehele spectrum van de aanbestedingssegmenten en percelen van de 2 lopende en de ene nog komende aanbestedingen. Deze heten hebben JEUGDHULP in de titel en gaan over JEUGDHULP. Feitelijk zegt u dus dat ALLE aanbieders die JEUGDHULP volgens uw aanname géén SROI verplichting hebben.</p> <p>3. Gaat u de aanbesteding op deze wijze voor ALLE aanbieders van Jeugdhulp géén SROI-verplichting opleggen?</p> <p>Als u bij uw standpunt blijft alléén de GGZ als zodanig te behandelen, dan hanteert u hiermee twee verschillende afwegingskaders voor gelijke situaties. GGZ en niet-GGZ is schrijven beide in en leveren beide JEUGDHULP. Dat is in het kader van de aanbestedingswetgeving niet toegestaan. Wij verzoeken u dan ook dringend hier een gelijke toepassing te kiezen voor gelijke situaties.</p> <p>4. Dus óf de GGZ krijgt exact dezelfde eis opgelegd, of de niet-GGZ krijgt dezelfde vrijstelling. Bent u daartoe bereid?</p>	Aanbestedende dienst verwijst u graag naar het antwoord op vraag 804

860	Vervolg vraag op antwoord 46 - crisis en vragen stellen	<p>Zoals bekend is de aanbesteding crisis nog immer niet gepubliceerd. Wij begrijpen nog steeds niet waar dit door komt gezien het feit dat alle informatie reeds lange tijd bij de regio beschikbaar is.</p> <p>Uw antwoord op vraag 46 bevatte in deel 2: "2 Zie antwoord op de vorige vraag. Op het moment dat aanbieder een andere vraag stelt, behouden de gemeenten zich het recht voor de vraag niet te beantwoorden. Gemeenten maken de afweging of beantwoording en daarmee het geven van duidelijkheid noodzakelijk is voor het inschrijven op deze opdracht."</p> <p>De aanbestedingswet stelt o.a. dat de keuzes van de aanbestedende dienst navolgbaar en verifieerbaar dienen te zijn. Doordat de aanbesteding van crisis JH nog niet is gedaan, is de afweging die wordt genoemd in het antwoord, door potentiële inschrijvers niet navolgbaar en verifieerbaar.</p> <p>Helaas is met de deadline van 14-3 in zicht en nog géén publicatie van crisis JH het schier onmogelijk om deze vragen in ronde 2 nog te kunnen stellen.</p> <p>Daarom de vraag anders geformuleerd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Is de regio bereid BIJ publicatie van Crisis JH, vragen m.b.t de aanbesteding Ambulante JH (deze) in behandeling te nemen bij de aanbesteding Crisis JH? 2. Zo niet, hoe kunnen partijen de vragen die tussen beide aanbestedingen spelen, indienen bij de regio? <p>Wij blijven hier een risico zien dat eenvoudig kan worden beperkt door deze mogelijkheid te bieden in de nog te publiceren aanbesteding.</p>	Nee het gaat hier om twee verschillende aanbestedingen.
861	Vervolg vraag op meerdere vragen - cliëntgebonden expertise en advies	<p>Uit de antwoorden op de diverse vragen blijft één vraag onbeantwoord:</p> <p>Is deze dienst uitsluitend in te zetten door GGZ-aanbieders?</p> <p>In de CAO-mix (tabel 2 HHM) zijn 3 CAO's meegenomen, wat veronderstelt dat aanbieders die onder deze CAO's vallen deze dienst mogen leveren.</p> <p>Is dat een juiste conclusie?</p>	Uw conclusie is correct.
862	Vraag 836 mag vervallen	--	
863	Vervolg vraag op antwoord op vraag 192	Door het stellen van een acceptatieplicht dient een bepaalde beschikbaarheid aanwezig te zijn. Welke minimum vergoeding krijgt een zorgaanbieder voor deze niet gelijke risicoverdeling?	Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 192 van de Nvl ontvangt de zorgaanbieder geen compensatie op het moment dat deze situatie zich voordoet. Zie daarnaast het antwoord op vraag 863.
864	inkoopdocument blz 43 e.v.	Mag er, net als bij de aanbesteding WMO, voor meerdere percelen 1 plan van aanpak worden geschreven? (indien we dit duidelijk vermelden in het plan van aanpak). Dus 1 plan van aanpak Kwaliteit van dienstverlening voor alle in te schrijven percelen en 1 plan van aanpak samenwerking in de keten voor alle in te schrijven percelen.	ja, wel graag duidelijk vermelden in bijlage 8 op welke percelen ingeschreven wordt
865	Procesregie	<p>Vervolg vraag op antwoord op vraag 44</p> <p>Procesregie is een heel essentieel onderdeel van de HAJ. In alle vragen hierover verwijst u naar de implementatiefase en lijkt het of u hierover nog niet concreet heeft nagedacht, of dit nog niet wilt delen met aanbieders. Dit lijkt ons sterk, en daarom het dringende verzoek hier meer toelichting op te geven. Als wij als aanbieders in de implementatiefase zitten, zijn wij contractueel gebonden, ook als wij ons in de door u gekozen concrete uitwerking niet kunnen vinden.</p>	We begrijpen dat zowel aanbieders als toegang hier duidelijkheid over willen hebben. In de implementatiefase zullen we dit nader uitwerken.
866	Toelichting indienen van het plan van aanpak	Ook na drie keer lezen schept uw toelichting meer verwarring dan verheldering bij ons. Concreet vb.: wij willen een inschrijving doen op segment 1.1 perceel 1-7 en op segment 1.3 perceel 15. Kunnen wij dan volstaan met 1 PvA voor al deze percelen, of dienen wij een 2 PvA te maken, omdat het gaat om twee segmenten (1.1 en 1.3)?	Voor de percelen 1 t/m 7 kunt u volstaan met 1 plan van aanpak, het gaat hier om hetzelfde segment. Perceel 15 betreft een ander segment waarvoor een ander plan van aanpak opgesteld wordt maar indien u van mening bent dat er geen verschillen zijn in uw dienstverlening op beide segmenten zijn dan kunt u hetzelfde plan van aanpak indienen.
867	Vervolg vraag op vraag 250	U stelt dat op cliëntniveau goedkeuring gegeven kan worden voor het declareren van reistijd. Hoe kan een aanbieder cliëntoverstijgend aangeven dat zij in voorkomende gevallen in aanmerking wil komen voor het declareren van reistijd?	Zie antwoord op vraag 841
868	Vervolg vraag op vraag 344	Gaat het om terugkeer binnen 12 maanden bij dezelfde zorgorganisatie met dezelfde zorgvraag of is dit onafhankelijk van de zorgvraag en/of de zorgorganisatie waar(mee) de cliënt terugkeert? En hoe wordt dit bijgehouden en hoe krijgt een zorgorganisatie er inzage in (als dit aanbieder-overstijgend is)?	De definities van deze termen worden verder uitgewerkt in het kader van de Brede Monitoring. Ze zullen voor de ingangsdatum van het contract bekend zijn. Op dit moment onderzoeken we de mogelijkheden hoe aanbieders hier digitaal toegang toe kunnen krijgen.
869	Vervolg vraag op vraag 482	Bent u zich ervan bewust dat uw stelling vergelijkbaar is met een situatie dat een gemeente bepaalt welk instrumentarium een chirurg voor een operatie moet gebruiken, ook als dat schade/overlijden van de patiënt zou betekenen? Bent u bereid om die verantwoordelijkheid (zonder de benodigde inhoudelijke ggz-kennis en ervaring) voor de gevolgen te dragen?	Dat zijn we niet met u eens.

870	Vervolg vraag op vraag 670	Ter verduidelijking van de vraag: als een aanbieder nu alleen een zeer specifieke en complexe doelgroep behandelt en hierdoor veel indirecte cliëntgebonden tijd nodig heeft om die behandelingen kwalitatief goed te kunnen bieden, dan is het huidige tarief voor s-ggz niet toereikend. Als deze organisatie dus uit wil komen met het tarief, is zij gedwongen om ook minder complexe problematiek te gaan behandelen, waarvoor minder indirecte tijd nodig is, zodat het tarief een passend gemiddelde gaat worden. De complexe doelgroep met minder indirecte tijd gaan behandelen zal tot een beduidende vermindering in kwaliteit leiden en dat zullen de behandelaren niet willen en lijkt ons ook niet ten gunste van de cliënt en op de langere termijn ook niet voor de gemeenten, omdat er dan een langere behandelduur zal zijn of restproblematiek, die ook tot (zorg)kosten leidt. Over het algemeen is er voor de complexe problematiek, die er nu behandeld wordt al regelmatig een (te) lange wachttijd; doorverwijzen naar andere organisaties is geen optie, omdat deze cliënten juist door hen doorverwezen worden naar ons. Dit zal er dus toe leiden dat de wachttijd voor deze problematiek ernstig op zal gaan lopen en hoe langer er gewacht wordt, des te langer ook de uiteindelijke behandelduur zal zijn. En tevens zal er gedurende de wachttijd overbruggingszorg geboden moeten worden door een andere organisatie. En in het slechtste geval escaleert de situatie thuis en volgt er een uithuisplaatsing, omdat het niet meer veilig is in de thuissituatie. Daarmee lopen de kosten voor de gemeenten op. En tevens is dit tegengesteld aan uw eigen doelstellingen om de wachttijden én de kosten te verminderen en om de hulp zo thuis mogelijk te bieden. Wellicht ten overvloede: dit zijn aannames, maar ervaringen uit de praktijk.	We passen het tarief niet aan. Het berekende tarief is een reëel tarief voor dit product.
871	Vervolg vraag op vraag 673	U geeft aan dat het product ook ingezet kan worden voor sggz-consultatie. Het tarief is echter niet dekkend voor WO++/AMS. Elders geeft u aan dat het tarief is gebaseerd op een functiemix, waar dit in verwerkt is. Echter vergeet u daarbij dat als er consultatie en advies gevraagd wordt aan een sggz-aanbieder, dit een specifieke vraag voor een specialist is. De sggz kan daarmee niet consultatie en advies bieden met een gemiddelde functiemix, maar zal altijd WO++/AMS inzetten of minimaal WO+. Als het tarief daarop niet wordt aangepast, zal sggz geen consultatie en advies gaan bieden met alle gevolgen van dien. Bent u zich daarvan bewust? En geeft dit mogelijk toch een reden om een differentiatie in de tarieven aan te brengen op basis van de gevraagde functie?	We gaan geen differentiatie aanbrengen. Het staat aanbieders vrij om wel of niet in te schrijven op dit product. Indien GGZ consultatie/expertise noodzakelijk is door een WO++ of AMS kan ook het product diagnostiek worden ingezet.
872	Vervolg vraag op vraag 675	Bent u zich bewust, dat uw antwoord betekent, dat als er een substantiële inzet van een klinisch psycholoog of psychiater noodzakelijk is en dit niet binnen het tarief van de behandelende organisatie past, dat de behandeling dan overgedragen zal moeten worden naar een andere organisatie, die het tarief hoog-specialistisch kan krijgen, ook al zou de behandelende organisatie qua beschikbare behandelaren en expertise wel kunnen bieden? Met deze reden overdragen is nadelig voor een cliënt en omdat er dan weer (deels) overnieuw gestart moet worden zal dit ook tot hogere kosten leiden.	Wij zijn het niet eens met uw stelling dat de behandeling overgedragen zal moeten worden naar een andere organisatie. In het tarief GGZ-s is rekening gehouden met de gemiddelde inzet van een klinisch psycholoog/psychiater.
873	Vervolg vraag op vraag 678	Wij proberen mee te denken met u om de opdracht om passende zorg in te kopen ook uitvoerbaar te maken. De vraag is, of u bereid bent om voor de in vraag 678 omschreven organisatie een passend contract (waar wij een suggestie voor doen) met een passend tarief te bieden?	Nee, de regio is van mening dat we met de voorliggende producten en bijbehorende tarieven passende zorg kunnen inkopen.
874	Vervolg vraag op vraag 680	Wilt u met uw antwoord aangeven dat het de bedoeling is dat een gemeente bepaalt welke behandelingen al dan niet gelijktijdig ingezet kunnen of wellicht zouden moeten ingezet worden? Is dit niet meer de expertise van de behandelend specialist?	De verwijzer stemt dit af met de zorgaanbieder(s).
875	Vervolg vraag op vraag 681	Kennelijk is de vraag onvoldoende duidelijk, want deze wordt niet beantwoord. Het is duidelijk dat u die omschrijving consequent doorvoert. Echter is de omschrijving fout. WO++ vraagt een opleiding van 4+2+4 jaar en niet 4+4 jaar. WO++ kent dus eenzelfde aantal opleidingsjaren als MS/KJP. Kunt u dit aanpassen?	De KJP heeft eerst een medische opleiding gevolgd (4+2 jaar), en is daarna gespecialiseerd. Voor niet-medische vakken handhaven we het beeld van 4+4 jaar.
876	Vervolg vraag op vraag 682	Het klopt dat er in de CAO een opleidingsbudget voor AMS is vastgesteld, dat door een werkgever betaald moet worden. Echter is eveneens de verplichting voor herregistratiekosten van WO++ voor de werkgever en dit betreft zowel administratieve kosten als ook tijd en kosten voor bijvoorbeeld cursussen en intervisie. Ook dat betreft een aanzienlijk bedrag per jaar. Dit rechtvaardigt dan ook de vraag om ook die kosten mee te nemen in de tariefberekening. Bent u dit met ons eens?	Het opleidingsbudget voor de MS (€ 5500/jaar) is naar rato van het aandeel van de KJP meegenomen in de berekening van het tarief. In de productiviteit is rekening gehouden met niet-clientgebonden inzet (oa voor scholing en intervisie) . De genoemde overige kosten maken deel uit van de overhead.
877	Vervolg vraag op vraag 684	Fijn dat u ook uitgaat van de wettelijke context. Kunt u ook bevestigen dat het dan niet toegestaan is aan gemeentelijke medewerkers/medewerkers van de toegangsteams om druk uit te oefenen om meer informatie te verschaffen dan cliënt en behandelaar overeengekomen zijn?	De verwijzer heeft informatie nodig om zijn/haar regierol uit te kunnen voeren, waarbij we ons aan wet- en regelgeving houden.
878	Vervolg vraag op vraag 687	Wat maakt dat u aangeeft dat de gemeente dat moet onderzoeken? Het lijkt ons dat als de cliënt en zijn/haar systeem bij een organisatie in behandeling is, dat het aan die organisatie is (die het gezinssysteem dus kent) om dit met het gezinssysteem te bespreken. Onverlet blijft, dat als zij inschat dat eventueel benodigde hulp meer passend is bij een andere organisatie, dat zij dit gezinssysteem daarheen zal leiden. Eventueel zal in zo'n situatie een accountmanager wel betrokken/geïnformeerd kunnen worden over hoe de organisatie dit wil aanpakken of heeft aangepakt. Bent u zich ook bewust dat u voor het maken van een perspectiefplan wel het uitgangspunt neemt dat de organisatie verantwoordelijk is, maar in de hier beschreven situatie een tegenovergesteld uitgangspunt hanteert?	Ja.
879	Vervolg vraag op vraag 689	Bent u zich bewust dat andere antwoorden op vragen voldoende dekking geven om dit antwoord als niet correct te zien?	Uitgangspunt is dat de uitvoering plaatsvindt conform de geldende wet en regelgeving.
880	Vervolg vraag op vraag 690	Het lijkt ons niet passend dat als een aanbieder verantwoordelijk is voor de zorg, dat een gemeente dan zonder overleg of kennisgeving een derde partij iets laat doen, dat invloed heeft op de uitvoering van de zorg. Bent u zich bewust dat een aanbieder - als dat toch gebeurt en gevolgen heeft - u als gemeente verantwoordelijk zal stellen voor die gevolgen?	Deze eis verwoordt de wettelijke verplichting van gemeenten om jaarlijks een cliëntervaringsonderzoek uit te voeren.

881	Vervolg vraag op vraag 691	Een HKZ-gecertificeerde instelling heeft een procedure in haar kwaliteitssysteem beschreven ten aanzien van no-show beleid en beleid ten aanzien van zorgmijding of comorbiditeit. Dit melden bij de gemeente heeft dan ook geen toegevoegde waarde en geeft alleen meer administratieve lasten en kosten. Bent u zich dat bewust?	De regio blijft bij het antwoord en standpunt van Nvl en het belang van monitoren van no show.
882	Vervolg vraag op vraag 693	De systematiek is voor organisaties, die hun procedures hebben afgestemd op het declareren van zowel directe als indirecte tijd, geen methode om de administratieve lasten te verminderen, eerder juist te vermeerderen. Zij zullen namelijk nieuwe procedures moeten ontwikkelen om dit anders te kunnen declareren en ook nog juiste managementinformatie te genereren. Als er daarnaast sprake is van contracten met andere regio's en/of ook aanbesteding van sggz hoogcomplex, dan moeten er meerdere procedures in één organisatie werkbaar gemaakt worden en ook extra gecontroleerd worden of er ook op de juiste manieren gedeclareerd wordt. Meerdere verschillende procedures leidt tot een groter aantal fouten en daardoor ook tot meer administratieve lasten. Heeft u dit meegenomen in uw overwegingen?	Ja dit hebben wij meegenomen in onze afweging.
883	Algemene vraag over de antwoorden in de Nvl	Denkt u dat als wij een wob-verzoek zouden indienen over de overwegingen tijdens de voorbereidingen van deze aanbesteding, dat de antwoorden in de Nvl daarmee in overeenstemming zijn?	De aanbestedende dienst wenst te benadrukken dat de definitieve aanbestedingsstukken leidend zijn voor onderhavige aanbestedingsprocedure en dat de Nota van Inlichtingen dienen ter opheldering van eventuele onduidelijkheden in de stukken. Om deze reden is de aanbestedende dienst van mening dat de voorbereiding van de aanbestedingsprocedure niet relevant is."
884	Toelichting indienen PvA	Indien er één PvA wordt opgesteld, uit hoeveel A4 mag dat PvA dan bestaan?	Zie antwoord vraag 837
885	Toelichting indienen PvA	Het maximum aantal A4 voor het Plan van Aanpak G1.1 dat staat genoteerd is 4, kunt u bevestigen?	Dat moet 5 zijn, zie antwoord vraag 837
886	antwoord vraag 233	Haakt de gemeente Oude IJsselstreek, zodra de huidige contracten zijn afgelopen, aan bij de uitvoering van deze aanbesteding?	Indien dat verplicht is wel
887	antwoord vraag 226	Hoe moet een onderbouwing van de reistijd er uit zien als aanbieders dit meetbaar moeten maken.	Bij niet GGZ producten is de reistijd verdisconteerd in het tarief en daarmee niet separaat declarabel. Een aanbieder hoeft dit niet meetbaar te maken. Voor GGZ producten worden in de implementatiefase specifieke afspraken gemaakt over de onderbouwing en verantwoording van de reistijd.
888	antwoord vraag 226	Het (vast)gestelde reistijdvoorstel druist in tegen het gelijke behandelingsbeginsel en transparantiebeginsel, graag zien wij hier een reëel voorstel tegemoet.	Aanbestedende dienst is van mening dat de tarieven voldoende onderbouwd en reëel zijn en niet in strijd met genoemde beginselen.
889	antwoord vraag 59	Kunnen we uit het gegeven antwoord opmaken dat deze KPI later met betrokken opdrachtnemer individueel wordt afgestemd?	in de contracten zijn KPI's een eis. In de PvE eis 100 staat hoe we vanuit de samenwerking in transformatie dit willen vormgeven.
890	antwoord vraag 43, punt 2	Wat verstaat aanbestedende dienst onder 'nabijheid'?	Zo passend en dichtbij mogelijk bij de leefwereld van de cliënt.
891	antwoord vraag 22	Wanneer verwacht de aanbestedende dienst een actueel en aangepast Visiedocument te hebben? Als dit binnen de looptijden van de nieuwe contracten valt, in hoeverre dienen opdrachtnemers zich te conformeren aan die nieuwe visie?	Dat is nog niet bekend. Mocht een nieuwe visie van toepassing zijn, dan vertalen wij deze binnen de mogelijkheden van de bestaande overeenkomst.
892	inzake vraag 732 definiëring term stabiel/instabiel	aangezien de regio ervoor kiest om de term "instabiel" niet te definiëren en dit overlaat aan de verwijzer cq de toegangswerker, vragen wij ons af op welke manier de gemeenten dan zal beoordelen of een cliënt dan normaal of complex toegewezen krijgt. Zijn er objectieve criteria, richtlijnen of afwegingskaders die gehanteerd worden om consistentie in de toewijzing te borgen? Daarnaast, hoe wordt omgegaan met mogelijke verschillen in interpretatie tussen verwijzers?	1. We hanteren de criteria en eisen zoals opgenomen in de productbeschrijvingen. 2. De interpretatie laten we over aan de professionaliteit van de verwijzer.
893	Tarief medicatiecontrole	Ref. 658: U geeft aan dat niet duidelijk is waarom het aantal indirecte uren voor medicatiecontrole opgehoogd zou moeten worden van 150 naar 250 uur. Onze organisatie is landelijk een van de weinige medisch specialistische organisaties met kinderartsen in dienst die zich specifiek richten op medicamenteuze behandeling. Als medisch specialisme, niet zijnde een onderdeel van de GGZ behandeling. Wij beschikken over landelijke data, deze wijzen uit dat het aantal indirecte uren van 250 een meer realistisch aantal is dan 150. Door een te laag aantal indirecte uren op te nemen, is het tarief niet kostendekkend noch realistisch voor het uitvoeren van deze zorgvorm in deze regio. Wij verzoeken u nogmaals om het aantal indirecte uren op te hogen naar 250.	De regio ziet niet in waarom bij medicatiecontrole een fors aantal indirecte uren noodzakelijk zijn.
894	Tarief medicatiecontrole	Vraag wel gesteld in Nvl 1, is door u niet beantwoord. Medicatiecontrole. De functiemix die nu is gehanteerd is 40% WO++ en 60% MS. Deze opbouw veronderstelt dat 40% van de medicatiecontrole niet door een psychiater of kinderarts wordt uitgevoerd. Niet alle medisch specialisten zijn bevoegd/bekwaam om alle typen medicatie voor te schrijven. Bovendien is het met oog op continuïteit en kwaliteit van zorg niet wenselijk om lopende een casus, noodgedwongen door financiering, te wisselen van behandelaar. Het is aan de behandelend medisch specialist en niet de gemeente om te beoordelen welke zorg noodzakelijk is en door wie deze wordt uitgevoerd. In onze praktijk wordt medicatiecontrole volledig uitgevoerd door de kinderarts of psychiater. Om tot een realistisch tarief te komen verzoeken wij daarom de functiemix aan te passen naar 100% MS. Zoals ook in andere regio's gangbaar is. Vanwege het grote tekort aan medisch specialisten is het ook wenselijk dat er voldoende aanbod in de regio beschikbaar blijft. Dit kan alleen tegen een kostendekkend tarief.	De functiemix is volgens de regio een passende weergave van de huidige uitvoeringspraktijk. We gaan niet in op uw verzoek.
895	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 569. Kunt u instemmen met een aanpassing van artikel 24.6 in de zin dat de vrijwaring komt te vervallen als er sprake is van (mede)schuld van de Gemeente? Dit omdat een onbeperkt vrijwaring vanuit bedrijfseconomische en verzekeringstechnisch perspectief onaanvaardbaar is en geen reële en evenwichtige verdeling van de risico's tussen partijen weergeeft.	Gemeenten gaan niet mee in uw verzoek. Er is geen onbeperkte aansprakelijkheid. De bepaling in deze overeenkomst beperkt het risico voor de Jeugdhulpaanbieder, omdat eventuele vorderingen die deze derden instellen een direct gevolg moeten zijn van het niet nakomen door de Jeugdhulpaanbieder van verplichtingen op grond van deze overeenkomst (wanprestatie). Daarmee is de aansprakelijkheid conform 3.3.2 van het beschrijvend document.
896	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 571: Per abuis was een foutieve verwijzing in onze vraag opgenomen. De vraag zou moeten zijn: Klopt het dat dit artikel 19.9 dubbel is met artikel 19.3?	Ja dit is correct.

897	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 578: Opdrachtnemer kan ook zeker (blijven) garanderen dat aan de minimale vereisten wordt voldaan m.b.t. verzekeringen. Kunt u bevestigen dat een wijziging "niet ten nadele van de Gemeente" kan worden geïnterpreteerd als een wijziging die betrekking heeft op de gestelde minimale vereisten zoals opgenomen in het beschrijvend document?	In het beschrijvend document artikel 3.3.2 zijn de minimale vereisten aangegeven vanuit de kant van de gemeente. Deze minimale vereisten veranderen gedurende de uitvoering van de overeenkomst.
898	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 581: Wij verzoeken om aansprakelijkheid uit hoofde van deze vrijwaring (indien deze moet blijven staan) te beperken en vervalt als de gemeente mede-schuldig is, ook beperken tot directe schade (indirecte/gevolg schade uitsluiten).	Gemeenten gaan niet mee in uw verzoek. Zie ook het antwoord op vraag 895
899	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 585: (i) Kunt u instemmen met een aanpassing van artikel 9.6 in de zin dat de vrijwaring enkel geldt voor aanspraken van derden die verband houden "met de uitvoering van de werkzaamheden onder de Overeenkomst door Opdrachtnemer"? (ii) Kunt u instemmen met een aanpassing van artikel 9.6 in de zin dat de vrijwaring komt te vervallen als er sprake is van (mede)schuld van de Gemeente?	i ja, zie antwoord op vraag 895; ii nee, gemeenten gaan niet mee in uw verzoek.
900	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref 586: Kan worden toegelicht wat in het kader van art. 9 wordt bedoeld met "enig resultaat voortvloeiende uit de Overeenkomst" en welke intellectuele eigendomsrechten daarop zouden komen te rusten?	artikel 9 gaat over de intellectuele eigendomsrechten, zoals een ontwerp als resultaat voortvloeiende uit de Overeenkomst, maar dit artikel zal op onderhavige overeenkomst voor jeugdhulp waarschijnlijk niet van toepassing zijn.
901	Algemene inkoopvoorwaarden	Ref. 592: (i) Kunt u instemmen met een aanpassing van artikel 4.8 van de inkoopvoorwaarden in de zin dat de vrijwaring enkel geldt voor boetes en sancties die verband houden "met de uitvoering van de werkzaamheden onder de Overeenkomst door Opdrachtnemer"? Nu kunnen mogelijk boetes opgelegd aan de gemeente voor acties van de gemeente ook onder de vrijwaring vallen - dat kan niet de bedoeling zijn. (ii) Kunt u instemmen met een aanpassing van artikel 4.8 van de inkoopvoorwaarden in de zin dat de vrijwaring komt te vervallen als er sprake is van (mede)schuld van de gemeente?	i ja, zie antwoord op vraag 569; ii nee, gemeenten gaan niet mee in uw verzoek.
902	Raamovereenkomst	Ref 598: Wellicht was de initiële vraag onduidelijk geformuleerd. Kan u bevestigen dat het afgeven van een garantiestelling door Opdrachtnemer, in het kader van de opdracht, niet van toepassing is?	Dat is correct. Dit staat los van artikel 25 lid 1. Dit artikel gaat niet over het afgeven van garantiestellingen aan de gemeente.
903	Raamovereenkomst	Ref 599: Wij verzoeken om aansprakelijkheid uit hoofde van deze vrijwaring (indien deze moet blijven staan) te beperken (voor de Opdrachtgever geldt dit immers ook op grond van lid 2) en toe te voegen dat het gaat om "toerekenbaar" tekortschieten. Een onbeperkte vrijwaring is volgens ons een disproportionele eis.	Wij gaan niet mee in uw verzoek. Er is geen sprake van 'onbeperkte vrijwaring', zie antwoord op vraag 895.
904	Raamovereenkomst	Ref. 600: Veel dank voor uw antwoord. Kunnen we echter uitgaan van uw antwoord op vraag 638 (waar dan ook de overeengekomen wijzigingen/NVI antwoorden m.b.t. de algemene inkoopvoorwaarden behoren)? Waarbij u heeft bevestigd dat "bij verlenging wordt de raamovereenkomst onder dezelfde voorwaarden voortgezet, behoudens eventuele indexerings van tarieven en het recht van Gemeenten om niet te verlengen".	Ja klopt maar dit laat andere artikelen, waardoor wijzigingen kunnen worden doorgevoerd, zoals op basis van artikel 25, in de raamovereenkomst, onverlet.
905	Raamovereenkomst	Ref. 602: Ter voorkoming van misverstanden, we gaan ervan uit dat in uw antwoord een onjuiste verwijzing naar vraag 421 is opgenomen (dit had vermoedelijk vraag 422 moeten zijn, waarin is bevestigd dat de nummering inderdaad incorrect is en zal worden aangepast).	Klopt. In de versie van de overeenkomst bij Nvl 1 is dit inmiddels aangepast.
906	Raamovereenkomst	Ref. 608: Ter voorkoming van misverstanden, deze vraag zou moeten zien op Artikel 21 lid 2 sub b. Kan worden toegelicht wat wordt verstaan onder "de Jeugdhulpaanbieder zijn onderneming", behoort hiertoe enkel de entiteit waarmee de opdracht is aangegaan? Bijvoorbeeld: aanbieder maakt onderdeel uit van een groter concern, maar verleent enkel diensten in het kader van de opdracht met entiteit A. Kan worden bevestigd dat een beëindiging van de activiteiten van groepsentiteit B (die niets met opdracht te maken hebben) geen gevolgen heeft voor deze overeenkomst?	De rechtspersoon of onderneming van de jeugdhulpaanbieder (bij combinatie de rechtspersonen of ondernemingen) en op basis van uw voorbeeld, gaat het om de rechtspersoon of onderneming A die diensten in het kader van deze overeenkomst verleent.
907	Raamovereenkomst	Ref. 617: Kunnen we uit uw antwoord opmaken dat het inderdaad om een toerekenbare tekortkoming moet gaan (welke kan worden betwist door de Opdrachtnemer door tegenbewijs te leveren)?	Gemeenten gaan niet mee in uw verzoek. Bij verzuim is er sprake is van een toerekenbare tekortkoming van de verplichting van de Opdrachtnemer.
908	Raamovereenkomst	Ref. 623: Het antwoord, dit geeft echter (nog) geen antwoord op onze vraag: kan de verplichting tot inzage worden aangepast zodat enkel inzicht wordt verzocht voor de groepsondernemingen of onderaannemers voor zover zij (en enkel voor het deel waarvoor zij) betrokken zijn bij de uitvoering van deze raamovereenkomst? Bijvoorbeeld: aanbieder maakt onderdeel uit van een groter concern, maar verleent enkel diensten in het kader van de opdracht met entiteit A. Kan worden bevestigd dat in dat geval enkel informatie over entiteit A hoeft te worden verstrekt (en niet over de overige groepsentiteiten B t/m D (die niets met opdracht te maken hebben) bijvoorbeeld)?	De rechtspersoon of onderneming van de jeugdhulpaanbieder (bij combinatie de rechtspersonen of ondernemingen) en onderaannemers en op basis van uw voorbeeld, gaat het om de rechtspersoon of onderneming A die diensten in het kader van deze overeenkomst verleent.
909	Raamovereenkomst	Ref. 626: Het antwoord, dit geeft echter (nog) geen antwoord op onze vraag: kan een toelichting worden gegeven bij het doel en de impact van deze twee bulletpoints uit de landelijke contractstandaard?	Dit zijn voorbeelden van gewichtige redenen voor het inkorten van de genoemde opzeggingstermijn waarbij overige zorgvuldigheidseisen van kracht blijven.
910	Raamovereenkomst	Ref 628.: Het antwoord, dit geeft echter (nog) geen antwoord op onze vraag: kan de verplichting tot inzage worden aangepast zodat dat enkel inzicht wordt verzocht voor de groepsondernemingen of onderaannemers voor zover zij (en enkel voor het deel waarvoor zij) betrokken zijn bij de uitvoering van de raamovereenkomst, met het oog op het bredere concern waar de aanbieder deel van uitmaakt? Bijvoorbeeld: aanbieder maakt onderdeel uit van een groter concern, maar verleent enkel diensten in het kader van de opdracht met entiteit A. Kan worden bevestigd dat in dat geval enkel informatie over entiteit A hoeft te worden verstrekt (en niet over de overige groepsentiteiten B t/m D (die niets met opdracht te maken hebben) bijvoorbeeld)?	De rechtspersoon of onderneming van de jeugdhulpaanbieder (bij combinatie de rechtspersonen of ondernemingen) en benoemd onderaannemerschap (inschrijver doet in dat geval een beroep op een onderaannemer om te voldoen aan de kwalificatiecriteria) en op basis van uw voorbeeld, gaat het om de rechtspersoon of onderneming A die diensten in het kader van deze overeenkomst verleent.
911	Raamovereenkomst	Ref. 637: het antwoord geeft echter (nog) geen antwoord op onze vraag: kan tussentijdse opzegging op ieder moment tijdens de looptijd (in theorie dus al na de eerste maand) met inachtneming van de opzegtermijn als bedoeld in art. 21, of enkel tegen het einde van de looptijd van de overeenkomst met inachtneming van de opzegtermijn als bedoeld in art. 21?	Zie antwoord op vraag 803.
912	Raamovereenkomst	Ref. 639: Veel dank voor het antwoord. Kan worden bevestigd dat dit (uw reactie) ook geldt in het geval van een wijziging als bedoeld in (nieuw) art. 11?	Dit klopt, De hiërarchische volgorde van de documenten volgens 1G verandert niet.

913	productomschrijvingen ondersteuning intensief	<p>We zien een groot verschil qua inhoud tussen de basis en intensief. Waar het bij basis nog gaat over dat de cliënt leerbaar is, lijkt het bij intensief te gaan over echt regieverlies en dat er altijd gedragsproblematiek moet zijn. Als wij dit vertalen naar onze praktijk, dan bieden we veel intensieve ondersteuning. Dat komt doordat veel kinderen tegen de WLZ aanschuren en of dat de toekomst daar ligt. Dat maakt dat er een gat zit in deze beschrijvingen tov de VG-doelgroep. Als de gedragsproblematiek, complexe gezinsproblematiek en regieverlies niet voorwaardelijk zijn, dan kunnen we onze VG-doelgroep wel hierin kwijt. Als het wel voorwaardelijk is, dan denken we in de praktijk veel discussie te krijgen over of de kinderen in basis of intensief horen.</p> <p>Hoe zien jullie het onderscheid tussen basis en intensief tav de VG-doelgroep? hoe voorkomen we hiervoor discussie wat waarin valt?</p>	De huidige productomschrijvingen zijn voldoende gedifferentieerd en bieden voldoende flexibiliteit om op causniveau het meest passende product toe te wijzen.
914	Aantal plannen van aanpak	<p>De insteek van deze aanbesteding was dat deze zo klein mogelijk zou zijn. Vooral gezien dat aanbieders tijdens de vorige aanbesteding verschillende inhoudelijke plannen heeft aangeleverd.</p> <p>Nu wordt per segment en optioneel per perceel, twee plannen gevraagd. Voor aanbieders die een groot en integraal aanbod hebben, wordt het daarmee een omvangrijke aanbesteding. kunt u toelichten wat de gedachte is van deze hoeveelheid plannen? wordt hiermee niet veel werk gecreëerd voor alle betrokken partijen, welke uiteindelijk wellicht niet de gewenste meerwaarde heeft?</p> <p>Onze indruk is dat dit nodig is om per segment tot een goede beoordeling te komen tov andere aanbieders die een kleiner/specifieker aanbod hebben. zouden jullie willen nadenken op welke wijze dit efficiënter kan?</p>	Het is mogelijk om per segment 1 document met plannen van aanpak in te dienen. Als uw plannen van aanpak van een segment niet van een ander segment of andere segmenten verschilt, dan is de administratieve stap die we extra van u vragen ons inziens niet (al te) groot.
915	Productbeschrijving Ambulante jeugdhulp	Wij bieden naast o.a. individuele (GGZ) behandelingen ook effectieve groepsbehandelingen voor bijvoorbeeld jeugdigen met een laag zelfbeeld, voortijdige schoolverlaters en KIES (Kinderen In Een Scheiding) training. Dit groepsaanbod heeft gemiddeld een intensiteit van 1.5 uur week. Onder welk product kunnen deze groepsbehandelingen worden geboden?	Het is aan de inschijver om te bepalen op welke segmenten en percelen men wilt inschrijven, passend bij de eisen aan de opdracht zoals vermeld in productbeschrijvingen.
916	Kwaliteitszorgsysteem	<p>In eerdere aanbestedingen voldeed het KIWA-keurmerk als bewijs voor een kwaliteitszorgsysteem. Bij de meest recente aanbesteding werd echter een ISO 9001-certificering of een gelijkwaardig systeem vereist. Voor mijn praktijk is dit financieel niet haalbaar, en dat blijft voortlopig ongewijzigd.</p> <p>Desondanks wil ik graag bijdragen aan het terugdringen van wachtlijsten in de zorg, zonder dat de financiële lasten van een certificering mijn praktijk in gevaar brengen. Mijn vraag is daarom welk type kwaliteitszorgsysteem minimaal wordt vereist voor een micro-onderneming (zzp) zoals de mijne. Ik kan alle gestelde eisen onderbouwen in een kwaliteitshandboek, maar voldoe daarmee niet aan de eis van een periodieke, onafhankelijke audit.</p> <p>Indien de gemeente hierin een rol kan spelen, ben ik bereid hieraan mee te werken. Ik ontvang graag nadere informatie, aangezien de huidige richtlijnen voor mij op dit moment te onduidelijk zijn.</p>	Zie antwoord op vraag 839
917	Aantal plannen van aanpak?	<p>i) Dien je per segment een plan van aanpak in te dienen?</p> <p>ii) Stel, je wilt inschrijven voor het segment Groepsbegeleiding én voor het segment individuele begeleiding. Dien je dan voor elk segment een Plan van Aanpak in te leveren? En zo ja waarom?</p>	<p>1. Correct</p> <p>2. U kunt per segment een plan van aanpak indienen bestaande uit 2 onderdelen G.1.1 en G.1.2). Indien u geen verschil maakt in uw dienstverlening voor beide segmenten kunt u volstaan met 1 plan van aanpak. Graag in bijlage 8 duidelijk aangeven op welke percelen u inschrijft.</p>
918	Vervolg vraag 234	<p>"U schrijft als antwoord op vraag 234 dat medicatiecontrole onderhand gegund wordt. Daarover hebben wij 2 vragen:</p> <p>1) Klopt het dat we bij inschrijving geen PVA (G.1.1./G1.2.) hoeven in te dienen voor het product medicatiecontrole?</p> <p>2) In hoeverre is het mogelijk om medicatiecontrole alleen te leveren voor cliënten die ook voor behandeling in zorg zijn? Of wordt van de aanbieder verwacht dat zij cliënten die elders (bij een andere aanbieder) in behandeling zijn, wel medicatiecontrole volgen bij ons (als we hiervoor gecontracteerd worden)?"</p>	<p>1. dat klopt.</p> <p>2. Wanneer de jeugdige een indicatie heeft voor een ggz behandeltraject dan valt de inzet en bekostiging van controle van medicatie onder dat behandeltraject.</p>
919	Vervolg vraag 236	<p>Wij voorzien mede door de huidige tekorten in het landschap als ook de complexiteit van opgave dat het voeren van een acceptatieplicht op basis van een ingeschatte capaciteit voor 7-jarig contract niet reëel en redelijk is. U geeft in reactie op vraag 236 aan wat de verantwoordelijkheid is van de opdrachtnemer.</p> <p>1) Kunt u toelichten wat wij van u als Opdrachtgever kunnen verwachten?</p> <p>2) Wij verzoeken u dringend om een proces in te richten waarbij de gestelde capaciteit door de aanbieder, uiteraard in overleg, jaarlijks geëvalueerd kan worden zodat ook de acceptatieplicht geëvalueerd en bijgesteld wordt gedurende de contractperiode. Kunt u zich daarin vinden?</p>	1./2. Zie antwoord op vraag 836. Hierop is het antwoord op vraag 236 een aanvulling.
920	Vervolg vraag 240	<p>"Over uw reactie op vraag 240 inzake de KPI doorlooptijd hebben wij 2 vervolgvragen:</p> <p>1) Wat is uw inhoudelijke onderbouwing voor het aanhouden van 9 maanden? Vanuit onze ervaring binnen de specialistische ggz zien wij dat een hulpverleningstraject vaak langer dan 9 maanden duurt en daarmee niet alle gestelde doelen binnen doorlooptijd van 9 maanden gehaald worden.</p> <p>2) Hoe staat deze KPI met doorlooptijd 9 maanden in relatie tot eis 183 uit het PVE waarin opgenomen is dat de maximale duur van een behandeling ihkv de Jeugd GGZ maximaal twaalf (12) maanden mag duren?"</p>	<p>1. Het is bekend dat het effect van behandeling afneemt naarmate de doorlooptijd langer is. Daarom streven we naar een kortere doorlooptijd.</p> <p>2. De KPI en maximale duur in het PVE moeten los van elkaar gezien worden. GGZ behandeling mag maximaal 12 maanden duren. Echter streven we naar een kortere doorlooptijd van 9 maanden.</p>

921	Vervolgvrage 242	<p>"Over uw antwoord op vraag 242 hebben wij een aantal vervolgvragen:</p> <p>1) Kunt u ons het verschil aangeven in de hoeveelheid intensieve uren behandel coördinatie gemoeid gaan met Hoog complex ggz en met het product Spec. Ggz ? Waar zitten deze verschillen dan in volgens u? Het lijkt er op dat Hoog complex alleen is aangediend als nieuw product voor een hogere overhead.</p> <p>2) Hoe kunnen wij intern sturen op 2 verschillende soorten manieren van bekostiging binnen onze bedrijfsvoering mochten binnen ons cliëntenbestand een deel Hoog complex ggz cliënten zijn en een deel spec. Ggz? Dan zal er voor elke medewerker een andere productiviteitsnorm ontstaan omdat bij de ene client wel indirecte tijd meegeteld wordt en bij de andere client niet. Dit is onwerkbaar om ergens op te kunnen sturen."</p>	<p>1. Uit de consultatie van aanbieders is duidelijk geworden dat bij 'Hoogcomplex' het aantal indirecte uren tussen cliënten fors kan variëren. Daarom is besloten de declarabiliteit voor deze specifieke categorie aan te passen. Het landelijke TOPGGz keurmerk is gehanteerd als voorwaarde om dit product te kunnen leveren. Daarmee is een hogere overhead niet het doel van de toevoeging van dit product, maar het gevolg.</p> <p>2. De gemeenten gaan niet over de keuzes van organisaties in de bedrijfsvoering.</p>
922	vervolgvraag 250	<p>"N.a.v. uw reactie op vraag 250 hebben wij een aantal vervolgvragen:</p> <p>1) Wat ons betreft is niet duidelijk wanneer reistijd wel of niet declarabel is en voorzien wij hierin verschillende werkwijzen tussen verschillende type verwijzingen, bijvoorbeeld in geval de toegang verwijst of in het geval de medisch specialist of huisarts verwijst. Welke criteria wil de regio hanteren en hoe gaat zij faciliteren dat hier een eenduidig beeld van ontstaat?</p> <p>2) U geeft aan dat reistijd alleen declarabel is bij vooraf goedgekeurde uitzonderingen. Wij zien zeker in dat we zorgvuldig om moeten gaan het reistijd. In het kader van onze behandelvisie (nabij de jeugdige en het systeem) zien wij echter behandeling bij de jeugdige en het systeem als essentieel voor het herstel. In uw regiovisie onderschrijft u ook het belang van nabije hulp. Daarmee is declarabele reistijd ook een noodzakelijk onderdeel. Bent u bereid om reistijd, al dan niet met een gesteld maximum, declarabel te laten maken voor het product specialistische ggz? "</p>	<p>1. Reistijd is alleen declarabel bij de GGZ behandelproducten wanneer behandeling aan huis noodzakelijk is voor effectieve zorg. In de implementatiefase worden hierover procesafspraken gemaakt met de betreffende aanbieders.</p> <p>2. Nee, de regio is niet toe bereid om reistijd standaard declarabel te maken bij het product specialistische GGZ. Op casusniveau, dus per individueel traject, wordt door de toegang bepaald of reistijd in dat geval gedeclareerd kan worden.</p>
923	Vervolgvrage 256	<p>U geeft aan dat het tarief is gebaseerd op een gemiddelde zorgzwaarte met een vastgestelde verhouding tussen directe en indirecte tijd. We hebben een vervolgvraag voor het product GGZ specialistisch. We zien in de praktijk dat de verhouding direct/indirect gemiddeld 60/40 is. Dit verschilt van de vastgestelde verhouding. Kunt u aangeven welke onderzoeken u heeft gebruikt in de tot stand koming hiervan en wat de onderbouwing is van deze verhouding?</p>	<p>Er is bij de start van het kostprijs traject gekeken naar verschillende uitkomsten bij de opbouw van vergelijkbare tarieven elders. Vervolgens is de productiviteit (met name de verhouding tussen directe en indirecte cliëntgebonden uren) bijgesteld op basis van het onderzoek in de regionale uitvoeringspraktijk, de consultatie van de regionaal actieve aanbieders. Na afsluiting van de consultatiefase is voor het betreffende tarief de verhouding 55/45 (vertaald vanuit de uren) gekozen; dat is een voor de aanbieders gunstigere verhouding dan wat in deze vraag als gemiddeld praktijkbeeld is geschetst.</p>
924	Vervolgvrage 264	<p>Kan de regio toelichten waaruit volgens jullie blijkt dat er voldoende ruimte is voor dialoog binnen dit artikel? Kunnen jullie een concreet voorbeeld geven hoe de regio dit aanpakt?</p>	<p>Dit artikel is merendeel van de gevallen één van de laatste stappen, die vooraf wordt gegaan aan de genoemde dialoog om te komen tot nakoming.</p>
925	Vervolgvrage 179	<p>"U geeft in het antwoord op vraag 179 aan dat er geen onderscheid in gunningscriteria is tussen de percelen. Wij begrijpen dat beide gunningscriteria van toepassing zijn op de diverse segmenten en percelen. Daarover hebben wij nog twee vervolgvragen:</p> <p>1) Het kan zijn dat voor bijv. G.1.1. elementen vergelijkbaar is voor bijv. het segment diagnostiek als ook specialistische ggz. Is het mogelijk om voor beide segmenten hetzelfde PVA voor G.1.1. in te dienen?</p> <p>2) In het beschrijvend document (pagina 44) staat dat voor G.1.1 het maximum aantal pagina's 5A4 (lettertype Arial 5) is. In de extra gepubliceerde toelichting over het PVA staat dat G.1.1. maximaal 4A4 betreft (lettertype Arial 10). Kunt u het maximum aantal pagina's inclusief lettertype verduidelijken? "</p>	<p>1. ja dat is mogelijk. Dit moet 5 A4 zijn in lettertype Arial 10. Zie ook vraag 837.</p>
926	Vervolgvrage 476	<p>Graag zien wij dat de aanbestedende dienst deze verwijzing in de concept raamovereenkomst aanpast in de nieuwe versie en bij de publicatie van de 2e nota van inlichtingen publiceert. Kunt u bevestigen dat u dit doet?</p>	<p>Dit wordt aangepast, zie nieuwe versie van de overeenkomst toegevoegd aan deze nota van inlichtingen.</p>
927	Vervolgvrage 157	<p>De regio schrijft hier dat beide definities geheel in lijn met de definitie van de VNG zijn toegepast. Voor ons is nog niet duidelijk wat wordt verstaan onder direct cliëntgebonden uren. Graag willen wij een duidelijk gezamenlijk beeld met de regio. U schrijft dat directe cliëntgebonden tijd o.a. tijd met cliënt of zijn systeem is. 1. Wordt een consult met ouders zonder jeugdige gezien als directe cliëntgebonden uren? 2. Wordt een afstemming tussen behandelaar en school over voortgang van behandeltraject van de jeugdige (jeugdige niet aanwezig) gezien als directe cliëntgebonden uren? 3. Wordt de verslaglegging over het behandelconsult van de jeugdige (jeugdige niet aanwezig) gezien als directe cliëntgebonden uren?</p>	<p>1. Ja 2. Ja 3. Nee, dit is indirecte cliëntgebonden tijd en is niet te factureren.</p>
928	Vervolgvrage 144	<p>Om welk onderzoek gaat dit? Vanuit inhoudelijk perspectief zien we dat er bij diagnostiek meer indirecte uren nodig zijn om een diagnose te stellen dan bij behandeling. Kan de regio hier een toelichting op geven?</p>	<p>Zoals aangegeven zijn de definitieve keuzes voor de productiviteit mede op basis van de consultatie vorm gegeven. Zie ook het antwoord bij vraag 893.</p>
929	Plan van aanpak	<p>Wij zien in het beschrijvend document (pagina 44) dat het plan van aanpak uit maximaal 5A4 mag bestaan. In de toelichting op het Plan van Aanpak (in de derde kolom van de tabel) zien we dat het Plan van Aanpak uit maximaal 4A4 mag bestaan. Kan de regio bevestigen hoe lang het plan van aanpak mag zijn?</p>	<p>zie antwoord vraag 837</p>
930	Plan van aanpak G1.1	<p>Onder "Gunningscriteria" in Tenderned wordt gesproken van een plan van aanpak G 1.1 van max 5 A4. In de "Toelichting indienen plan van aanpak" van max 4 A4 . Wat is de maximale omvang?</p>	<p>zie antwoord vraag 837</p>
931	Gunningscriterium 3	<p>De tarieven zijn door u vastgesteld. Wat wilt u dat ik bij Gunningscriterium 3 invul aan kosten?</p>	<p>hier mag u 0 invullen of het veld leeg laten</p>
932	Bijlage 3: Productbeschrijving product Clientgebonden expertise en advies. Eisen inhoud Pagina 10	<p>Vervolgvrage nav antwoord vraag 499 vragenronde 1: klopt het dat inhoudelijke informatie van de consultatie landt in het dossier waar de jeugdige in zorg is en niet bij de consultgever?</p>	<p>De inhoudelijke informatie van de cliëntgebonden expertise en advies landt zowel in het dossier waar de jeugdige in zorg is als in het dossier bij de aanbieder die zijn expertise en advies geboden heeft.</p>
933	Vervolgvrage nav antwoord op vraag 412	<p>Klopt het dat de gemeente hier de overkoepelende regie voert (voor de delen die niet bij de aanbieder liggen)?</p>	<p>Het klopt dat de overkoepelende regie bij de de verwijzer ligt.</p>
934	Vervolgvrage 309	<p>Kan de regio de uitkomsten van andere regio's waarnaar is gekeken met ons delen?</p>	<p>Nee wij delen geen gegevens van andere regio's.</p>

935	Vervolg vraag 310	Vervolg vraag 310: Het is algemeen bekend dat PNIL duurder is - niet alleen door mogelijke fees van uitzendbureaus, maar ook door hogere honoraria en vergoedingen. Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt is een bepaald percentage PNIL niet te vermijden. Kan de regio toelichten waarom zij het desondanks proportioneel vindt om deze werkelijkheid te negeren en PNIL kosten gelijk te stellen met PIL kosten?	Er is geen reden om bij PNIL van een hoger salaris uit te gaan, het is immers de gevraagde kwaliteit van het te leveren product, vertaald naar de functie-/salarismix, dat het basissalaris voor de berekening van het tarief bepaald. Alle andere vergoedingen (uitgezonderd de BTW) zijn in het tarief verwerkt via de kostprijsselementen die volgens de AMVB in het tarief dienen te zijn verwerkt. Ook vraagsteller maakt niet duidelijk welke kostensoorten of vergoedingen voor PNIL niet in het tarief zijn verwerkt. Overigens lijkt de actualiteit sinds 2025 er op te wijzen dat de inzet van PNIL sterk terugloopt, mede vanwege het veranderde toezicht.
936	Vervolg vraag 314:	Vervolg vraag 314: Kan de regio toelichten waarom zij het proportioneel vindt dat de zorgaanbieder de gemeente moet vrijwaren voor boetes die te wijten zijn aan tekortkomingen door de gemeenten zelf?	Opdrachtnemer moet bij 4.8 niet de Opdrachtgever vrijwaren voor strafrechtelijke boetes en bestuurlijke sancties die te wijten zijn aan tekortkomingen van de Opdrachtgever.
937	Vervolg vraag 320 en 484	Vervolg vraag 320 en 484: aanbieder is er vanwege de beschrijving van "meer dan 75% van de cliënten komt bij aanbieder vanwege de derde-lijnsfunctie die de aanbieder heeft voor een specifieke doelgroep of vanwege een bepaalde expertise" en/of "aanbieder heeft een academische functie" vanuit gegaan dat als meer dan 75% derdelijns zorg betreft of als aanbieder een academische functie heeft, ook alle zorg die door aanbieder geleverd wordt, binnen het perceel hoog complex valt. De reden hiervoor is dat daar in de functiemix al rekening mee is gehouden én verschillende ggz percelen verschillende financieringssystematieken kennen, die technisch gezien in de uitvoering niet naast elkaar kunnen bestaan. Is de aanname die aanbieder doet juist? Zo niet, hoe wordt dan met een passende bekostiging én de verschillende systematieken omgegaan die technisch niet naast elkaar uitvoerbaar zijn?	Deze aanname is niet juist. De zorgvraag van de cliënt is bepalend voor het product dat toegewezen wordt. We verwachten van de aanbieder dat deze de administratie hierop aanpast zodat het technisch uitvoerbaar is.
938	Vervolg vraag 325	Vervolg vraag 325: Facturatie vindt in de opvolgende maand plaats. In dit geval wordt enkel vermeld dat de facturatie maandelijks moet plaatsvinden. Kan de regio bevestigingen dat dit in de opvolgende maand mag plaatsvinden?	Dat kan de regio bevestigen .
939	Vervolg vraag 328	Vervolg vraag 328: Op basis waarvan acht Opdrachtgever het proportioneel om afwezigheid van jeugdige met opdrachtgever te delen, enerzijds vanuit privacy overwegingen, anderzijds vanuit administratieve lasten?	No show kan een indicatie zijn dat de ingezette zorg niet passend is en er wat anders nodig is.
940	Vervolg vraag 336	Vervolg vraag 336: De vraag van aanbieder ziet vooral op de maatregel die de regio kan nemen, namelijk de overeenkomst onmiddellijk en naar eigen keuze opschorten, ontbinden of beïndigen. Aanbieder vindt deze maatregel disproportioneel wanneer zij om aan deze eis te voldoen ook afhankelijk is van externe factoren, zoals het tijdig afgeven van toewijzingen van gemeenten. U geeft zelf al aan dit wel eens terug te lezen in een accountantsverklaring. Aanbieder vraagt u, deze eis naar redelijkheid en billijkheid toe te passen. Is de regio daartoe bereid?	Opdrachtgever beoordeelt dit zorgvuldig en zal hierop passend reageren.
941	Vervolg vraag 338 en 337	Vervolg vraag 338 en 337: In eis 104 wordt het volgende aangegeven: "De einddatum van het Stop zorg (307) definieert de gemeente als de laatste dag dat de zorg is geleverd aan de Cliënt (face to face contact). Indirecte uren zijn hier geen onderdeel van, zie eis 104 (hier hoort 114 te staan)". In eis 114 staat dat indirecte tijd voor het product GGZ Hoog Complex declarabel is. Daarmee gaat aanbieder er vanuit dat, wanneer zij zorg leveren onder het product GGZ Hoog Complex, dat zij een 307 bericht stuurt als de zorg is gestopt, dt kan dus ook na indirecte uren. Kan de regio dat bevestigen?	Dit kan de regio bevestigen: bij GGZ Hoog Complex geldt een uitzondering op eis 104: Bij dit product mogen indirecte uren wel gedeclareerd worden en tellen deze mee voor het bepalen van de einddatum in het 307-bericht.
942	Vervolg vraag 339	Vervolg vraag 339: In de aangepaste versie is de verwijzing in eis 104 naar eis 114 is nog niet aangepast. "Indirecte uren zijn hier geen onderdeel van, zie eis 104". Nogmaals het verzoek om hiernaar te kijken en de aanpassing te maken.	Dit is aangepast.
943	Vervolg vraag 248	Vervolg vraag 248: Op basis waarvan acht de regio deze eis proportioneel?	Op basis van de verantwoordelijkheid die gemeenten dragen voor hun inwoners.
944	Vervolg vraag 346	Vervolg vraag 346: In potentie kan dit een zeer omvangrijke uitvraag zijn. Mag aanbieder aannemen dat wanneer zo'n uitvraag wordt gedaan, de regio een redelijke termijn hanteert waardoor een organisatie voldoende in de gelegenheid wordt gesteld deze gegevens op een veilige manier te delen?	Ja, daar mag u van uitgaan.
945	Vervolg vraag 349	Vervolg vraag 349: Begrijpt zorgaanbieder goed dat deze voorwaarden dus alleen gelden voor de onderaannemers op wiens draagkracht een beroep wordt gedaan en dus niet voor onderaannemers op wiens draagkracht geen beroep wordt gedaan?	Dat is correct.
946	Vervolg vraag 352	Vervolg vraag 352: Kan de regio toelichten waarom zij andere opdrachtgevers - andere gemeenten - zou willen screenen terwijl de regio geen partij is in de betreffende overeenkomsten?	Dit is inderdaad niet de bedoeling. Het PVE wordt aangepast.
947	Vervolg vraag 355	Vervolg vraag 355: Wat wordt bedoeld met bemoeien met de bedrijfsvoering en hoe ziet dat proces er dan uit?	Zie eis 77, achter 'tenzij', voor de verdere toelichting.
948	Vervolg vraag 361, 362, 411, 465	Vervolg vraag 361, 362, 411, 465: Mag aanbieder aannemen dat deze verantwoordelijkheid zich beperkt tot dat deel waar aanbieder m.b.t. tot de behandeling en t.b.v. de zorgvraag van de jeugdige voor verantwoordelijk is? En dat wanneer het lokale teams reeds betrokken is, of zelfs de verwijzer is, zij de regie hebben op de overige onderwerpen in het toekomstplan?	De aanbieder die de zorg levert wanneer de jongere 16 jaar is, heeft de verantwoordelijkheid om het Perspectiefplan te initiëren en de regie te voeren. Het Perspectiefplan is van de jongere en we verwachten van de aanbieder dat deze de jongere faciliteert en ondersteunt om dit plan in te kunnen vullen.
949	Vervolg vraag 366, 308 en 409	Vervolg vraag 366, 308 en 409: Door het antwoord wat de regio hier geeft kan zij concluderen dat bij bijvoorbeeld producten als IHT vallend onder het perceel GGZ Hoog complex geen zorg wordt geleverd buiten kantoortijden. Die aanname lijkt ons onjuist en daarmee is het dus ook niet kloppend dat in sommige producten geen ORT is meegenomen. Op welke wijze houdt de regio alsnog rekening met de benodigde dienstverlening buiten kantoortijden?	Het tarief wordt niet aangepast omdat IHT een hele specifieke dienstverlening is binnen het totale aanbod van het product GGZ Hoog Complex.
950	Vervolg vraag 367	Vervolg vraag 367: Wat als crisis of acute zorg is gestart en er wordt geen toestemming voor gegeven?	Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij verantwoord omgaan met de inzet van IHT. In die gevallen zal toestemming niet geweigerd worden. Mocht om zwaarwegende redenen geen toestemming gegeven worden, zal in afstemming met elkaar afspraken gemaakt worden over de inzet.
951	Vervolg vraag 382	Vervolg vraag 382: Op basis waarvan trekt de regio de conclusie dat een aanbieder hier middelen voor beschikbaar heeft gezien de huidige rendementen bij met name systeemaanbieders?	Innovatie is onderdeel van de bedrijfsvoering.
952	Vervolg vraag 385	Vervolg vraag 385: De regio kijkt hiermee af van de gebruikelijke situatie. In het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ (versie 4.0) staat: "Tot het moment dat de intake bij de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de cliënt conform de WGB0". En "De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de cliënt over na de intake met de regiebehandelaar mits de behandeling bij de zorgaanbieder is geïndiceerd." Kan de regio gelet hierop toelichten waarom zij niet aansluit bij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals die volgt uit kwaliteitsstatuut?	Het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is gemaakt voor de geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is geen veldnorm voor de jeugd-ggz binnen de Jeugdwet.
953	Vervolg vraag 386	Vervolg vraag 386: Kan de regio bevestigen dat zij geen hoge eisen stelt aan de onderbouwing van de eigen keuze van de cliënt, nu de keuzevrijheid van de cliënt juist het uitgangspunt is?	De onderbouwing zal per casus bekeken worden en besproken worden met de cliënt.
954	Vervolg vraag 389, 390	Vervolg vraag 389, 390: We gaan er met deze eis van uit dat wordt bedoeld: Bij de jeugdige die op de wachtlijst staat, verergert de problematiek. De jeugdige (of verwijzers, of ouders) neemt contact op met aanbieder, aanbieder beoordeeld of urgentie moet worden gegeven aan het verlenen van zorg. Is onze aanname juist? Zo niet, op welke wijze acht de regio het realistisch voor aanbieder aan deze eis te voldoen?	De door u beschreven situatie is inderdaad een situatie waarop deze eis toeziet.

955	Vervolg vraag 392	Vervolg vraag 392: Juist omdat het sporadisch voorkomt leidt deze eis tot administratieve lasten. Hoe ziet de regio deze eis in de praktijk voor zich?	Omdat de regio het belangrijk vindt dat er niet onnodig gewisseld wordt van hulpverlener binnen een lopend traject, verwacht de regio dat de verwijzer op de hoogte wordt gebracht. De wijze waarop dat gebeurt is vormvrij.
956	Vervolg vraag 405	Vervolg vraag 405: Binnen de hoogcomplex GGZ worden specialistische interventies ingezet die (nog) niet altijd evidence based zijn. Welke kenniscentra en experts is de regio dan voornemens om advies te vragen?	Dat is afhankelijk van de in te zetten interventie. Het kan bijvoorbeeld het NJI zijn, maar het kan ook een brancheorganisatie zijn.
957	vervolg vraag 405 en 406	vervolg vraag 405 en 406: Aanbieder gaat er vanuit dat het principe van evidence-based als volgt kan worden gelezen: Jeugdigen in de specialistische zorg hebben met regelmaat een uniek karakter. Er is veel hulp door anderen geboden. Er worden dan diagnostische en behandelmethoden ingezet die aansluiten bij deze (ook unieke) zorgvragen, en waar kan bij landelijke, bewezen effectieve interventies en richtlijnen (waaronder NJI, kenniscentrum KJP, AKWA) en het kwaliteits- en professioneel statuut, rekening houdend met de laatste stand van de wetenschap. Kan de Regio dit bevestigen? Zo niet, kan worden geduid hoe evidence-based moet worden geïnterpreteerd daar niet voor alle zorgvragen een evidence-based methode voor handen is?	Dat kan de regio bevestigen.
958	Vervolg vraag 408	Vervolg vraag 408: Begrijpt aanbieder het goed dat deze eis een keuze is van de regio en niet volgt uit wetgeving? Zo niet, als deze eis volgt uit de Wet digitale overheid, benadrukt aanbieder dat deze voor zorgaanbieders in het kader van de Jeugdwet niet van toepassing is, wel voor ZvW.	Wij passen de eis aan door de volgende zin toe te voegen: 'De website dient te voldoen aan de (actuele) wet en regelgeving van toepassing op de opdrachtnemer.'
959	Vervolg vraag 408	Vervolg vraag 408: Deze eis brengt met zich mee dat veel aanbieders hun website zullen moeten aanpassen: technisch WCAG proof, inhoudelijk content moet voldoen aan voorwaarden, WCAG toets, inzetten van readspeaker inclusief abonnement. Aanbieder heeft hiervoor kennis ingewonnen bij een expert welke de kosten ramen op zo'n €10.000,-. Op welke wijze acht de regio het proportioneel om deze eis voor alle aanbieders te stellen?	Zie antwoord op vraag 958. Hiermee is ook deze vraag voldoende beantwoord.
960	Vervolg vraag 416	Vervolg vraag 416: Het recht houden op vergoedingen op grond van de overeenkomst is niet hetzelfde als een schadevergoeding wegens gewijzigde omstandigheden die niet aan zorgaanbieder zijn te wijten. In omstandigheden dat beide partijen de wijzigingen niet kunnen voorzien, is het proportioneel als beide partijen de schade daarvoor dragen. Zorgaanbieder verzoekt u daarom deze bepaling zo aan te passen dat partijen in overleg treden over de geleden schade en de verdeling daarvan.	Gemeenten stemmen niet in met uw verzoek.
961	Vervolg vraag 417	Vervolg vraag 417: Begrijpt zorgaanbieder uw antwoord goed dat alleen de niet voorzienbare omstandigheden die een wezenlijke invloed kunnen hebben op de uitvoering van de overeenkomst moeten worden gemeld?	Het gaat ook om voorzienbare omstandigheden.
962	Vervolg vraag 418	Vervolg vraag 418: Dit is geen antwoord op de vraag. Zorgaanbieder verzoekt u om toe te lichten waarom de schade niet beperkt is bij veroorzaking door zorgaanbieder en waarom u niet bereid bent om deze bepaling aan te passen.	Gemeenten stemmen niet in met uw verzoek. Dit is een standaard voorwaarde. De aansprakelijkheid bij vrijwaring van de opdrachtgever door opdrachtnemer blijft ook onderdeel van de standaard inkoopvoorwaarden.
963	Vervolg vraag 423	Vervolg vraag 423: Uit uw antwoord en verwijzing blijkt niet op welke wijze een aanbieder kan opzeggen als het voor haar niet meer haalbaar is om zorg in de regio te leveren. In artikel 21 overeenkomst worden alleen omstandigheden omschreven waarin de wederpartij opzegt en dat is in de vraagstelling niet aan de orde. Kunt u toelichten op welke wijze aanbieders kunnen opzeggen of een verlenging kunnen weigeren als het niet meer haalbaar is om zorg in de regio te leveren?	Zie antwoorden op de vragen 803 en 911.
964	Vervolg vraag 423	Vervolg vraag 423: Op welke wijze acht de regio het proportioneel dat de zorgaanbieder zeer beperkte mogelijkheden heeft tot a) uittreding b) opzegging c) niet instemmen verlengen? Aanbieder stelt deze vraag, omdat er in de stukken zoals ze nu voorliggen veel onduidelijkheden zijn mbt de capaciteitsverdeling en de impact daarvan op de continuïteit van de organisatie in de regio. Dit brengt ook onzekerheden met zich mee mbt de continuïteit van de organisatie in de regio en daarmee de bedrijfsvoering. De overeenkomst kent in potentie een looptijd van 8 jaar met zeer beperkte mogelijkheden om tussentijds uit te treden, op te zeggen of niet in te stemmen met verlengingen. 1. Op welke wijze acht de regio dit proportioneel? 2. kan de regio op basis van dit perspectief de eisen rondom uittreden, opzeggen en niet instemmen met verlenging verruimen?	De gemeenten willen continuïteit van de levering van de zorg binnen een dekkend zorglandschap. Er zijn reeds mogelijkheden opgenomen in de overeenkomst voor aanbieders om op te zeggen of verlenging te weigeren.
965	Vervolg vraag 424	Vervolg vraag 424: In uw antwoord gaat u eraan voorbij dat in artikel 21 lid 3 is opgenomen dat beide partijen kunnen overgaan tot (gedeeltelijke) ontbinding als de wederpartij niet nakomt of in overmacht verkeert, terwijl uit artikel 21 lid 4 volgt dat alleen de opdrachtgever schade kan verhalen op de wederpartij. Dat acht zorgaanbieder niet proportioneel en verzoekt u daarom om de overeenkomst zo aan te passen dat indien de jeugdhulpaanbieder overgaat tot opzegging of ontbinding ingevolge artikel 21 lid 3 zij de schade kan verhalen op haar wederpartij, zijnde de opdrachtgever.	Bij artikel 3 gaan we uit van ontbinding en niet opzegging. De ontbinding van de overeenkomst op grond van lid 3 van deze bepaling kwalificeert de Jeugdhulpaanbieder namelijk als 'de partij wier tekortkoming een grond voor ontbinding heeft opgeleverd'. De Jeugdhulpaanbieder is als 'de partij' dan verplicht de schade te vergoeden die het gevolg is van de ontbinding van de overeenkomst.
966	Vervolg vraag 425	Vervolg vraag 425: Uw antwoord ziet op artikel 21 lid 3, maar de vraag zag op artikel 21 lid 4. Begrijpt zorgaanbieder goed dat u met uw antwoord bedoelt dat ook artikel 21 lid 4 wederkerig is? Zo niet, kunt u toelichten waarom artikel 21 lid 4 niet wederkerig is?	Zie antwoord op vraag 965.
967	Vervolg vraag 426	Vervolg vraag 426: Het voorstel om de bepaling aan te passen dat een dergelijke onjuistheid kan worden aangemerkt als tekortkoming neemt niet weg dat de door u omschreven omstandigheden zich kunnen voordoen en dat dit een grond voor ontbinding kan zijn. Door het voorstel niet te accepteren, geldt echter dat alle onjuistheden altijd worden aangemerkt als tekortkoming en dat acht zorgaanbieder niet proportioneel. Het verzoek daarom om deze bepaling aan te passen naar een "kan-bepaling".	Gemeenten stemmen niet in met uw verzoek. Deze bepaling stelt onjuiste of onvolledige informatie die door de Jeugdhulpaanbieder is verstrekt tijdens de inkoopprocedure, gelijk aan een tekortkoming in de nakoming van de (mede) op basis daarvan tot stand gekomen overeenkomst. Het is een explicitering van een grond om te ontbinden die samenhangt met de doorlopen inkoopprocedure. Immers kan pas later blijken dat de Gemeente het aanbod niet zou hebben aanvaard (ofwel had Gemeente geen aanbod gedaan aan de Jeugdhulpaanbieder) bij juiste informatie.
968	Vervolg vraag 429	Vervolg vraag 429: De regio hanteert hiermee voorwaarden die nauwer zijn dan de voorwaarden uit het burgerlijk wetboek. Zorgaanbieder verzoekt u om toe te lichten waarom u dit proportioneel acht.	We schrappen dit artikel en passen de artikelen die hiermee in verband staan en wijzigingen bevatten, ook aan.

969	Vervolg vraag 431	<p>Vervolg vraag 431:</p> <p>1) Kan de frequentie expliciet worden gedefinieerd als 'totaal binnen de geldigheidsduur' om administratieve problemen in de facturatie te voorkomen? In de context van sGGZ Hoog Complex is het namelijk niet haalbaar om een vast aantal uren per week vast te stellen vanwege de fluctuaties in de zorgbehoefte. Het verkrijgen van inzicht in zowel het totale volume als de duur van de zorg is van belang, aangezien dit de administratieve lasten aanzienlijk kan beïnvloeden.</p> <p>2) Daarnaast verzoeken wij om duidelijkheid over de productcodes: wordt er één productcode gehanteerd voor hoogcomplex zorg, of worden er aparte codes gebruikt voor bijvoorbeeld IHT en medicatiecontrole? Dit heeft namelijk invloed op de administratieve werklust bij het wisselen tussen productcodes.</p> <p>3) Tot slot vragen wij ons af waarom deze informatie pas in de implementatiefase gedeeld zal worden. Is het mogelijk om deze eerder beschikbaar te stellen?</p>	<p>1. Dit zal uitgewerkt worden in de implementatiefase.</p> <p>2. Dit kan pas gedeeld worden in de implementatiefase, zo snel als mogelijk wanneer de gunning definitief is. Voor medicatiecontrole zal een aparte productcode ingericht worden omdat dit een ander product is.</p> <p>3. Helaas is dit niet mogelijk omdat de uitwerking niet eerder gereed is.</p>
970	Vervolg vraag 441	<p>Vervolg vraag 441: Kan de regio bevestigen dat zij medewerking aan een tijdelijke cliëntenstop niet op onredelijke gronden zal weigeren? Zo niet, kan de regio toelichten welke elementen zij betreft bij de afweging of zij een verzoek om een cliëntenstop honoreert?</p>	<p>Niet onredelijke gronden voor zover is voldaan aan de volgende voorwaarden (bron: toelichting standaard overeenkomst ketenbureau I-sociaal domein)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als voor het vinden en implementeren van passende oplossingen voor de ontstane of te verwachten problematiek meer tijd, capaciteit of middelen nodig zijn dan door de Gemeente redelijkerwijs van de Jeugdhulpaanbieder kan worden gevergd, gelet op de vereisten van een tijdige en passende levering van hulp aan de jeugdige, ouders of verzorgers, is deze verplicht daarvan zeven (7) kalenderdagen voorafgaand aan de cliëntenstop, met redenen omkleed en voorzien van mogelijke oplossingen, schriftelijk mededeling te doen aan de Gemeente conform hierover gemaakte afspraken zoals het zoeken naar en aanbieden van eventueel beschikbaar alternatief aanbod. - Een cliëntenstop is nimmer van toepassing op crisishulp en overige acute jeugdhulp. Deze vormen van hulp dienen door de Jeugdhulpaanbieder altijd te worden geregeld en gewaarborgd. De Jeugdhulpaanbieder is niet persé gehouden deze hulp zelf te leveren, maar kan hiervoor een andere Jeugdhulpaanbieder inschakelen.
971	Vervolg vraag 443	<p>Vervolg vraag 443: Dat is onjuist, in elk geval voor zover de onaanvaardbare wachttijd al duidelijk is voor de intake. In het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ (versie 4.0) staat daarover: ""Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende Regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Als intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, stelt de aanbieder de cliënt hiervan op de hoogte en kan de cliënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. Tot het moment dat de intake bij de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de cliënt. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de cliënt over na de intake met de regiebehandelaar mits de behandeling bij de zorgaanbieder is geïndiceerd. "" Voor de situatie na de intake geldt het volgende. ""Als de zorgaanbieder geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de cliënt verwijst hij de cliënt door naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid). Als de zorgaanbieder geen passende doorverwijzing binnen de GGZ kan doen, of als de cliënt niet in aanmerking komt voor behandeling en begeleiding in de GGZ verwijst de regiebehandelaar de cliënt terug naar de huisarts/verwijzer met een advies voor een passend vervolg"". Kan de regio gelet hierop toelichten waarom zij de verantwoordelijkheid van de verwijzer naar de zorgaanbieder verplaatst en waarom zij afwijkt van het kwaliteitsstatuut ggz?</p>	<p>Het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is gemaakt voor de geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is geen veldnorm voor de jeugd-ggz binnen de Jeugdwet. De regio streeft voor jeugdigen naar een warme overdracht naar een passend aanbod.</p>
972	Vervolg vraag 446	<p>Vervolg vraag 446: Uw antwoord is geen inhoudelijke toelichting of onderbouwing van uw beslissing om de bepaling niet aan te passen. Zorgaanbieder verzoekt u, nu u niet bereid bent om de tekst aan te passen, in ieder geval te bevestigen dat in de praktijk alleen inzicht zal worden gevraagd in stukken die van invloed kunnen zijn op de uitvoering van de overeenkomst.</p>	<p>Dit artikel beperkt zich op hetgeen een <u>risico kan</u> zijn op de uitvoering van deze overeenkomst.</p>
973	Vervolg vraag 447	<p>Vervolg vraag 447: We vragen niet of het artikel wordt aangepast maar naar redelijkheid en billijkheid wordt toegepast en beargumenteren waarom wij dit vragen. Kan de regio de vraag beantwoorden?</p>	<p>De gemeenten willen continuïteit van de jeugdzorg en zullen op basis hiervan passende stappen nemen. De gemeenten zullen dit waar dit mogelijk en passend is, doen naar redelijkheid en billijkheid.</p>
974	Vervolg vraag 451	<p>Vervolg vraag 451: Uw antwoord bevat geen enkele toelichting. Zorgaanbieder verzoekt u nogmaals om dit antwoord toe te lichten.</p>	<p>In praktijk zal veelal vooraf overleg plaatsvinden met aanbieders, voordat een dergelijke toewijzing plaatsvindt. De gemeenten willen voorkomen dat de aanbieders de verantwoordelijkheid naar elkaar afschuiven en de cliënt uiteindelijk hiervan de dupe is.</p>
975	Vervolg vraag 459	<p>Vervolg vraag 459: De genoemde doorlooptijd die gebaseerd is op de databanken gaat over 2e lijns zorg en niet de zorg passend binnen hoog complex. Kan aanbieder er van uit gaan dat de normen niet van toepassing zijn op hoog complex?</p>	<p>Nee, daar kan de aanbieder niet vanuit gaan.</p>
976	Vervolg vraag 461	<p>Vervolg vraag 461: 1) Kan de regio aangegeven waarom dit pas in de implementatiefase uitgewerkt gaat worden? De zorgaanbieder weet hierdoor niet wat de administratieve lasten gaan zijn en waarmee dus ingestemd wordt met inschrijven. Er staat beschreven dat de doorlooptijden gebenchmark zullen worden tussen de gecontracteerde aanbieders. Het blijkt in de praktijk dat dit vaak nadeling is voor de SGGZ gezien de doorlooptijden daar langer/onvoorspelbaarder kunnen zijn.</p> <p>2) Kunt u de doorlooptijd toch in het protocol opnemen?</p>	<p>1. De doorlooptijd wordt per product vastgesteld en heeft nog nadere uitwerking. Benchmark gebeurt op vergelijkbare producten.</p> <p>2. Gezien het antwoord op vraag 1 denkt de regio niet dat dit noodzakelijk is.</p>
977	Vervolg vraag 461	<p>Vervolg vraag 461: De regio geeft geen antwoord op de vraag of ze het gebruik van 317 berichten, zoals deze bedoeld zijn in het landelijk administratieprotocol toestaan. Bij deze nogmaals de vraag of de regio daartoe bereid is.</p>	<p>Ook het gebruik van het 317 bericht, zoals bedoeld in het landelijk administratieprotocol, wordt in de implementatiefase uitgewerkt.</p>
978	Vervolg vraag 463	<p>Vervolg vraag 463: kan de regio nader toelichting hoe getoetst wordt of het resultaat behaald is zonder inzage in dossiers of behandelplannen?</p>	<p>Doordat toetsing wordt gedaan op geagriteerd niveau op basis van beschikbare informatie uit het berichtenverkeer.</p>
979	Vervolg vraag 463	<p>Vervolg vraag 463: Hoe gaat de regio ermee om dat zorgverlening geen garantie op succes geeft en dus geen resultaatsverplichting kan zijn?</p>	<p>Zie antwoord op vraag 464 Nvl 1</p>
980	Vervolg vraag 466	<p>Vervolg vraag 466: Kunt u verduidelijken wie precies wordt bedoeld met 'door de Jeugdwet aangewezen verwijzers'? Wanneer verlengde jeugdhulp is afgestemd met een consultant, geldt de consultant dan als de aangewezen verwijzer, of wordt hiermee de oorspronkelijke verwijzer van de patiënt bedoeld?</p>	<p>Zie antwoord op vraag 814.</p>
981	Vervolg vraag 467	<p>Vervolg vraag 467: Met dit antwoord lijkt de gemeente een nieuwe invulling te geven aan artikel 2B. In artikel 2B wordt namelijk gerefereerd aan een minimumaantal cliënten (een kwantitatieve minimuminzet), terwijl uw antwoord lijkt te refereren aan een kwalitatieve inspanningsverplichting ten aanzien van alle cliënten die jeugdhulpaanbieder in behandeling heeft ongeacht het minimumaantal (een kwalitatieve minimuminzet). Een opzeggingsmogelijkheid die dermate vaag is geformuleerd acht zorgaanbieder niet proportioneel. Zorgaanbieder verzoekt u te verduidelijken wat u met deze bepaling bedoelt.</p>	<p>niet voldoende inzet', daarmee wordt conform het artikel het minimum aantal cliënten bedoeld van 5.</p>

982	Vervolg vraag 474	Vervolg vraag 474: Uit artikel 1H volgt dat de gemeente kenbaar maakt of zij al dan niet wenst te verlengen, waarna de penvoerder het verlengingsadvies kan bijstellen. Begrijpt zorgaanbieder dus goed dat het "kenbaar maken" zoals bedoeld in deze bepaling ook ziet op het kenbaar maken aan de opdrachtnemer?	Nee, dit kenbaar maken geschiedt richting de penvoerder. De penvoerder (gemeente Doetinchem), maakt dit kenbaar richting de zorgaanbieders.
983	Vervolg vraag 475	Vervolg vraag 475: Kunt u toelichten op basis van wat voor overwegingen het verlengingsadvies tot stand komt?	Het besluit tot wel of niet verlengen zal tot stand komen op basis van de werking van de overeenkomst en eventuele ontwikkelingen in de jeugdhulp.
984	Vervolg vraag 477 en 306	Vervolg vraag 477 en 306 : In het antwoord op vraag 476 zegt u over artikel 1H dat de verwijzing naar artikel 19 niet klopt. Dit moet een verwijzing naar artikel 21 zijn. Vervolgens stuurt u na Nvl1 een aangepaste versie van de overeenkomst waarin dit niet is aangepast. Dat kan natuurlijk gebeuren. Met dat voorbeeld benadrukt aanbieder wel nogmaals het belang van de hiërarchische volgorde.	Zie antwoord op vraag 926.
985	Vervolg vraag 477	Vervolg vraag 477: In de Nota van Inlichtingen is zowel de vraagstelling als de beantwoording relevant en dat niet altijd komen beide elementen terug in de gewijzigde documenten. Zorgaanbieder verzoekt u daarom om de Nvl in de rangorde boven de overeenkomst op te nemen, zodat een volledig beeld en context van de wijzigingen duidelijk zijn tijdens de uitvoering van de opdracht.	Wij gaan niet mee in uw verzoek. Zie antwoord op vraag 477. In de definitieve versie van de overeenkomst zullen alle overige relevante opmerkingen en antwoorden uit de Nota van Inlichtingen zorgvuldig worden verwerkt.
986	Vervolg vraag 480	Vervolg vraag 480: Kan de regio toelichten om wat voor een objectieve criteria dit gaat?	Ervan uitgaande dat u doelt op de volgende bullit: 'Deze raamovereenkomst een intentieverklaring is, zonder afnamegarantie, met hierin de belangrijkste voorwaarden voor de uitvoering van de prestatie. De exacte prestatie wordt omschreven in het van toepassing zijnde programma van eisen. ' De nadere opdrachten binnen de raamovereenkomst worden objectief 'verdeeld' conform paragraaf 1.4.5 van het beschrijvend document.
987	Vervolg vraag 482	Vervolg vraag 482: Dat deze zorg niet gestapeld kan worden betekent dat integraal werken enkel en alleen nog mogelijk is middels hoofd-onderaannemings constructies wat weer allerlei administratieve lasten met zich mee brengt. 1) Aanbieder kan zich niet voorstellen dat de regio (waar de afgelopen jaren notabene veel is geïnvesteerd in integraal werken) de eis zo opneemt. Mogelijk interpreteert aanbieder de definitie van stapelen verkeerd. Kan de regio toelichten wat zij met stapelen bedoelt, of waarom het voorbeeld dat aanbieder schetst niet mogelijk is? 2) Op welke wijze kunnen aanbieder van GGZ Hoog complex en andere GGZ producten dan nog integraal met elkaar samenwerken?	1. Inderdaad, de regio hecht veel waarde aan integraal werken. We passen de stapelingsmatrix aan zodat GGZ hoog complex gestapeld kan worden bij GGZ basis en GGZ specialistisch. 2. N.v.t.
988	Vervolg vraag 483	Vervolg vraag 483: De AMS is een arbeidsvoorwaardelijke regeling die deel uitmaakt van de CAO ziekenhuizen. Dat is geen gebruikelijke cao voor de zorgaanbieders die interesse hebben in de in te kopen zorg. Vandaar de vraag waarom er is gekozen om te refereren naar de AMS-functie tarief groep 6. Maar gegeven het antwoord, begrijpen wij dat de regio doelt op de GGZ CAO, klopt dat?	Voor het salaris voor de KJP gaan we inderdaad uit van de cao GGZ. De salarisschaal Medisch Specialisten kent 6 treden. Bij de berekening vormt trede 6 (het max van de schaal) het uitgangspunt.
989	Vervolg vraag 488	Vervolg vraag 488: Tot op heden is de aanbesteding Crisis nog niet gedeeld. Tevens merken we op dat er geen mogelijkheden meer zijn vragen te stellen binnen de aanbesteding Verblijf. In de stukken verblijf hebben we niets gelezen over de HIC bedden. 1) Kunt u aangeven onder welke aanbesteding de HIC bedden gaan vallen? Of valt dit straks onder het bovenregionale contract?	HIC bedden vallen onder crisis ggz verblijf binnen de inkoop van crisis jeugdhulp. (nog te pbliceren)
990	Vervolg vraag 489	Vervolg vraag 489: Hoe verhoudt dit antwoord zich tot de hiërarchische volgorde waarbij de Nvl boven de bijlage product beschrijving prevaleert? Het is straks voor de implementatie van deze (nieuwe) product beschrijvingen van belang dat we goed snappen hoe deze geïnterpreteerd moeten worden. Dit soort verduidelijkingsvragen en antwoorden kunnen daar helpend bij zijn. Zowel voor aanbieder als verwijzers.	De Nota van Inlichtingen staat in rangorde boven de productomschrijving en zijn daarmee aanvullend op de productbeschrijving van kracht.
991	Vervolg vraag 490	Vervolg vraag 490: Binnen de GGZ Hoog complexe zorg worden ook bijvoorbeeld hele specifieke syndromen behandeld waarbij de behandelaar een jeugdige één keer per maand ziet of eens per week bij andersoortige hele complexe zorgvragen met problemen op meerdere domeinen. Aanbieder neemt aan dat u dan ook met intensief niet de frequentie van de behandeling bedoelt. Kunt u dat bevestigen? Zo niet, kunt u aangeven wat u dan met intensief bedoelt?	Ja, dat kunnen we bevestigen.
992	Vervolg vraag 491	Vervolg vraag 491: De vragen bij product beschrijvingen zijn veelal verduidelijkingsvragen. Tijdens de schriftelijke marktconsultaties hebben aanbieder hier ook vele vragen over gesteld. Het doel is om met elkaar helder te krijgen wat een product nu wel of niet is, zodat we straks in de implementatie, als we ook echt aan de slag gaan met deze producten, goed met elkaar begrijpen wat wordt bedoeld. Op basis van dit antwoord is het voor aanbieder onduidelijk of de regio het wel of niet eens is met hetgeen aanbieder beschrijft? Kan de regio dat nog toelichten?	De regio kan bevestigen dat de tekst "resulteert vaak in" gelezen kan worden als "dit kan resulteren in".
993	Vervolg vraag 492	Vervolg vraag 492: De vragen bij product beschrijvingen zijn veelal verduidelijkingsvragen. Tijdens de schriftelijke marktconsultaties hebben aanbieder hier ook vele vragen over gesteld. Het doel is om met elkaar helder te krijgen wat een product nu wel of niet is, zodat we straks in de implementatie, als we ook echt aan de slag gaan met deze producten, goed met elkaar begrijpen wat wordt bedoeld. Op basis van dit antwoord is het voor aanbieder onduidelijk of de regio het wel of niet eens is met hetgeen aanbieder beschrijft? Kan de regio dat nog toelichten?	De regio kan bevestigen dat er sprake kan zijn van een samenspel van patiëntfactoren en systeemfactoren.
994	Vervolg vraag 493	Vervolg vraag 493: Er is ALTIJD sprake van psychiatrie en er KAN sprake zijn van gedragsproblematiek. Wat wordt hier precies bedoeld met holistische benadering?	Als een geheel benaderen en niet op een gefragmenteerde manier per problematiek .
995	Vervolg vraag 496	Vervolg vraag 496: Professionals die geen relevant HBO-diploma in bezit hebben, maar vanwege relevante werkervaring wel op het gevraagde niveau zorg kunnen leveren vallen buiten dit vereiste. Gelet op de krapte op de arbeidsmarkt is dat onwenselijk. Zorgaanbieder verzoekt de Regio om relevante werkervaring mee te laten wegen en bijvoorbeeld toe te staan dat professionals met een MBO-diploma en meerdere jaren relevante werkervaring ook mogen worden ingezet?	Gemeenten gaan niet mee met uw verzoek.
996	Vervolg vraag 498	Vervolg vraag 498: Het blijft dan nog onduidelijk hoe geadmistreerd wordt. Aanbieder neemt aan dat hier geen toewijzing voor noodzakelijk is. Kan de regio dat bevestigen?	Voor het inzetten van Cliëntgebonden expertise en advies is een toewijzing noodzakelijk.
997	Vervolg vraag 506	Vervolg vraag 506: Begrijpt zorgaanbieder uit uw antwoord goed dat u bevestigt dat het dus niet verplicht is voor de winnende inschrijver om te interveniëren in een eventueel kort geding, maar dat de winnende inschrijver hiervoor kan kiezen?	Correct.
998	Vervolg vraag 526	Vervolg vraag 526: Zorgaanbieder verzoekt u de bevestiging dat de zorgaanbieder de verlenging mag weigeren indien daar redelijke gronden voor bestaan, op te nemen in de tekst van de overeenkomst.	Gemeenten gaan niet mee met uw verzoek. Er is al voorzien in de overeenkomst dat opdrachtnemer de verlenging mag weigeren als er redelijke gronden voor zijn.
999	Vervolg vraag 527	Vervolg vraag 527: Aanbieder gaat er vanuit dat de regio bij het besluit al dan niet te verlengen uitgaat van de Hervormingsagenda en de daaruit voortvloeiende wetswijziging voor die diensten waarvoor regionale samenwerking verplicht wordt gesteld. Kan de regio dat bevestigen?	Ja, dat kan de regio bevestigen.
1000	Vervolg vraag 532	Vervolg vraag 532: De indexatie systematiek ziet niet op de ontwikkelingen mbt het tarief zoals aanbieder die in vraag 532 schetst. Op welke wijze kunnen de tarieven worden herijkt als de uitvoeringspraktijk blijkt af te wijken van de uitgangspunten van het tariefonderzoek? Zeker als de initiële looptijd 4 jaar bedraagt en de regio tevens uitgaat van de AmvB reële prijzen.	Bij substantiële wijzigingen in de dienstverlening kan aanpassing van tarieven worden overwogen. Dit verloopt via de wijzigingsprocedure zoals beschreven in artikel 2A van de concept raamovereenkomst. Voorstellen worden besproken in de contractmanagementgesprekken.
1001	Vervolg vraag 533	Vervolg vraag 533: Kan de gemeente toelichten waarom zij een slag om de arm houdt: een bewuste keuze van een cliënt voor een gecontracteerde aanbieder is toch per definitie redelijk?	Zie antwoord op vraag 533 Nvl 1. De regio houdt hierbij geen slag om de arm.

1002	Vervolg vraag 536	Vervolg vraag 536: Het is op basis van uw antwoord niet duidelijk naar welke herzieningsclausule u verwijst en hoe het geschetste scenario in de vraag binnen die herzieningsclausule past. Kunt u dit toelichten -bijvoorbeeld voor de situatie waarbij de capaciteit van een aanbieder wijzigt doordat er meer of juist minder personeel in dienst is bij een aanbieder?	zie antwoord op vraag 1040: Theoretisch kunnen gemeenten aanlopen tegen de grenzen van de beschikbare capaciteit (aantal cliënten) bij gecontracteerde aanbieders: Dit geldt als de capaciteit van de gecontracteerde aanbieders waarmee ze hebben ingeschreven op segmentniveau en ook met de extra capaciteit die ze hier bovenop vrij hebben kunnen maken binnen hun organisatie niet toereikend is in verband met een sterk toenemende extra vraag, waardoor de continuïteit in het geding komt. Op dat moment zullen de gemeenten moeten zoeken naar oplossingen met behulp van de mogelijkheden binnen de overeenkomst. Deze situatie verwachten wij niet, omdat de gemeenten bij het contracteren van de aanbieders voor een dekkend zorglandschap rekening houden met: benodigde minimale capaciteit en daarbij een minimaal aantal te contracteren aanbieders (zie paragraaf 1.4.3.1) en daarnaast minimaal de gevraagde specialismen. De herzieningsclausule is bedoeld voor sterke afwijkingen van het aantal cliënten.
1003	Vervolg vraag 537	Vervolg vraag 537: Kan de regio toelichten waarom zij er niet voor kiest om cliënten voor te lichten over de actuele wachtlijsten, zodat een cliënt de eventuele gevolgen van een bereikte capaciteit zelf kan afwegen, in plaats van aanbieders die de aangegeven capaciteit hebben bereikt niet te benoemen?	Zie het antwoord op vraag 533 Nvl 1.
1004	Vervolg vraag 543	Vervolg vraag 543: Aanbieder voorziet in het streven naar een efficiënte capaciteitsverdeling van Opdrachtgever dat hiervoor extra capaciteit nodig is bij diezelfde Opdrachtgever. (Meer toezicht, meer afstemming, contact met huisartsen en aanbieders). 1) Kan de Opdrachtgever bevestigen dat er voldoende capaciteit is bij gemeenten om deze werkwijze uit te voeren? 2) Kunnen gemeenten hun werkwijze met betrekking tot het volgen van verwijzingen en verdeling?	1. Dit kan de regio bevestigen. 2. De vraag is niet duidelijk. Als hier 'kennen' wordt bedoeld, kan de regio dit bevestigen.
1005	Vervolg vraag 554	Vervolg vraag 554: In de uitvoeringspraktijk zien we ook dat de huisarts wel kan maar niet wil overnemen, of dit onverantwoord vindt. Hoe verwacht de regio dat aanbieders omgaan met deze situatie?	De regio verwacht dat de aanbieder zich inspant om de huisarts de medicatiecontrole over te laten nemen. Als overname in samenspraak met de huisarts niet mogelijk is blijft de medicatiecontrole bij de aanbieder liggen.
1006	vervolg vraag 554	vervolg vraag 554: in gevallen is een jeugdige nog enkel voor farmacologische behandeling in zorg bij aanbieder omdat deze behandeling dermate complex is dat de behandeling niet kan worden overgenomen, de intensiteit is dan vaak ook hoger dan enkel een controle. We gaan er van uit dat in deze gevallen deze behandeling onderdeel uitmaakt van product GGZ behadeling, of behandeling GGZ hoog complex. Is onze aanname juist?	Uw aanname is niet juist. Hiervoor is het product medicatiecontrole.
1007	Vervolg vraag 566	Vervolg vraag 566: Bedankt voor de toelichting. Begrijpt aanbieder het goed dat het maken van schriftelijke afspraken in de implementatiefase wordt gedaan? En dat dit altijd tweezijdig is, dus in samenspraak?	De regio is van mening dat dit geen verdere uitwerking behoeft.
1008	Vervolg vraag 463	Vervolg vraag 463: Hoe gaat de regio er mee om dat zorgverlening geen garantie op succes geeft en dus geen resultaatsverplichting kan zijn?	De toegang stelt op casus niveau resultaten op die bereikt dienen te worden binnen de duur die wordt toegewezen. Tijdens evaluatiemomenten wordt de voortgang van deze resultaten besproken. Als aan het einde van de indicatie resultaten niet behaald zijn wordt in de driehoek cliënt-aanbieder-toegang besproken waar dat aan ligt. De toetsing van de KPI's gebeurt op geaggregeerd niveau, zonder inzage in individuele dossiers/behandelplannen.
1009	Overeenkomst	Overeenkomst: In het toegevoegde artikel II van de overeenkomst wordt bepaald dat de aanbestedende dienst de omvang van de opdracht proportioneel kan aanpassen in het geval een of meerdere gemeenten besluiten om de overeenkomst niet te verlengen en dat deze wijziging "de werkelijke omvang van de opdracht weerspiegelt" die bedoeld is "om de opdrachtnemer een eerlijke verdeling van het werk te geven die in lijn is met de gewijzigde situatie". Het is zorgaanbieder onduidelijk op basis van deze bepaling wat de omvang van de wijzigingen zal zijn en of deze van invloed zijn op het gehele aanbod van de opdrachtnemer in alle gemeenten of dat alleen het aanbod in de gemeenten die besluiten niet te verlengen komt te vervallen. Zorgaanbieder verzoekt u dit toe te lichten.	Dit betreft alleen het aanbod in de gemeenten die besluiten niet te verlengen.
1010	Algemeen / planning	Algemeen: De periode tussen de antwoorden op de Nvl II en de inschrijftermijn is zeer kort (twee weken). Aanbieder moet de Nvl II goed bestuderen en beoordelen of zij naar aanleiding van de antwoorden in de Nvl II al dan niet een klacht wil indienen als ook na de beantwoording door de regio disproportionele risico's bij de aanbesteding blijven bestaan. Een periode van twee weken om de gegeven antwoorden in de Nvl II te bestuderen, het eventueel formuleren van een klacht, het krijgen van een reactie op de klacht is zeer kort en daarmee niet proportioneel. Is de regio bereid (a) om de inschrijftermijn in het geval van een klacht bij het klachtenmeldpunt op te schorten tot vijf werkdagen na ontvangst van het advies dan wel (b) een langere termijn te hanteren tussen het verstrekken van de antwoorden in de Nvl II en de inschrijftermijn?	a. Nee, een klacht heeft geen opschortende werking. b. De aanbestedende dienst houdt zich aan de minimale termijn van 10 kalenderdagen tussen publicatie van de 2e Nvl en de inschrijfdatum.
1011	TenderNed	TenderNed heeft naar aanleiding van gebruikerssignalen een aantal tekstuele wijzigingen doorgevoerd in het Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA) om het invullen voor ondernemers duidelijker en minder foutgevoelig te maken. Deze UEA is 12 maart vrijgegeven. Hoe gaat de regio hiermee om? Delen zij deze nieuwe UEA of gebruiken we de reeds gepubliceerde UEA?	Inschrijvers dienen de in het kader van deze aanbesteding reeds gepubliceerde UEA te gebruiken.
1012	Vervolg vraag 103	Vervolg vraag 103: Systeemtherapeuten zijn nodig in het zorglandschap maar kunnen niet registreren bij het SKJ. We gaan er vanuit dat hiervoor registratie in het nvr register volstaat. Kan de regio dat bevestigen?	De regio kan dit bevestigen.
1013	Uitnutting	In een PxQ financiering wordt er gefactureerd wat er is geleverd en wanneer het wordt geleverd. Vakanties, ziekte etc. hebben hierop geen invloed. Uitnutting zou naar onze mening veel meer moeten gaan over de inhoud en de te realiseren doelen. Daarbij hanteren wij het principe: als de inhoud het toelaat, dan schalen wij af en uiteindelijk sluiten wij eerder af. Dit staat los van de procentuele uitnutting van de DVO. Wij stellen voor dat als de regio van mening is dat er minder begeleiding of behandeling geleverd moet worden, dat er een lagere toewijzing komt. Boven alles dient er toegewezen te worden op de inhoud.	Wij lezen hierin geen vraag. Wij kunnen uw redenering volgen.

1014	Tolkkosten	In onze optiek is het niet mogelijk om eventuele tolkkosten voor rekening van de aanbieder te laten vallen; het is de verantwoordelijkheid van de zorgregio om hierin te faciliteren. Bovendien lijkt het ons niet de bedoeling dat de tolkuren ten koste gaan van de toegewezen zorgverleningsuren. Wij zullen dan ook in alle gevallen een beroep doen op de hardheidsclausule. Is de visie van de regio dat tolkuren zorgverleningsuren zijn? En is de regio zich er voldoende van bewust dat de urentarieven van een tolk ver boven de uurtarieven voor Begeleiding en Behandeling liggen?	1. De regio is niet van mening dat tolkuren zorgverleningsuren zijn. De regio gaat ervan uit dat aanbieders ook andere manieren vinden dan het inzetten van een tolk, bijvoorbeeld door gebruik te maken van het sociaal netwerk van de cliënt en het gebruik van vertaalapps. 2. De regio is het niet met u eens dat het uurtarief van een tolk ver boven het uurtarief voor Ondersteuning of Behandeling ligt.
1015	Opbouw tarieven Ambulante Jeugdhulp	In de algemene maatregel van bestuur wordt gespecificeerd wat onderdeel van de tariefbepaling moet zijn. Een belangrijk gegeven hierin is de indirecte cliëntgebonden uren, waaronder het schrijven van rapportage over een client en reistijd van en naar de client. Klopt het dat jullie in deze aanbesteding afwijken van hetgeen wat er is bepaald in de AMVB en wat is de onderbouwing hiervoor?	De tarieven die in deze Aanbesteding worden voorgesteld voor 2026 (zie bijlage 7) voldoen aan de AmvB reële tarieven.
1016	Opbouw tarieven Ambulante Jeugdhulp	Op Ondersteuning Individueel intensief worden alle toegewezen uren als direct cliëntgebonden tijd gezien. Kijkend naar de productomschrijving hebben we te maken met complexe problematiek die van uit de integrale aanpak overleg met meerdere partijen vraagt. Dit zorgt per definitief voor een hoger aantal uren indirect cliëntgebonden tijd. Het aantal uren dat daarvoor is vastgesteld, is niet realistisch en uitvoerbaar. Conform de AMVB Reële tarieven zou dit kostendekkend gemaakt moeten worden. Wat is de reden dat de regio hiervan afwijkt? En hoe wordt dit hersteld of gecompenseerd?	Zie antwoord vraag 1015.
1017	Tarieven, reistijd	In deze regio leggen medewerkers gemiddeld 16.000 kilometer op jaarbasis af. De uitgestrektheid van de regio maakt dat een enkele reis al snel 50 minuten bedraagt. Met 126 uur op jaarbasis gaan wij niet uitkomen in deze regio. Ter illustratie: o.b.v. de voorgestelde parameter moet een medewerker met een gemiddelde snelheid van 127 kilometer per uur van client naar client rijden...	De regio is van mening dat de uitgestrektheid van de regio relatief in verhouding staat met andere regio's. De regio verwacht dat de aanbieder slim omgaat met de planning van afspraken/huisbezoeken en dat een maximale reistijd van 50 min. zeer sporadisch voorkomt.
1018	Opbouw tarieven Ambulante Jeugdhulp	Er wordt door de regio verondersteld dat bij GGZ behandeling indirect cliëntgebonden uren hoger worden ingeschat dan bij behandeling individueel niet ggz. Op basis van welke onderbouwing wordt deze conclusie getrokken? Uit eigen ervaring weten wij dat behandeling in complexe problematiek niet minder zo niet meer indirect cliëntgebonden tijd vraagt dan een individueel ggz behandeltraject.	Het uitgangspunt voor de productiviteit is uitgebreid onderdeel geweest van de consultatie. De opbouw van tabel 7 op blz. 14 van de rapportage van HHM is de resultante van uitkomsten elders en de consultatie.
1019	Reactie op vraag 256 (correctie)	Wij zien dat er een fout stond in onze vorige vraag. Hierbij een correctie. U geeft aan dat het tarief is gebaseerd op een gemiddelde zorgzwaarte met een vastgestelde verhouding tussen directe en indirecte tijd. We hebben een vervolgvraag voor het product GGZ specialistisch. We zien in de praktijk dat de verhouding indirect/direct gemiddeld 60/40 is. Dit verschilt van de vastgestelde verhouding. Kunt u aangeven welke onderzoeken u heeft gebruikt in de tot stand koming hiervan en wat de onderbouwing is van deze verhouding?	De regio gaat uit van een verhouding 55/45, dat is voor de aanbieder 'gunstiger' dan de vraagsteller aangeeft. Daarom is de strekking van deze vraag niet helder. Overigens verwijzen we naar het antwoord op vraag 1018, waarin is aangegeven hoe de uiteindelijke productiviteit is bepaald.
1020	Vervolg vraag op (selectie van) antwoord op 26/144/198/202/308 tm 311/651/657/682/705	Op grond van jurisprudentie is er een onderbouwingsverplichting van de tarieven voor gemeenten (bijv. ECLI:NL:RBMNE:2023:5403). Die gaat verder dan het rapport van Bureau HHM. Ook de berekening moet inzichtelijk worden gemaakt, niet alleen de systematiek en parameters. Alleen op die manier kunnen aanbieders toetsen of de berekeningen kloppen. Dat ontbreekt terwijl de regio dit op grond van die jurisprudentie uit eigen beweging had moeten publiceren. Antwoorden in de Nv1 op o.a. de genoemde vragen zijn niet afdoende om deze toets te doen. Antwoorden zoals verstrekt tijdens de consultatiefase evenmin. Nogmaals uitdrukkelijk het verzoek aan de regio om de relevante stukken (bij voorkeur in een Excel document) met de wijze waarop berekeningen resulteren in de gepubliceerde tarieven op basis van het HHM rapport, te publiceren.	Anders dan de vraag suggereert, is de regio niet verplicht om inzage te geven in de rekenmodellen en de daarin gebruikte ruwe data. De gemeenten dienen slechts inzicht te geven in de bevindingen en de afwegingen die aan de vastgestelde prijs ten grondslag liggen, zodat beoogd inschrijvers kunnen toetsen of de regio voldoet aan de reële prijsnorm. Voor de onderbouwing wordt verwezen naar de tariefnotitie die onderzoeksbureau HHM heeft opgesteld.
1021	Vervolg vraag op antwoord 309 - overhead berekening	Hoe HHM precies komt tot het overhead percentage is nog altijd niet herleidbaar. In antwoord op vraag 309 stelt de regio dat het op "correcte wijze" is vertaald, maar daarmee is het niet herleidbaar en niet toetsbaar. In het kader van de onderbouwingsverplichting van gemeenten moet dat inzicht wel worden gegeven (ECLI:NL:RBMNE:2024:5865 en ECLI:NL:RBMNE:2023:5403). Graag alsnog een toelichting toevoegen waarbij de volgende vragen worden beantwoord: 1. hoe is de rekentool gebruikt en ingevuld (welke parameterwaarden)? 2. waarom levert deze tool voor de Jeugdwet bruikbare gegevens, terwijl die daarvoor niet gemaakt is? 3. waarom acht HHM en de regio het zorgvuldig om gegevens voor zorg voor volwassenen te gebruiken in de jeugdzorg? 4. hoe zijn de gegevens uit de rekentool vertaald naar de percentages in het HHM-rapport? 5. hoe is de definitie van overhead uit de rekentool vergeleken met die in het HHM-rapport? Is dit een vergelijkbare definitie? Welke aanpassingen zijn door HHM toegepast? 6. waarom vindt de regio dat voldoende rekening is gehouden met de regionale uitvoeringspraktijk terwijl dit landelijke gegevens zijn? Hoe is de vertaling van landelijk naar regio gedaan? 7. waarom is geen gebruik gemaakt van het Berenschot rapport jeugd uit april 2022?	Zoals ook uiteengezet in het antwoord op vraag 1020, geldt dat de regio niet verplicht is om inzage te geven in de rekenmodellen en de daarin gebruikte ruwe data. In de tariefnotitie van onderzoeksbureau HHM valt te lezen dat de definitie van de overhead die gehanteerd wordt als volgt is (par. 2.6): de definitie van de kosten die tot de (personele) overhead en overige kosten worden gerekend, zoals die in de VNG-rekentool zijn gebruikt. Voor de uitgebreide en allesomvattende definitie wordt verwezen naar de VNG-rekentool onder 'uitgangspunten'. De regio acht deze definitie en de door HHM vastgestelde overhead passend. Deze houdt daarnaast voldoende rekening met de (sectorale) regionale aanbieders omdat die regionale aanbieders in de uitgebreide marktconsultatie zich hebben kunnen uitlaten over onder meer het overheadpercentage.
1022	Vervolg vraag op antwoord 199 - geen antwoord	Weliswaar noemt vraagsteller een verkeerd getal, u geeft geen antwoord op de vraag omtrent de 1200 uur die 'regelmatig terugkomt'. Graag ontvangen we hierop nog uw reactie.	We begrijpen niet wat de vraag is, het aantal uren verschilt per product..

1023	Vervolg vraag op antwoord 26/144/198/202/308 tm 311/651/657/682/705/722 -	De vraagsteller in 722 verwijst naar de variatie in het uitvoeringsveld en de uitdaging waarvoor gemeenten staan om passende tariefmodellen te hanteren die tot reële prijzen leiden. Het gegeven antwoord, in combinatie met uw antwoorden op de andere bovenstaand genoemde vragen, het volgende. HHM verwijst naar "tariefonderzoeken in het SDA (opbouw tarieven 2022)" (pagina 3 rapport HHM). Zoals in de consultatie destijds door ons is aangegeven (per feedbackdocumentatie aan u gezonden op 25-9-2024) is een dergelijk 'onderzoek' nimmer uitgevoerd. Er zijn in 2022 hooguit plekprijzen per aanbieder bepaald aan de hand van individueel ingediende offertes. De daar ingediende informatie is nooit bedoeld geweest als onderbouwing van een kostprijs en daarvoor ook niet geschikt. Die plekprijzen zijn ook bepaald onder een geheel andere inkoop-/bekostigingssystematiek en ook daarom niet vergelijkbaar. Ter verificatie de volgende vragen: 1. Klopt het dat Bureau HHM met de tariefonderzoeken uit 2022 die offertes bedoelt? 2. Zo nee, welke onderzoeken zijn dan bedoeld?	1. Nee, dat klopt niet. 2. Dit zijn de tariefonderzoeken in het kader van de open house; 'Onderbouwing tariefmodel Wmo jeugd Sociaal Domein Achterhoek 2022'.
1024	Vervolg vraag op antwoord 26/144/157/528 (o.a.) - directe/indirecte cliëntgebondentijd	De verhouding direct cliëntgebonden tijd/indirect cliëntgebonden tijd is - op basis van tabel 7 van het HHM-rapport - laag, te laag. Dit doet geen recht aan de uitvoeringswerkelijkheid regionaal en past ook niet bij de ons bekende benchmarks landelijk. HHM verwijst naar recente jurisprudentie, maar als wij daarop zoeken zien we dat 25% te laag werd gevonden door de rechter, terwijl de voorgestelde tarieven van HHM overal onder dat percentage zitten (ECLI:NL:RBMNE:2024:5865). HHM verwijst naar trajecten/uitkomsten elders, maar als opgemerkt zien wij in de benchmarks die wij vinden veel hogere percentages. Ook de verwijzing naar de uitgangspunten 2022 is niet begrijpelijk. Welke uitgangspunten zijn dit? Graag ontvangen wij een onderbouwing van de indirecte uren en waarom de verhouding direct/indirect - die in dit geval onder de ons bekende benchmarks ligt - realistisch is en dus leidt tot een reëel tarief. Verzoek daarbij deze vraag te beantwoorden met publicatie van of verwijzing naar de relevante bronnen.	In het aangehaald vonnis oordeelt de rechter niet dat de gekozen verhouding te laag is; de rechter oordeelt dat de gemeente de juistheid ervan onvoldoende heeft aangetoond. In de regio Achterhoek zijn de betreffende percentages op basis van het onderzoek in de regionale uitvoeringspraktijk aangepast en genuanceerd per product (zie ook het antwoord bij vraag 923). Deze variëren van 85/15 bij begeleiding tot 55/45 bij specialistische GGZ-behandeling. Deze percentages zijn ook elders als reëel vastgesteld, bijvoorbeeld recent in de regio's Midden-Limburg en Utrecht-West, waarbij voor sommige producten ook 90/10 als reële verhouding werd geaccepteerd.
1025	Basis GGz	In vervolg op vraag 143, Basis GGz. GZ'er = WO+, niet WO! WO+ is voor 20% meegenomen in het tarief en niet 60%. Dus de productomschrijving en de tariefopbouw spreken elkaar tegen! Verzoek om dit aan te passen (productomschrijving/ inzet of tarief), zodanig dan verwachte inzet en tarief met elkaar overeenkomen.	De productbeschrijving is aangepast.
1026	ZZP	Vervolg op vraag 159. Welke informatie dient bij aanbesteding aangeleverd te worden over de ZZP'er die een aanbieder eventueel kan of wil inzetten? Moet(en) deze wel of niet specifiek in de UEA vermeld/ genoemd worden?	Niet indien de ZZP'ers die worden ingezet onder leiding en toezicht staan van de aanbieder. Een ZZP'er wordt ingezet als onderaannemer en niet onder leiding en toezicht staat dan dient deze als onderaannemer vermeld te worden op het UEA. Op het moment dat zde hoofdaannemer een beroep doet op de draagkracht van de ZZP'er (als onderaannemer) dan dient de ZZP'er zelf ook een UEA in te vullen.
1027	Procesregie bij gemeente	Vervolg op vraag 146. Procesregierol gemeente moet nog verder worden afgestemd bij implementatie. Bij deze de attentie om het thema veiligheid hierbij ook te adresseren en niet louter bij aanbieders neer te leggen, zoals ook gesteld wordt in antwoord op vraag 44.	We nemen uw opmerking mee.
1028	Vraag 65	Vervolg op vraag 65. Vraag 2 is niet beantwoord. Graag alsnog de zienswijze van de regio hierop.	De procedure hiervoor wordt separaat gecommuniceerd na afronding van deze aanbesteding.
1029	Beroepsgeheim in relatie tot VA	Vervolg op vraag 67. Hoe verwacht de regio dat aanbieders omgaan met geheimhouding wanneer client informatie niet wil delen, bijvoorbeeld in VA mee te nemen informatie?	We gaan ervanuit dat de VA met medewerking van de cliënt wordt opgesteld. We volgen hierin wet- en regelgeving.
1031	consultatie en advies	Vervolg op vragen 133, 142: Er wordt inderdaad, maar slechts in beperkte mate, rekening gehouden met inzet van WO(+) voor consultatie en advies, wat betreft het voorgestelde tarief. Is de regio zich bewust dat dit invloed heeft op welke consultatie zij kunnen en mogen verwachten (voornamelijk HBO(+)) met op de achtergrond meedenken van WO(+)) en de mogelijk consequentie dat dit kan leiden tot minder inschrijvingen op dit perceel en sluit dit voldoende aan bij de wensen die de regio op dit vlak heeft? Als dit niet het geval is, dan is het voorstel om ervoor te kiezen een apart perceel consultatie WO(+) aan te maken en/of een ander tarief voor consultatie te hanteren.	De regio is van mening dat we met de voorliggende producten en bijbehorende tarieven passende zorg kunnen inkopen.
1034	Eis 143	Vervolg op vraag 100. Aangaande eis 143. Aangesloten bij een erkende beroepsgroep. Welke beroepsgroepen worden hier bedoelt? Bedoelt de regio hiermee lidmaatschap van een beroepsvereniging? En/of is dit (in)direct verbonden met eis 25 betreffende geldende registraties (zoals SKJ, BIG, of andere) en is dat wat bedoelt wordt? In het antwoord op vraag 100 stelt de regio dat dit in verlengde moet worden gezien, maar stelt de regio hiermee niet een dubbele kwaliteitseis, namelijk door middel van geldige registratie én lidmaatschap beroepsvereniging? En is dat niet dubbel en onnodig kostbaar?	Hier bedoelen we erkende beroepsgroepen zoals NIP, NVO, NWVP, NVR, BPSW. De regio is van mening dat dit gebruikelijk is. Dit sluit aan bij onder andere het kwaliteitskader en de professionalisering van de jeugdhulp dat behandelaars gereregistreerd moeten zijn bij een wettelijk erkend beroepsregister.
1035	afstemming met voorzieningen	Vervolg op vraag 78: afstemming met voorzieningen. Dit wordt verwacht van aanbieders, wat passend kan worden gezien in het kader van netwerk samenwerking en verhoogt de kwaliteit, generaliseerbaarheid en duurzaamheid van ingezette zorg. In dergelijke gevallen zullen deze contacten (uiteraard) zo veel mogelijk met client en/of ouders samen worden vormgegeven. Dit kan echter lang niet altijd. Daarom zullen deze voorzieningen als direct netwerk (systeem) moeten worden beschouwd en kan inzet hiervoor als directe tijd worden aangemerkt.	In eis 114 van het PvE is vermeld welke tijd onder directe cliëntgebonden tijd valt.
1038	Vervolg vraag 511	Vervolg vraag 511: aanbieders die FACT leveren kunnen de zorg die zij bieden buiten FACT om leveren zonder op elkaars draagkracht een beroep te doen leveren. FACT kan echter enkel in samenwerking worden geboden, waarbij aanbieders in een hoofd- en onderaanneming FACT aanbieden. Begrijpt aanbieder met het gegeven antwoord het goed dat omdat zij enkel voor hun eigen zorg elkaar niet nodig hebben (geen beroep op derden), maar wel voor FACT, zij toch beiden als hoofdaanbieder kunnen inschrijven en daarnaast ook de hoofd- en onderaannemingconstructie voor FACT kan blijven bestaan? Zo niet, kan zij toelichten hoe dit product geleverd kan blijven worden in de regio?	Dat klopt.

1039	Vervolgvrage 235, 544, 545, 548	Vervolgvrage 235, 544, 545, 548: bijlage 8: klopt het dat de opgegeven capaciteit in het bijlage ook de capaciteit is die de aanbieder maximaal gegund wordt en niet de capaciteit die wordt gegeven in het beschrijvend document? Bijvoorbeeld als een aanbieder in bijlage 8 opgeeft dat hij 300 jeugdigen kan behandelen en de capaciteit in het beschrijvend document is lager, dat de 300 dan wel de maximale capaciteit van aanbieder betreft.	Dat is correct.
1040	Vervolgvrage 540, 536 en 546	Vervolgvrage 540, 536 en 546: In het antwoord geeft u aan: ""Indien de daadwerkelijke zorgvrage echter sterk afwijkt van de ingeschatte prognoses, en het gecontracteerde aantal cliënten fors wordt overschreden, heeft de regio de mogelijkheid om de herzieningsclausule te gebruiken die is opgenomen in de Raamovereenkomst. "" Als blijkt dat de capaciteit of maximale contractwaarde fors wordt overschreden en de wijzigingsclausule wordt toegepast om dit aantal aan te passen betreft dit mogelijk een wezenlijke wijziging van de opdracht, wat potentieel kan leiden tot een nieuwe aanbesteding. Ik denk dat aanbieders en gemeenten er veel aan gelegen is dit te voorkomen. Is het om die reden niet verstandig de maximale contractwaarde en voornemen van capaciteitsverdeling voor nu niet op te nemen in de overeenkomst maar hier in de implementatie met het gecontracteerde zorglandschap afspraken over te maken? Dit natuurlijk zonder dat aanbieder aan dit aantal garanties ontleent.	De genoemde capaciteiten in aantal cliënten zijn richtinggevend voor de omvang maar vormen geen plafond. De genoemde waarden zijn een schatting en tot stand gekomen van o.a. op basis van historisch aantal cliënten per perceel. Het betreft een inschatting aangezien er geen cijfers per product beschikbaar zijn door de huidige integrale, lumpsum financiering. De in de aanbesteding opgenomen systematiek wordt niet aangepast.
1041	Vervolgvrage op vrage 536, 540, 546	Vervolgvrage op vrage 536, 540, 546: Op basis van de bij aanbieder in zorg zijnde cliënten die doorlopen naar 2026, is beschreven capaciteit en de maximale contractwaarde in het beschrijvend document per definitie al onvoldoende. Dat betekent dat er direct op 1 januari een herzieningsprocedure van kracht zou zijn. Dit geeft bij voorbaat al knelpunten in de continuïteit van zorg omdat aan de voorkant niet zeker of de noodzakelijk zorg dan wel gefinancierd kan worden. De regio geeft zelf al aan dat maximale contractwaarde en capaciteit geen plafond betreft, maar tegelijkertijd verwijst ze wel naar de herzieningsclausule bij sterke afwijking van de zorgvrage. Dit is in genoemd geval dus al per 1 januari aan de orde. 1. hoe wordt door de regio voorkomen dat per 1-1-2026 de herzieningsclausule al van kracht wordt? 2. Hoe borgt de regio de continuïteit van zorg en aanbieder per 1 januari voor jeugdigen die al in zorg zijn en jeugdigen die nog nieuw moeten instromen, als immers maximale contractwaarde niet toereikend is?	Hierin voorziet de overgangsgeregeling die tijdens de implementatiefase verder wordt uitgewerkt.
1042	Bijlage 8 - onderhandse aanbesteding	U geeft aan dat een aanbieder in bijlage 8 kan aangeven dat de aanbieder geïnteresseerd is in bijvoorbeeld de Onderwijs jeugd arrangementen. Het betreft hierbij een onderhandse aanbesteding. 1) stel aanbieder besluit om niet aan te besteden in Jeugdhulp Ambulant, hoe kan aanbieder dan alsnog zijn interesse kenbaar maken hiervoor? 2) het betreft een onderhandse aanbesteding. Stel wij schrijven ons in voor de aanbesteding Jeugdhulp ambulant maar we komen niet tot een overeenkomst, is het dan nog wel mogelijk om als aanbieder in aanmerking te komen voor Onderwijs jeugd arrangementen? Zo nee, graag motiveren.	1. In dat geval kunt u uw interesse kenbaar maken bij het Sociaal Domein Achterhoek via email: clm@sociaaldomeinachterhoek.nl . 2. Ja dat is mogelijk.
1043	Vervolgvrage 378	Vervolgvrage 378: Wat maakt dat dit in de implementatiefase kan worden bepaald? Van welke factoren is dit afhankelijk?	Dit is onder andere afhankelijk van externe verwijzers. In de implementatiefase zal de werkwijze rondom het berichtenverkeer worden uitgewerkt.
1044	Vervolgvrage 256	In de vastgestelde verdeling tussen directe en indirecte cliëntgebonden tijd binnen de jeugd-GGZ zien we knelpunten in de uitvoerbaarheid. Op basis van data uit de volwassen-GGZ (ZPM) blijkt dat een verhouding van 51% direct cliëntgebonden uren en 49% indirect cliëntgebonden uren realistisch is. Voor de jeugd-GGZ is er echter aantoonbaar meer afstemming nodig vanwege multidisciplinaire overleggen (MDO's) en de betrokkenheid van meerdere professionals rondom het kind en systeem. Hoe kijkt de regio hiertegen aan en ziet u mogelijkheden om de huidige verdeling beter aan te laten sluiten bij de praktijk?	De aanbestedende dienst is van mening dat de gehanteerde verdeling aansluit bij de praktijk.
1046	Programma van Eisen ambulante jeugdhulp, eis 97 - Informatie en communicatie	"S.v.p. aanpassing van eis 97 conform het gegeven antwoord bij Nvl Wmo Begeleiding ronde 1, vrage 156: 'Met betrekking tot de vermelding ""o.a. opleidingseisen"" in eis 27 erkennen wij dat deze formulering niet volledig duidelijk is. Wij zullen deze verduidelijken door specifiek te benoemen welke informatie en eisen hier worden bedoeld. Een aangepaste en gespecificeerde versie van de opleidingseisen zal worden opgenomen in de bijlagen, zodat voor alle inschrijvers duidelijk is welke eisen gesteld worden en welke bewijsstukken daarvoor volstaan. Dank voor het signaleren van deze punten. We streven ernaar om de documenten zo helder en volledig mogelijk te maken.' Overigens is eis 91 in de PvE van Wmo begeleiding naar aanleiding van dit antwoord niet aangepast in PvE Wmo Begeleiding V2, s.v.p. ook daar deze eis nog aanpassen alsook eis 92 in PvE Wmo Wonen.	Zie eis 26 in het PvE en aanvullend zie antwoord op vrage 764.
1047	Beschrijvend document + Overeenkomst	Looptijd in overeenkomst komt niet overeen met looptijd in beschrijvend document voor de regionale percelen. In het beschrijvend document staat een looptijd van 1-1-2026 t/m 31-12-2029 en in de overeenkomst staat een looptijd van 1-1-2026 t/m 31-12-2027. Graag horen wij wat de juiste looptijd is van de overeenkomst voor de regionale percelen?	De regio ziet geen verschil in de documenten. De regionale percelen hebben een looptijd van 4 jaar met de mogelijkheid van verlenging. De geografische (lokale) percelen hebben een looptijd van 2 jaar met de mogelijkheid van verlenging.
1049	Plan van Aanpak	"In de aanvullende toelichting indien van het Plan van aanpak staat: 'het indienen van plannen van aanpak voor twee verschillende segmenten is niet toegestaan'. Dit schept bij ons toch weer verwarring over wat de bedoeling is. Wij schrijven enkel in voor regionale percelen, kunt u aangeven of wij voor elk perceel een apart Plan van Aanpak (G1.1 en G1.2) moeten schrijven? Of volstaat hetzelfde Plan van Aanpak (G1.1 en G1.2) voor meerdere regionale percelen?"	Het volstaat om binnen 1 segment 1x eenzelfde plan van aanpak (G1.1 en G1.2) in te dienen voor alle percelen binnen dit segment waarop u inschrijft. Schrijft u op 3 segmenten in, dan betekent dat 3 plannen van aanpak (G1.1 en G1.2) tenzij u geen verschil maakt in uw dienstverlening voor de betreffende segmenten. `in dat geval volstaat ook hier 1 plan van aanpak. Let op beide onderdelen G1.1. en G1.2 dienen behandeld te worden in uw
1050	n.a.v. vrage 774 1e ronde NVI - verantwoordelijkheid aanbieder bij wachtlijst	U schrijft bij eis 178 en naar aanleiding van uw reactie op vrage NVI 774: "Opdrachtnemer primair verantwoordelijk is voor de veiligheid van de Cliënt die na toewijzing op de wachtlijst staan. Is de veiligheid in het geding, dan dient Opdrachtnemer hier Hulpverlening voor te organiseren, dan wel wachtlijsten te spreiden door deze te delen met andere Opdrachtnemers.". Wij verzoeken u deze passage aan te passen aangezien dit juridisch en praktisch niet uitvoerbaar is. Behandelveantwoordelijkheid kan immers pas ontstaan na totstandkoming van een behandelovereenkomst door bijvoorbeeld een intake gesprek conform de WGBO. Bovendien stelt het Kwaliteitsstatuut als randvoorwaarde dat cliënt fysiek gezien moet zijn door de regiebehandelaar om te komen tot een behandelovereenkomst, daarvoor ligt de wettelijke verantwoordelijkheid bij verwijzer en is er bovendien de beschikbaarheid van huisartsenzorg en 24/7 crisisdienst voor acute situaties. Het verschuiven van de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van cliënt nog voordat er sprake is van een behandelovereenkomst is niet in overeenstemming met wettelijke verplichtingen, landelijke eisen en de huidige praktijk in de GGZ. Wij begrijpen de behoefte aan monitoring van risico's echter wel. Suggestie: u zou in plaats van de huidige passage kunnen opnemen dat een verwezen cliënt binnen 14 dagen naar de SGZ een 1e screeningscontact heeft met de zorgaanbieder waarin een 1e inschatting gemaakt wordt wat de vraagstelling is t.a.v. ervaren problematiek en mede afgewogen wordt of overbruggingszorg noodzakelijk is. Dan kan met gemeente overlegd wordt welke overbruggingszorg zinvol kan zijn zodat de casusregisseur van de gemeente dit kan organiseren in overleg met onze screeners om zo aansluiting te organiseren op de wachttijden (Treenorm). Daarnaast kan met de inwoner afgestemd worden waar hij zich moet melden als het niet goed gaat, dat bij acute vragen altijd 24/7 contact gezocht kan worden met een huisarts. De huisarts kan tevens 24/7 de crisisdienst betrekken indien nodig. Vraag: wilt u aub deze tekst verwijderen, dan wel aanpassen naar bovenstaande suggestie?	We vinden het belangrijk dat de aanbieder zijn verantwoordelijkheid neemt in het kader van de veiligheid van de cliënt, ook als de betreffende cliënt op hun wachtlijst staat. Uw suggestie kan een invulling zijn van deze verantwoordelijkheid en de wijze waarop u de hulpverlening organiseert. Ons voorstel is om gedurende de uitvoering van de overeenkomst hierover in gesprek te blijven met de gemeenten. Om in gezamenlijkheid vast te stellen dat de zorgaanbieder op een passende manier de veiligheid van de jeugdige waarborgt.

1052	n.a.v. vraag 790 1e ronde NVI - Niet vergoeden tolkkosten	Een zorgverlener heeft op basis van de wgbo de plicht om begrijpelijk te communiceren met patiënt, wanneer dit niet lukt bij taalbarrières heeft patiënt recht op een tolk conform wet- en regelgeving. Het belang van een tolken in de ggz is al aangestipt door Zorginstituut Nederland in 2020 en blijkt ook uit onderzoek van Nivel uit 2016. Daarnaast zijn zorgverzekeraars sinds 2023 begonnen met financiering van de tolk. Het is daarom niet te begrijpen dat deze kosten niet gefinancierd worden door de gemeente, zeker met het oog op statushouders, een doelgroep die GGNet bedient via de afdeling Interculturalisatie en waar vaak structureel inzet van een tolk noodzakelijk is om goede zorg te kunnen leveren. Wij verzoeken u daarom met klem om deze kosten wel te vergoeden, aangezien het niet vergoeden van deze kosten in de praktijk onwerkbaar is, vooral voor statushouders waarvoor structureel tolkgebruik noodzakelijk is indien andere mogelijkheden om te tolken niet te organiseren valt. Vraag: Bent u bereid om noodzakelijke inzet van tolken te financieren, in ieder geval wat betreft statushouders?"	De regio is daar niet toe bereid. De regio gaat ervan uit dat aanbieders ook andere manieren vinden dan het inzetten van een tolk, bijvoorbeeld door gebruik te maken van het sociaal netwerk van de cliënt en het gebruik van vertaalapps.
1053	n.a.v. vraag 482 1e ronde NVI - GGZ kan niet gestapeld worden	"In uw reactie op vraag 482 in de 1e ronde NVI geeft u aan dat er niet gestapeld kan worden tussen GGZ behandeling wat in belang van continuïteit en effectiviteit van een lopende behandeling goed kunnen voorstellen. Wij willen u graag attenderen dat het afgelopen jaar in onze werkpraktijk een aantal voorbeelden zich hebben voorgedaan dat verbod op paralleliteit tot onwerkbaar situaties heeft geleid. Voorbeeld 1: 1e lijns praktijk wil opschalen voor modulair aanbod Pharmaco behandeling bij ons als organisatie vanwege geen beschikbaarheid psychiater voor Pharmaco behandeling in 1e lijns praktijk. In het belang van de cliënt wil je niet onnodig een breuk forceren in een lopende behandelrelatie en heeft het de voorkeur de lopende behandeling voor te zetten bij de 1e lijns praktijk welke modulair aangevuld wordt met alleen Pharmaco therapie/behandeling. Dit is in het belang van cliënt en kostenefficiënte wijze van inzet GGZ Hoog Complex. Voor dit soort situaties is er nu ook al uitzondering op de paralleliteit in overleg met regionaal management SDA. Voorbeeld 2: collega GGZ aanbieder A heeft cliënt in behandeling en er moet tijdelijk opgeschaald worden met onze module aanbod KID (kortdurende intensieve dagbehandeling) ter voorkoming van een crisis met risico op crisisopname. Je wilt dan geen breuk forceren in de lopende behandelrelatie met Client bij GGZ aanbieder A (vanwege al bestaande risico's op escalatie v.d. problematiek). Aanvullend wil aanbieder A tijdelijk afgebakend gebruik maken van de inzet KID bij ons als aanbieder B met als doel stabilisatie van de dreigende crisis. Hier gaat het wederom om belang van continuïteit in lopende behandeling en het is zeer kosten efficiënte inzet van een GGZ aanbieder in samenwerking met aanbieder GGZ Hoog Complex. Vraag: wilt u aub voor dit soort situaties ruimte houden voor regionale maatwerkafspraken dat er wel paralleliteit mogelijk is in overleg met betrokken contractmanager van desbetreffende gemeente. PS; in de marktbeijeenkomsten is tot twee maal toe de vraag gesteld of de paralleliteit in de nieuwe aanbesteding afgeschaft zou worden. Beide keren is vanuit gemeentezijde bevestigend gereageerd dat dit het geval zou zijn."	We passen de stapelingsmatrix aan waardoor GGZ hoog complex gestapeld kan worden bij GGZ basis en GGZ complex.
1054	Programma van Eisen ambulante jeugdhulp - Perceel 19 tm 22	"Voor een eenduidige werkwijze graag bij Ambulante Jeugdhulp, Wmo Wonen en Wmo Begeleiding dezelfde werkwijze toepassen bij het overzicht van klachten. Bij Wmo Wonen is deze eis aangepast van vóór elk contractgesprek een overzicht van klachten aanleveren naar het aanleveren van een gedetailleerd jaaroverzicht. Zie: Antwoord ronde 1 Wmo Wonen: Dank voor de suggestie, wij begrijpen de zorg rondom privacywetgeving en zullen dit aanpassen. Het is inderdaad de bedoeling dat er voorafgaand aan elk contractgesprek een overzicht van de klachten en de voortgang van de afhandeling wordt aangeleverd. Dit zal in de toekomst beperkt blijven tot het aantal klachten en de status van de afhandeling, zonder inbreuk te maken op privacygevoelige gegevens. Indien gewenst, kan er in plaats van het gedetailleerde overzicht ook het klachtenjaarverslag beschikbaar worden gesteld. We waarderen uw input en zullen de regeling verder verfijnen om te zorgen voor een efficiënte en privacybewuste afhandeling. Antwoord ronde 22 Wmo Wonen: In plaats van voor ieder contractgesprek een overzicht aan te leveren van de klachten en de afhandeling van de klachten volstaat ook een gedetailleerd jaaroverzicht. Desalniettemin zijn klachten wel onderdeel van het contractgesprek en kan er desgewenst - als daar aanleiding voor is - wel een overzicht opgevraagd worden voor een contractgesprek door opdrachtgever. Maar de verplichting om standaard voor ieder contractgesprek een overzicht van de klachten met status van de afhandeling aan te leveren vervalt."	Zie antwoord in Nvl 1 vraag 95: De klachtenrapportage wordt jaarlijks besproken. Tussentijds worden alleen bijzondere situaties gemeld. Daarmee komen wij u naar onze mening voldoende tegemoet.
1055	1.6 Raamovereenkomst en Artikel 1H - looptijd en verlenging - Verlenging regionale percelen	U geeft aan dat elke gemeente afzonderlijk kan bepalen of zij al dan niet regionale percelen wenst te verlengen. U geeft aan dat gemeentes dit naar waarschijnlijkheid niet zullen doen gezien de landelijke ontwikkelingen. Mede in het kader van de Norm Opdrachtgeverschap Jeugd (norm 2 en 5 in het bijzonder) en de Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg met daarin opgenomen de AMvB zorgvormen zien wij daar risico in waarbij grote verscheidenheid zou kunnen optreden binnen de regio met betrekking tot producten en tarieven. Dit past niet in de genoemde Norm Opdrachtgeverschap Jeugd en Hervormingsagenda Jeugd. Daarom de vraag: kunt u dit artikel zodanig wijzigen zodat alleen alle gemeentes samen kunnen beslissen tot verlenging van regionale percelen?	Nee dit is niet nodig. Gemeenten zullen zich houden aan wet- en regelgeving.
1056	TenderNed - Gunningscriteria	"In TenderNed wordt bij de inschrijving onder 'gunningscriteria' geen onderscheid gemaakt in segmenten en percelen, daar staat enkel 'perceel 1-23'. Kunt u bevestigen dat wij in TenderNed onder 'perceel 1-23' al onze PvA's kunnen indienen voor de percelen waar wij op inschrijven?"	Ja dit is correct
1057	Beschrijvend document - Plan van Aanpak - 18 tm 22	Bij 2.11 geeft u aan: 'De uitwerking van G1 kan perceel overstijgend zijn, in het geval inschrijver hier geen onderscheid in maakt voor de verschillende percelen kan er volstaan worden hetzelfde document meerdere malen in te dienen. Graag verzoekt aanbestedende dienst u in dat geval aan te geven dat dat het geval is. a: U geeft aan 'De uitwerking van G1' bedoelt u hiermee G1.1? Of bedoeld u hiermee beide onderdelen, dus G1.1 en G1.2 samen? b: Wij schrijven enkel in op regionale segmenten, waarmee 'perceel' dus gelijk staat aan 'segment'. Volstaat ook in dat geval eenzelfde uitwerking? c: Zo ja, klopt het dat dit document dan niet meerdere keren hoeft worden ingediend? b: Indien u bij vraag a aangeeft dat het enkel gaat over G1.1. Betekent dit dat de uitwerking van G1.2 voor elk segment apart geschreven moet worden?"	a. daarmee worden beide onderdelen bedoeld. b. Ja dat volstaat. c. dat klopt. d. nee, zie antwoord bij a.

1058	Beschrijvend document - Plan van Aanpak - 18 tm 22	<p>"Bij 1.4.5. geeft u aan 'aanbieders schrijver per perceel in. Dat betekent dat een aanbieder bij inschrijving op een segment melding maakt van de percelen waarvoor hij in aanmerking wenst te komen.' Hoe kan dit het geval zijn bij segmenten welke regionaal worden aanbesteed (en gegund)? Dan geldt de inschrijving toch automatisch voor het hele perceel, waarbij perceel gelijk staat aan de hele regio en wordt aangeduid met één cijfer.</p> <p>a: Kunt u bevestigen dat wanneer inschrijver inschrijft op een regionaal aanbesteed segment aanbieder niet hoeft te melden voor welke percelen deze inschrijving is?</p> <p>b: Indien u dit niet kunt bevestigen dan horen we graag waar en op welke manier kan worden vermeld voor welk perceel wij inschrijven."</p>	a. dat is correct. Bij regionale percelen geldt dat een perceel gelijk is aan een segment.
------	--	---	--