

Vraagnr.	Pagina	Paragraafnr.	Vraag	Antwoord
<b>Nota van inlichtingen d.d. 6 september 2016, definitief</b>				
1	4	Inkoopdocument Begrippen	Het begrip dagdeel noemt u in verband met interventieniveau 7. Daghulp definieert u als hulp die een dagdeel wordt aangeboden. Dus 2-4 uur aaneengesloten. Kunt u aangeven of een meer flexibele vorm van intensieve hulp waarbij de intensiteit weliswaar hetzelfde is, maar de uren niet aaneengesloten worden ingezet, ook valt onder deze categorie?	Wij verwijzen de aanbieder naar de omschrijving van de daghulp op pagina 47 van het aanbestedingsdocument.
2	5	Inkoopdocument Begrippen	U spreekt hier over zware of lichte zorg. Bedoelt u daarmee dure zorg?	Nee, dat bedoelen wij niet.
3	5	Inkoopdocument Begrippen	De gemeente dan wel de verwijzer bepaalt welke subresultaten de aanbieder moet behalen. Waarschijnlijk is het een kwestie van taal, maar we vragen ons af wat de rol van de cliënt hierbij is. We stellen voor om in te voegen: in overleg met de cliënt.	Wij delen deze zienswijze, maar zien geen reden om de tekst aan te passen.
4	7		In de laatste alinea van deze pagina geeft u aan dat het bij de inkoop van jeugdhulp om het realiseren van maatwerk gaat: de tarieven zijn gebaseerd op een gemiddelde doorlooptijd; houdt uw opmerking in dat de doorlooptijden indicaties zijn en geen uitgangspunt?	Het gegeven zoals beschreven op pagina 7 is het uitgangspunt.
5	7		De gemeente koopt in op resultaten. De structuur daarbij is dat de gemeente het "wat" bepaalt en de aanbieder het "hoe" en daarmee eveneens de hoeveelheid te leveren ondersteuning bepaalt. Deze structuur staat o.i. haaks op de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (Rotterdam ECLI:NL:CRVB:2016:1491 paragraaf 4,6 en 4.7) waarbij er gesteld wordt dat het aan de gemeente is om in de beschikking -en individueel bepaald- de concrete hoeveelheid zorg op te nemen die aan de cliënt is te bieden. Wat zijn gelet op bovenstaande uitspraak van de CRVB de gronden waarom de gemeenten het toch aan de aanbieders overlaten om de in te zetten omvang ondersteuning te bepalen?	In tegenstelling tot de situatie in Rotterdam gaan de gemeenten nadere invulling geven aan de uitwerking van het te behalen resultaat. De beschikking voor een maatwerkvoorziening, die altijd leidend is voor de te leveren zorg, geeft vervolgens op individueel niveau aan wat naar aanleiding van het kader de exacte omvang van het recht zal zijn. De zorgaanbieder bepaalt hoe hij vervolgens aan de beschikking uitvoering geeft. In de fase van het onderzoek kan de zorgaanbieder de gemeente over het "hoe" van advies dienen waarna de gemeente dit advies bij de beschikking kan betrekken.
6	7	inleiding	Wat is het gewenste resultaat. Dit is van te voren niet met het juiste uren aantal te bepalen. Of gaat het om inspanning op resultaat. Is geargumenteerde bijstellen mogelijk?	De gemeenten contracteren geen uren, maar het resultaat.
7	7	inleiding	De opdrachtgever gaat uit van een te bereiken resultaat. Wie bepaalt of het resultaat is bereikt?	De inwoner in overleg met de aanbieder en de toegang.
8	7	inleiding	Wat als resultaat niet wordt bereikt? (Zie ook art 4 inkoopvoorwaarden)	De aanbieder krijgt altijd betaald voor de geleverde inzet. Dit is niet afhankelijk van het uiteindelijk behaalde resultaat.
9	7	3e alinea	Gemeente koopt resultaten in, de tarieven zijn per maand per inwoner. Tarieven zijn gebaseerd op een gemiddelde doorlooptijd van huidige trajecten. Deze doorlooptijden zijn echter niet vermeld in het aanbestedingsdocument. Hoe weet de indicatiesteller (en vervolgens ook de aanbieder) in de nieuwe situatie wat de gemiddelde doorlooptijd is? De indicatiesteller zou een kortere doorlooptijd kunnen indiceren dan voorheen het geval was, terwijl het tarief gebaseerd is op een langere doorlooptijd.	De gemiddelde doorlooptijd is niet relevant omdat de doorlooptijd situatie afhankelijk is.
10	7 e.v.	visie	Wij krijgen uit het aanbestedingsdocument de indruk dat de gemeente sterk wil investeren in de WMO. Dit juichen wij toe. Tegelijkertijd vinden wij geen informatie terug over de eigen bijdrage. In de praktijk zien wij steeds vaker dat cliënten afzien van zorg vanwege de hoogte van de eigen bijdrage. Vraag 1: Hoe gaat de gemeente vanaf 2017 met de eigen bijdrage om? Vraag 2: hoe beoogt de gemeente vanaf 2017 te voorkomen dat mensen zorg niet aanvragen omdat de eigen bijdrage te hoog is voor hen?	Wij kunnen op dit moment nog geen antwoord geven op deze vraag. Deze beleidsvraag wordt nog door de vijf gemeenten uitgewerkt.

11	7	inkopen op resultaat	Wij begrijpen dat u over wilt gaan per 1 januari 2017 op een resultaatgerichte werkwijze. In hoeverre zijn de voorbereidingen voor deze overgang ingezet en wat is hierover gecommuniceerd richting (bestaande) klanten. Uit ervaring weten wij dat de overgang naar resultaatgericht werken veel tijd, samenwerking, aandacht en communicatie vergt. In hoeverre is dit momenteel geborgd en wat zijn de plannen hier nog voor?	Wij delen deze zorg en hebben hier aandacht voor.
12	8	1	In de 2e alinea van dit onderdeel geeft u aan dat u zich ook met het proces van ondersteuning wilt bemoeien. Is het uw voornemen om spelregels en grenzen rondom dat bemoeien te formuleren en vast te leggen? Op welke manier betreft u de aanbieders bij de invulling van uw bemoeienis?	In hoofdstuk 4 beschrijven wij hoe wij de procesregie willen invullen. Dit proces is vastgesteld door de gemeenten. Op casusniveau vindt overleg plaats.
13	8	1. visie	In het document staat dat de gemeente het 'hoe' bepaalt. Worden aanvullende opmerkingen van zorginstelling of client ook meegenomen en zo ja, hoe gaat dit in de praktijk eruit zien?	De gemeente bepaalt het 'wat' en kan hierbij aanbieders consulteren.
14	8	1.visie	Principe/punt 3: "1 gezin, 1 plan, 1 regisseur": hoe vertaalt dit zich naar de praktijk aangezien de gemeenten niet van plan lijken een coördinerende zorgaanbieder aan te wijzen? Verderop in het document staat dat de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk is aanvullende partijen in te schakelen waar nodig, maar betekent dit dat de gemeente verwacht dat de zorgaanbieder in principe zelf alle zorg kan leveren die nodig is? Bijvoorbeeld: HH, verslavingszorg en dementie?	De gemeente is de regisseur. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het te bereiken resultaat. Dit kan door het eventueel inschakelen van derden.
15	8	1.visie	Vraag 1: Wij interpreteren principe/punt 7 als dat de zorgaanbieder geacht wordt zowel een vangnet als opschalingsmogelijkheden te kunnen leveren. Met andere woorden, moet de zorgaanbieder ook een gedragswetenschapper in huis hebben? Klopt dit? Vraag 2: Zo ja, dan gaan wij ervan uit dat dit alleen geldt voor de interventieniveaus waarop ingeschreven is, is dit correct?	Deze interpretatie is niet juist. Het gaat erom dat de aanbieder verantwoordelijk is voor het behalen van het gecontracteerde resultaat.
16	8		U zet in op preventie. Waarom maakt preventie geen deel uit van dit inkooptraject?	Dit is een lokale taak en valt onder interventieniveau 1 t/m 3 en maakt daarom geen onderdeel uit van deze aanbesteding.
17	9	2.1	We kunnen de beschrijving van Z1d niet vinden, gaat het hier om voorkomen dat iemand naar beschermd wonen moet, of is het crisis opvang, 2 maal 3 weken? Op pagina 36 van het document onder Z1. Randvoorwaarden: - voor Z1d kan het nodig zijn..... Vraag blijft staan : wat bedoelen jullie hier dan mee? Is dit crisis opvang?	De aanbieder moet deze omschrijving als niet genoteerd beschouwen, deze randvoorwaarde komt te vervallen.
18	9	2.2	Hier wordt gesproken over tredes a t/m c. In bijlage 2 is op verschillende plekken echter sprake van trede d en soms zelfs e. Zie bijvoorbeeld D1 (p32), Z1 (p36), M1 (p41), M2 (p42), M3 (p44). Vraag 1: waarom worden de tredes d en e nergens genoemd in 2.2? Vraag 2: zijn de tredes d en e 'consolidatietredes'?	In paragraaf 2.2 is de grote lijn weergegeven. D en E hoeven geen consolidatietredes te zijn.
19	9	2.2	Wordt met de term 'leefgebieden' de leefgebieden van de Zelfredzaamheidsmatrix bedoelt?	Ja, dit klopt.
20	10	interventieniveau	Geldt dit verblijf met bed ook voor klanten met de lvg 4 en 5 indicaties in dat geval is het verstandig dit expliciet te benoemen daar deze indicaties toegang geven tot de WLZ en zodoende behandeling van kinderen na hun 18e kan worden voortgezet	Ja, dit betreft G1 en G3 op interventieniveau 8 binnen perceel 1. Verblijfszorg in verband met een licht verstandelijke beperking (ZZP LVG 1 t/m 5) voor kinderen tot 18 jaar is ingaande 1-1-2015 overgeheveld naar de Jeugdwet. Is er echter sprake van een zeer intensieve zorgvorm dan is de Jeugdwet echter niet van toepassing. De vraag of de Jeugdwet dan wel de WLZ van toepassing is, is afhankelijk van de individuele casus. Daarbij is het CIZ het indicatieorgaan voor de WLZ en niet de gemeente.
21	10	interventieniveau	Is het verblijf met bed bijvoorbeeld in een specialistisch behandelcentrum sprake van NHC en zo ja tegen welk tarief	Dit is in het tarief opgenomen en wordt om deze reden niet apart benoemd.
22	10	2.3	In het schema van de interventieniveaus wordt gesproken over verblijf met bed in een residentiële voorziening, met of zonder behandeling. Betekent dit dat behandeling apart wordt afgerekend ?	Nee, voor de bekostiging verwijzen wij de aanbieder naar het inkoopmodel (bijlage 3).

23	10	2.3	Wat wordt verstaan onder deeltijd in "(deeltijd) verblijf met bed"? In de toelichting op pagina 12 wordt over ondersteuning gedurende 24 uur per dag.	Het gaat hier om logeren.
24	10	2.3	U spreekt bij interventieniveau 6 over 'de problematiek is diffuus'. Kunt u aangeven wat u daarmee precies bedoeld? Zoals het hier staat lijkt het te verwijzen naar een zekere mate van onduidelijkheid in de problematiek? Klopt dat of bedoelt u iets anders? Bijvoorbeeld dat de problematiek moeilijk is af te bakenen. In dat laatste geval lijkt het weer sterk op het punt bij het eerste gedachtenstreepje. Onze suggestie is om de term diffuus te verduidelijken ofwel het punt hier weg te laten.	Dank voor deze inbreng. We nemen mogelijk dit aandachtspunt mee in de nog op te stellen leeswijzer .
25	11	2.3.1	Betekent het hebben van een probleem op 1 leefgebied per definitie interventieniveau 4 (licht)?	Nee, dit is niet correct. Interventieniveau 5 kan ook gaan om ernstige enkelvoudige problematiek.
26	11	2.3.1	Bij interventieniveaus 6 en 7 wordt niet over de ZRM gesproken. Gezien de expliciete verwijzing naar de ZRM op andere niveaus, interpreteren wij dit als zijnde dat de ZRM op niveau 6 en 7 niet van toepassing is. Is dit correct? Zo ja, hoe beoordeelt de gemeente dan de problematiek?	Nee, dit is niet correct. De ZRM uitgangspunten gelden ook voor niveau 6 en 7.
27	11	2.3.1	Interventieniveau zwaar: hier moet in de laatste zin naast beschermd wonen ook verblijf met behandeling worden toegevoegd?	We zijn het eens met deze zienswijze, maar zien geen aanleiding om het document aan te passen.
28	11	aankondiging opdracht	In het document Aankondiging van een opdracht worden op pagina 11 inlichtingen gegeven over de percelen. Perceel 1 is Zorg in het kader van Jeugdzorg en Perceel 2 is Diensten in het kader van WMO. In bijlage 10 worden echter andere perceelaanduidingen gegeven (perceel 1: interventies 4 t/m 8, perceel 2: Dyslexie, perceel 3: Centrumgemeente Assen). Moeten we bijlage 10 als de juiste aanduiding beschouwen?	De indeling in bijlage 10 is correct.
29	11 & 12	2.3.1	Houdt de gemeente bij het indiceren rekening met de doelgroepen die een aanbieder bedient en het specialisme van de zorgaanbieder? Bijvoorbeeld, mag een aanbieder die gespecialiseerd is in dementie er op rekenen dat de gemeente hem niet vraagt HH of verslavingszorg te bieden? Of dat een aanbieder die zorg aan jeugd levert niet ook gevraagd wordt zorg aan volwassenen te bieden? Deze vraag heeft een relatie met principe 7 (Visie), interventieniveau 8 (logeren/jeugd/gezinshuis) en Z5 op pagina 40.	Ja, hier houden we rekening mee. We zullen de aanbieder niet verplichten tot het leveren van ondersteuning waarvoor het specialisme binnen de organisatie van de aanbieder niet aanwezig is. Het generen van een oplossing zal in goed overleg tussen de inwoner, de zorgaanbieder en gemeente plaatsvinden.
30	11	2.3.1	In de beschrijving bij interventieniveau 6 stelt u dat de ondersteuning in dit interventieniveau van toepassing is indien ondersteuning op interventieniveau 5 onvoldoende resultaat heeft gehad. Dat klinkt alsof je 6 pas kunt inzetten nadat gebleken is dat 5 onvoldoende helpt. klopt dat? Bedoelt u dat hier ook? Zo ja, hoe kunnen we dat rijmen met het principe van matched care (pp. 8 een van de 7 principes).	Deze interpretatie is onjuist. Interventieniveau 6 kan ook direct worden ingezet indien duidelijk is dat interventieniveau 5 niet voldoende resultaat zal bieden. Ook wij streven naar matched care.
31	12	2.3. interventieniveau	Is het mogelijk dat de regio/gemeenten een conversietabel beschikbaar stellen om duidelijker aan te geven hoe de oude productindeling zich verhoudt tot het nieuwe model?	Ja, deze is in ontwikkeling en is in het najaar 2016 beschikbaar.
32	12	interventieniveau	Kunt u nadere uitleg geven over het onderscheid tussen G1 behandeling en G3 behandeling? Dit is ons nu niet voldoende helder.	G1 gaat om de geestelijke gezondheid en G3 gaat om gezond opgroeien / opvoeden.
33	12	2.3.2	Onder het kopje van beschermd wonen wordt niet gesproken over een logeerfunctie. Is dit wel mogelijk?	Dit is niet mogelijk.
34	13	3.1	Gelet op transparantie en het gelijk informeren van alle belangstellenden verzoeken wij u ons inzage te geven in het referentiekader en voor alle vast gestelde maand tarieven.	Het referentiekader voor het vaststellen van de tarieven is verwoord op pagina 13, paragraaf 3.1 in het aanbestedingsdocument. Het referentiekader is de input van de aanbieders, de gegevens van 2015 en zo mogelijk 2016 en informatie uit de omgevingsanalyse.
35	13	3.1	We nemen aan dat dit vervoer is binnen de gemeentegrenzen, wat als de client buiten de gemeente grens woont en bv komt voor dagbesteding of logeren? Hoe gaat het dan met de reiskosten?	Het is een all-in tarief. Gemeentegrenzen zijn niet aan de orde.

36	13	3.1	Indexering tarieven: Eerste indexatie per 1 januari 2018 betekent dat de OVA voor 2017 (als ook voor 2016) niet wordt doorgerekend naar de aanbieders. Wat is uw gezichtspunt hierop?	De tarieven kunnen jaarlijks vanaf 1 januari 2018 worden geïndexeerd.
37	13	3.1	Er wordt gesproken over een all-in tarief per persoon per maand. Wanneer ik een gezin van 5 personen help binnen één cluster, komt er dan een bedrag beschikbaar van 5 keer vermeld tarief? En wanneer de cluster wordt verspreid over twee maand, komt er dan een bedrag beschikbaar van twee maal vermeld tarief? Zit er een grens aan het aantal maand dat een inwoner gebruik kan maken van deze bedragen?	De indicatie die is weergegeven in de beschikking is maatgevend voor het tarief. Niet het aantal personen in een gezinssituatie is bepalend maar het te behalen resultaat.
38	13	3.1	Als de aanbieder naast het resultaatgebied aanvullende dienstverlening aanbiedt aan de cliënt, mogen er dan aanvullende kosten in rekening worden gebracht bij de cliënt?	We gaan er van uit dat op basis van de indicatie geen aanvullende diensten aan de orde zijn om het resultaat te behalen.
39	13	3.1	Begrijpen wij het goed dat binnen een cluster één tarief van toepassing is ongeacht of alle hoofdresultaten van een cluster zijn geïndiceerd of dat dit beperkt is tot 1 van de hoofdresultaten? Klopt het dat indien binnen de cluster Z1 t/m Z4 als hoofdresultaten Z1 t/m Z4 interventieniveau 4 zijn geïndiceerd het tarief € 150,00 per maand is? Klopt het dat indien er een indicatie Z1 wordt afgegeven het tarief eveneens € 150,00 is? Indien voorgaande zijn de gemeenten dan -gelet op het streven reële tarieven te hanteren- het met ons eens dat gemiddeld genomen de omvang (hoeveelheid) van de ondersteuning bij het realiseren van 4 hoofdresultaten gelijk zal zijn aan de omvang om één geïndiceerd hoofdresultaat van hetzelfde cluster te realiseren?	Deze interpretatie is op al de vier deelvragen correct.
40	13	3.1	De gemeente stellen bij indexering als randvoorwaarde dat de rijksbijdrage daartoe ruimte biedt. Dat impliceert dat de aanbieders het risico lopen dat bij stijging van (loon)kosten, sociale premies e.d., dit niet wordt opgevangen door een reële indexering. De tarieven zijn van dien aard dat reële en onvermijdelijke stijging van kosten daarin is op te vangen. Bovendien staat deze randvoorwaarde haaks op de "AMvB uitvoeringsbesluit Wmo 2015" welke thans ter advisering voorligt bij de RvS en per 1 januari 2017 van toepassing is. Daarin wordt de Wmo 2015 uitgebreid met artikel 5.4 lid, waarbij in lid e, bepaald is dat het College van B&W gehouden is aan de indexering van de prijs ten einde zorg te dragen voor een reële prijs. Wij verzoeken u dan ook de tekst in overeenstemming met voornoemde artikel 5.4 lid e aan te passen en de in eerste zin aangehaalde randvoorwaarde te laten vallen.	Wij zinspelen niet op wetsvoorstellen die nog bij de Tweede Kamer aan de orde zijn.
41	13	3.1	Een client die zelf in staat is om te reizen, kan deze van een organisatie verwachten dat hij/zij door deze organisatie van huis opgehaald wordt	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
42	13	3.1	Is een organisatie verplicht om de reiskosten te vergoeden die een client maakt?	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.

43	13	3.1	zo ja, is daar een richtlijn voor of kan een organisatie dat zelf bepalen.	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
44	13	3.1	Een client die niet zelfstandig kan reizen, komt hij zij in aanmerking voor individuele begeleiding tav het werken aan zelfredzaamheid en meedoen?	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
45	13	3.1	All-in tarief: Ook eventueel vervoer van de inwoner maakt onderdeel uit van het tarief. Geldt dit ook voor een 'GGZ ZZP-praktijk' voor de interventieniveau's 4 t/m 6 (bouwstenen G1)? Dient de ZZP-er vervoer te regelen om cliënt naar praktijkruimte te brengen? Indien van toepassing is aanbieder dan gehouden aan het gestelde in paragraaf 6.5, bladzijde 25?	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
46	13	3.1	All-in tarief: wij verzoeken de gemeente een uitzondering te maken voor de kleine groep cliënten die op professioneel rolstoelvervoer aangewezen is, daar hier zeer hoge kosten aan verbonden zijn.	Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
47	13	3.1	Hoe krijgt de regiefunctie vorm als er sprake is van meerdere resultaatgebieden? Welke aanbieder moet dan de regie gaan voeren? Wordt er een vergoeding geboden voor deze regie aangezien het extra werk met zich meebrengt?	Zie pagina 16. De gemeente regisseert het proces. Het gevolg is dat er geen vergoeding geboden wordt.
48	13	3.1	All-in tarief: is een maand 4 weken of 30/31 kalenderdagen?	All-in tarief is per kalendermaand. Zie pagina 13, derde alinea.
49	13	3.1	Is er als referentiekader voor de tariefstelling ook gekeken naar de toepasselijke CAO's zoals CAO VVT? En heeft u ook kennisgenomen van de Code Verantwoordelijk Marktgedrag Thuisondersteuning?	Ja, dit is één van de referentiekaders. Wij hebben kennisgenomen van de Code Verantwoordelijk Marktgedrag Thuisondersteuning.
50	13	3.1	U gaat hier uit van een vergoeding per maand. Graag willen wij u erop wijzen dat dit voor Wmo specialisten (voor HbH) onmogelijk is en nergens in Nederland op deze wijze wordt uitgevoerd. Dit is ook niet in lijn te brengen met de aanlevering op periodebasis aan het CAK. Wij staan voor een onmogelijke administratieve opgave om HbH in maandfacturatie om te zetten en vervolgens vraagt u wel om een periodieke aanlevering aan het CAK dat op basis van 4 wekelijkse zorgperioden werkt. Kunt u het mogelijk maken voor Wmo specialisten om te factureren op periodebasis?	Nee, in overleg met aanbieders is gekozen voor een vergoeding per maand.
51	13	3.1	Gesteld wordt dat de aanbieder geen aanvullende kosten in rekening kan brengen bij gemeenten of inwoner. De wijze waarop dit beschreven is, laat geen ruimte om extra diensten te leveren. Graag zien wij de mogelijkheid om in samenspraak met de client extra diensten aan te bieden, tegenover een afgesproken tarief; en hierover een toevoeging in de tekst.	Wij gaan er van uit dat op basis van de indicatie geen aanvullende diensten aan de orde zijn om het resultaat te behalen.
52	13	3.1	Wie is een 'inwoner' zoals vernoemd in de tariefstelling op blz. 13?	Zie begrippenlijst op pagina 5, dit betreft inwoners uit de deelnemende gemeenten.
53	13	3.1	U geeft aan dat het een All in Tarief betreft inclusief Reis en verblijfskosten. Vervoer van cliënten is echter een BTW belaste prestatie ( zie ook aanbesteding gemeente groningen). IS op dit product BTW van toepassing of niet?	Wij kopen zorg in, dit is een all-in tarief en vrijgesteld van BTW.

54	13	3.1	Indien het antwoord op bovenstaande vraag ja is. Wat heeft dit voor gevolgen voor de facturering?	Niet van toepassing.
55	13	3.1	Indien het antwoord op bovenstaande vraag nee is kan u mij dan toelichten waarom de prestatie cliënten vervoer in de gemeente groningen BTW belast is en in de gemeente Noordenveld niet?	Als eerder geantwoord kopen wij zorg in en geen vervoer.
56	13	3.1	all-in tarief. Waaruit moet innovatie bekostigd worden? Dit zit niet in het all-in tarief.	Wij zien innovatie niet als apart product en verwachten dat innovatie onderdeel is van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder.
57	13	3.1	Indexeren tarieven. Men spreekt van indexeren vanaf 2018, wordt er ook voor 2017 wel geïndexeerd?	Nee, de vastgestelde tarieven hebben betrekking op 2017.
58	13	3.1	Resultaatgebied niet op splitsbaar: als op meerder resultaatgebieden opdracht gegeven wordt aan meerdere aanbieders, wie heeft dan de regie, de gemeente?	De gemeente of een door de gemeente aangewezen zorgaanbieder.
59	13	3.1	De tarieven kunnen geïndexeerd worden. Dit in combinatie met de eenzijdige verlengingsoptie door de opdrachtgever kan er toe leiden dat de tarieven vijf jaar gelijk blijven. Dat houdt in dat onze kosten wel eens 10% kunnen stijgen zonder dat daar tariefswijzigingen tegenover staan. Is dat correct?	Ja, dit is correct.
60	13	3.1	U schrijft "De gemeenten streven daarbij naar reële tarieven. Het referentiekader voor het vaststellen van deze tarieven is de input die de aanbieders hebben geleverd, de gegevens van 2015 en zo mogelijk 2016 en informatie uit de omgevingsanalyse. " Kunt u aangeven hoe de tarieven exact tot stand zijn gekomen: wie heeft input aangeleverd, welke gegevens over 2015 heeft u gehanteerd en wat houdt de informatie uit de gegevensanalyse in? Kunt u bijvoorbeeld een vergelijking geven met gehanteerde uurtarieven en het aantal gemiddelde uren dienstverlening per maand?	Wij hebben gebruik gemaakt van de expertise van een representatieve groep van aanbieders. De tarieven zijn op een coöperatieve manier tot stand gekomen.
61	13	3.1	In de tekst staat: een vaste vergoeding per maand, per inwoner. Momenteel wordt er per 4 weken gedeclareerd. Gaat u dit daadwerkelijk wijzigen naar maand. Zo ja hoe moet men dan gaan declareren voor de huidige cliënten waar alles op 4 weken is ingericht?	Vanaf 1 januari 2017 dient de aanbieder voor alle inwoners maandelijks te declareren.
62	13	3.1	Bij het kopje All-in tarief staat dat "door de gemeente aan aanbieder verschuldigde vaste vergoeding per maand, per inwoner" wordt gegeven. In de begrippenlijst op bladzijde 4 staat het begrip Inwoner gedefinieerd als "Daar waar in dit document de term inwoner wordt gebruikt, worden de inwoners bedoeld die aanspraak kunnen maken op voorzieningen zoals bedoeld in de Jeugdwet of de Wmo". Aangezien iedereen aanspraak kan maken op de Jeugdwet of de Wmo, is het dan correct te stellen dat wij een vaste vergoeding voor alle inwoners uit de gemeente krijgen?	Nee, dit is niet correct. Het betreft de inwoner die zorg ontvangt.
63	13	3.1	Onder het All-in tarief staat gemeld dat eventueel vervoer van de inwoner onderdeel uitmaakt van het tarief. Wie beslist of vervoer noodzakelijk is? O.i. is het niet aan de jeugdhulpaanbieder om te beslissen of iemand vervoer naar de aanbieder en terug naar huis krijgt of niet. Het is de gemeente die daarover dient te beslissen of vervoer als voorziening noodzakelijk is en waarop ook het recht van bezwaar en beroep van toepassing is. Wilt u dit in de Nota van Inlichtingen nuanceren?	Wij nuanceren dit niet. Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
64	13	3.1	Pagina 13: één tarief per resultaatgebied of per cluster resultaatgebieden. Is het dan niet meer mogelijk om verschillende 'bouwstenen' te stapelen, zoals bij verschillende ambulante producten?	Gezien het gestelde op pagina 14 inzake stapeling is het tweede gedeelte van deze vraag voor ons niet plaatsbaar.

65	13	3.1	"Gemeenten geven één aanbieder opdracht om binnen een resultaatgebied een subresultaat te realiseren. Indien aanbieder van mening is dat hierbij ondersteuning van een andere aanbieder gewenst is, dan regelt de aanbieder dit zelf." Nemen wij terecht aan dat hier wordt bedoeld dat - ook al zijn er meerdere aanbieders gecontracteerd - er per individuele cliënt en per resultaatgebied aan één aanbieder een opdracht wordt gegeven en niet aan een combinatie van aanbieders? (Deze vraag is door ons eerder gesteld - nml. op 4 augustus 2016 - maar niet meegenomen in de Nvl 1 en 2)	Deze interpretatie is juist.
66	13	3.1 + 3.2	Graag nadere uitleg tarieven. Hoe werkt de tariefstelling (opbouw, uren, etc)?	Wij hanteren een vastgesteld tarief per resultaat per kalendermaand.
67	13	3.2	U stelt dat tarieven jaarlijks geïndexeerd kunnen worden conform een bepaald cao-indexcijfer. Kunt u specifiek aangeven wanneer wel en wanneer niet geïndexeerd zal worden, en welk indexcijfer het betreft? Om doelmatig te kunnen werken, zien we het woord "kunnen" graag vervangen worden door "worden".	Dit kunnen we niet specifiek aangeven aangezien dit afhankelijk is van meerdere factoren die wij nu nog niet kunnen overzien. Wij zien geen aanleiding dit aan te passen.
68	13	3.2	U hanteert het begrip 'subresultaat'. Is er ook nog sprake van 'eindresultaat' of 'hoofdresultaat'?	Er is geen sprake van eindresultaat. De hoofd- en subresultaten zijn gedefinieerd in bijlage 1.
69	13	3.2	U schrijft 'Indien de aanbieder van mening is dat hierbij ondersteuning nodig is...'. We vragen ons af hoe de toegang bepaalt hoe en wanneer er sprake is van meerdere resultaatgebieden of van een en hetzelfde resultaatgebied waarbij meerdere aanbieders moeten worden ingeschakeld.	De toegang bepaalt via de resultatenmatrix de "wat"vraag. De invulling van de 'hoe' vraag behoort tot de expertise van de aanbieders.
70	14	3	interventieniveau 5 en 6 zijn stapelbaar binnen het domein. Betekent dit dat voor een beschikking met een subresultaat Z1, Z2, Z3 en Z4: 4x het tarief wordt uitgekeerd?	Nee, het tarief wordt één keer uitgekeerd.
71	14	3.1	Kunnen hier ook een aantal voorbeelden van gegeven worden om een juist beeld te krijgen van hoe gestapeld mag worden. en betekent dit dan ook meerdere beschikkingen?	De stapeling is casus afhankelijk. De nota van inlichtingen is niet de plek om casussen toe te lichten. De inwoner ontvangt één beschikking.
72	14	3.2	Kan Z1c ook gestapeld met M1, M2,M3 en G1?	Ja, dat kan.
73	14	3.2	M4 logeren kan dat gestapeld met M1,M3,	Ja, dat kan.
74	14	3.2	(Afbakening opdracht.) Voor de nodige flexibiliteit zijn regels gesteld die sturen op af- en opschaling van inzet op interventieniveaus. Hoe vertaalt zich dat in de te vergoeden maand tarieven? Bijvoorbeeld voor een cliënt is een tijdelijke inzet op hoger interventieniveau nodig om een min of meer stabiele situatie te bereiken en vervolgens volstaan kan worden met een inzet op een lager interventieniveau. Wordt dan in eerste instantie het tarief van het hogere interventieniveau vergoed en na afschaling het tarief voor het lagere interventieniveau?	Dat is niet correct. Er wordt slechts betaald volgens het indicatieniveau volgens het niveau van de beschikking. Indien de inschatting is dat de termijnen van 2 maanden of 2 weken (zoals vermeld op pagina 14, afbakening opdracht) wordt overschreden, beschouwen wij dit als een nieuwe aanvraag. In de daarop volgende beschikking wordt opnieuw een resultaat en interventieniveau afgegeven met het daarbij behorende tarief.
75	14	3.2	Afbakening opdracht: uitgangspunt zou moeten zijn, dat de werkelijk inzet (geleverde zorg op interventieniveau) in rekening kan worden gebracht; dus bv als tijdelijk een bed nodig is (niv 8) kan dit niet worden betaald uit interventieniveau 5 of 6	Dat is niet correct. Er wordt slechts betaald volgens het indicatieniveau volgens het niveau van de beschikking.

76	14	3.2	<p>(Stapelen van tarieven) Er staat dat binnen interventieniveau 4 geen stapeling van tarieven mogelijk is. Om zeker te zijn dat wij de methodiek van stapeling goed begrijpen verzoeken wij u de gestelde vragen bij navolgende 2 casussen te beantwoorden.</p> <p>casus 1;          Cliënt A heeft een indicatie Z5 "schoon en leefbaar huis" niveau 4+ een indicatie Z4 "ADL op orde" niveau 4 + een indicatie M4 "sociaal netwerk" niveau 4.          Klopt het dan dat dan het maandelijks te vergoeden tarief € 353,00 + € 150,00 + € 150,00 = totaal € 653,00 is?          Indien de totale maandelijkse vergoeding een ander bedrag is, wat is dan wel het te vergoeden bedrag, gelet op de omvang van de gecombineerde ondersteuning?</p> <p>Casus 2;          Cliënt B heeft een indicatie Z5 "schoon en leefbaar huis" niveau 5+ een indicatie Z4 "ADL op orde" niveau 5 + een indicatie M4 "sociaal netwerk" niveau 5.          Klopt het dat dan het maandelijks te vergoeden tarief € 353,00 + € 230,00 + € 230,00 = totaal € 813,00 is?          Indien de totale maandelijkse vergoeding een ander bedrag is, wat is dan wel het te vergoeden bedrag, gelet op de omvang van de gecombineerde ondersteuning?</p>	<p>We kunnen ons niet vinden in deze uitleg van casus 1. We verwijzen naar pagina 14, 2e alinea van het aanbestedingsdocument. Casus 1 kan in de praktijk niet voorkomen omdat het niet mogelijk is om in niveau 4 te stapelen. Casus 2 klopt.</p>
77	14	3.2	<p>Waarom kiest de gemeente ervoor op niveau 4 niet te stapelen? Een generalist die op dit niveau werkt kan met alle onderwerpen uit de voeten. Wordt er opgeschaald in geval van meerdere doelen?</p>	<p>Als er sprake is van meerdere te behalen resultaten is er sprake van niveau 5.</p>
78	14	3.2	<p>Afbakening opdracht: als de zorgaanbieder zelf geen plek heeft, wordt hij dan geacht deze op eigen kosten te organiseren? Zo ja, krijgt hij dan de kostprijs (ipv het tarief) vergoed? Moet de aanbieder altijd werken met aanbieders die door de gemeente goedgekeurd zijn?</p>	<p>Wanneer de zorgaanbieder zelf geen plek heeft, wordt hij geacht dit op eigen kosten te organiseren. De tarieven zoals aangegeven in het aanbestedingsdocument mogen in rekening worden gebracht bij de gemeenten, dus geen andere kostprijzen. In dit voorbeeld treedt de aanbieder op als hoofdaannemer en hoeven de in te schakelen zorgaanbieders niet door de gemeenten te zijn goedgekeurd. De hoofdaannemer blijft ten alle tijden verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht.</p>
79	14	3.2	<p>Stel een cliënt heeft een indicatie niveau 7. Kan de gemeente dan eisen dat de aanbieder ook zorg op andere gebieden levert?</p>	<p>De aanbieder geeft zelf aan welke resultaten hij contracteert.</p>
80	14	3.2	<p>Inzake het stapelen van tarieven: wie bepaalt of er gestapeld mag worden, de gemeente of de zorgaanbieder? Indien de gemeente: waarom moeten wij dit dan weten, het staat toch in de beschikking die we krijgen?</p>	<p>Dit bepaalt de gemeente. In een aanbesteding is het gebruikelijk om spelregels rondom stapelen van tarieven op te nemen in het aanbestedingsdocument, zodat dit voor alle partijen duidelijk is.</p>
81	14	3.2	<p>Dient een aanbieder die niveau 7 levert bij stapelen voor ditzelfde tarief (dus tarief niveau 7) ook zorg op bijvoorbeeld niveaus 5 en 6 te leveren?</p>	<p>Nee, interventieniveau 7 kan of met interventieniveau 5 of met interventieniveau 6 gestapeld worden. Het tarief is daardoor als volgt: tarief 7 + tarief 5 of tarief 7 + tarief 6.</p>
82	14	3.2	<p>In hoeverre kan een beschikking gaandeweg verzwaard worden? Wij hebben veel cliënten waarvan het kenmerk is dat zij in de beginfase beter presteren en gaandeweg blijkt dat er sprake is van een zwaardere problematiek. Deze vraag dient zich ook aan als blijkt dat de problematiek anders is dan geïndiceerd.</p>	<p>Een gewijzigde persoonlijke situatie leidt tot een nieuwe indicatie.</p>
83	14	3.2	<p>Stapelen van tarieven; Is IV 7 stapelbaar met IV 4 en andersom? Zoals het er nu staat is het niet duidelijk.</p>	<p>Interventieniveau 4 is niet stapelbaar.</p>
84	14	3.2	<p>Afbakening opdracht: het is onduidelijk wat hiermee bedoeld wordt. De eerste en tweede bullet lijken ook tegenstrijdig met elkaar wordt. Kan de aanbieder dat zelf bepalen ?</p>	<p>Bij de eerste bullet is sprake van tijdelijk afschalen van de ondersteuning en bij de tweede bullet is sprake van tijdelijk opschalen van de ondersteuning. De aanbieder kan dit zelf bepalen.</p>



85	14	3.2	Bij het kopje Afbakening opdracht wordt de aanbieders gevraagd om flexibel om te gaan met interventieniveau's. De regels die u daar vervolgens voor beschrijft zijn onduidelijk. Wij hebben de volgende vraag m.b.t. het eerste bullet. Stel de client heeft een indicatie voor niveau 5 of 6 en in de praktijk blijkt dat de problematiek binnen 2 maanden over is, betekent dat dan dat de indicatie wordt bijgesteld en dat de aanbieder het bijpassende, d.w.z. lagere, tarief krijgt uitgekeerd? Als deze interpretatie klopt, realiseert u zich dat hiermee een prikkel ontstaat om behandelingen te gaan 'rekken' naar 3 maanden?	Nee, deze interpretatie is onjuist. In dit geval is het resultaat bereikt en wordt de ondersteuning afgesloten.
86	14	3.2	Bij het kopje Afbakening opdracht wordt de aanbieders gevraagd om flexibel om te gaan met interventieniveau's. De regels die u daar vervolgens voor beschrijft zijn onduidelijk. Wij hebben de volgende vraag m.b.t. het tweede bullet: betekent deze regel dat aanbieders bij een indicatie voor 4 of 5 ook verondersteld worden zorg te leveren op 6 t/m 8 voor maximaal 2 maanden? Of geldt dat alleen voor IV 6 (en niet voor IV7 en IV8)	In principe wel. Mocht de aanbieder deze ondersteuning niet kunnen leveren dan vindt er overleg plaats met de toegang.
87	14	3.2	Bij het kopje Afbakening opdracht wordt de aanbieders gevraagd om flexibel om te gaan met interventieniveau's. De regels die u daar vervolgens voor beschrijft zijn onduidelijk. Wij hebben de volgende vraag m.b.t. het tweede bullet: 3) bij het derde bullet: als de indicatie is gegeven voor IV6, wordt de aanbieder verondersteld voor dat geldt ook een bed te bieden voor maximaal twee maanden? Bij dit laatste punt willen we de volgende opmerkingen maken: a) vrijwel al onze opnames korter duren dan 2 maanden en b) een opname van bijvoorbeeld 3 weken voor ons niet te realiseren is voor het traief van interventieniveau 6.	Bij bullet 3 wordt gesproken over een duur van maximaal twee weken en niet twee maanden. Als het langer duurt dan twee weken kan de aanbieder contact opnemen met de gemeente en kan de indicatie worden aangepast.
88	14	3.2	Bij het kopje Duur trajecten wordt gesteld dat de gemeente, in overleg met inwoner en aanbieder, de duur bepaalt en vastlegt in de beschikking. Kan, gezien vanuit de zelfredzaamheid van de inwoners en de professionaliteit van de aanbieders, gesteld worden dat de gemeente de in overleg bepaalde trajectduur zo veel mogelijk over neemt? En slechts in uitzonderingen hier onderbouwd vanaf wijkt?	De trajectduur wordt in overleg bepaald.
89	14	3.2	Kunt u uitleggen waarom interventieniveau 4 niet stapelbaar is en de daarop volgende niveaus wel? We kunnen ons voorstellen dat ook IV4 stapelbaar is als het gaat om verschillende resultaatgebieden.	Interventieniveau 4 is niet stapelbaar, aangezien het enkelvoudige problematiek betreft.
90	14	3.2	Pagina 14: stapelen van tarieven. Interventieniveau 4 is niet stapelbaar, maar bijv. niveau 8 wel. Dus naast verblijf (bv. G1 intramurale behandeling jeugd) kunnen ook ambulante bouwstenen gestapeld worden? D64	Interventieniveau 8 kan worden gestapeld met lagere interventieniveau's maar niet met G1. Hiervoor verwijzen wij de aanbieder naar de omschrijving op pagina 12, interventieniveau 8.
91	14	1e alinea	Afbakening opdracht; interpeteren wij het juist dat je moet kunnen schakelen tussen verschillende interventiesniveaus zonder dat daar een bijbehorende beschikking voor wordt afgegeven, indien de situatie van tijdelijke aard is? Als voorbeeld wordt gegeven dat je moet kunnen schakelen naar niveau 8 (tijdelijk) vanuit niveau 6. Dit is een verschil tussen ambulante en verblijf, met behoorlijk uitéénlopende tarieven. Het lijkt ons een onjuiste verwachting om dit bij aanbieders neer te leggen. Bent u het daarmee eens?	Wij zijn van mening dat dit juist de verantwoordelijkheid van de aanbieder is.

92	14	2e alinea	Stapeling van tarieven; als wij ons bestaand aanbod willen plaatsen in het inkoopmodel, komen we tot de conclusie dat het aanbod bestaat uit een stapeling van een aantal bouwstenen. Vanuit het verleden weten we echter dat de aanbieder weinig invloed heeft op de opbouw van de indicatie. Wat als in 2017 een beroep gedaan wordt op de inzet van ons aanbod (dat bestaat uit verschillende bouwstenen), maar in de indicatie wordt maar 1 bouwsteen genoemd. Welke ruimte heeft de aanbieder dan om aan te geven dat de stapeling noodzakelijk is voor het product en kan de aanbieder eventueel weigeren ?	Indien de aanbieder het niet eens is met de beschikking kan de aanbieder contact opnemen met de toegang. Zie hiervoor ook pagina 17 van het aanbestedingsdocument.
93	16	4	Regisseursmodel: de kwaliteit van de ondersteuning bewaken is toch voldoende geborgd door de inschrijfvoorwaarden of overweegt u andere vormen van kwaliteitsbewaking? Welke zijn dit dan?	Wij overwegen geen andere vormen van kwaliteitsbewaking dan in het aanbestedingsdocument staan beschreven.
94	16	4.	"De regiefunctie is belegd binnen de toegang van alle gemeenten. Daar waar de inwoner ondersteuning nodig heeft, helpt de toegang van de gemeente. Dit wordt vormgegeven in het resultatenplan. Het opstellen van dit plan is de wettelijke verantwoordelijkheid van de gemeente. Zij zal tevens de regie voeren op de te behalen resultaten door aanbieders." Waar de gemeenten in hoofdstuk 1 in hun visie verwoorden dat het uitgangspunt is dat de inwoner zelf de regie heeft of houdt, wordt hier op geen enkele wijze aangegeven of en hoe rekening wordt gehouden met de eigen voorkeur van de cliënt. Hoe gaat de gemeente in dit proces om met de keuzevrijheid en eigen voorkeur van de cliënt?	Uitgangspunt is dat de inwoner de regie heeft en houdt op zijn eigen leven. Daar waar nodig kan de gemeente ondersteuning bieden. Hierbij verwijzen wij naar het gestelde op pagina 8.
95	16	4.	"De inrichting van deze toegang is een lokale keuze en kan dus per gemeente verschillen." Om voor cliënten passende zorg en ondersteuning te realiseren, is de kwaliteit en werkwijze van de toegangsorganisatie essentieel. Kunnen de gemeenten meer inzicht geven in hoe de toegang georganiseerd gaat worden en hoe de kwaliteit daarvan wordt geborgd? Worden de aanbieders daarbij betrokken?	Dit is een lokale keuze en maakt geen onderdeel uit van deze aanbesteding.
96	16	4	De inrichting van deze toegang is een lokale keuze en kan dus per gemeente verschillen..... Graag één format voor alle gemeenten. Verschillende formats verhogen de administratieve belasting. Kunt u voor iedere gemeente aangeven hoe deze inrichting uitpakt? Antwoord kan van invloed zijn op welke hoofdresultaten van een gemeente wordt ingeschreven.	De organisatie van de toegang is een lokale keuze waar zoveel als mogelijk zal worden samengewerkt.
97	16	4	In de tekst is opgenomen dat de regiefunctie, het opstellen van een resultatenplan en de regie op de behaalde resultaten belegd is bij de gemeente. Verstaat u onder het begrip toegang ook de professionals die rechtstreeks kunnen verwijzen, zoals de huisarts, jeugdarts, medisch specialist en gecertificeerde instellingen?	Nee, de regiefunctie ligt bij de toegang van de gemeente.
98	16	4	Kunt u aangeven hoe de gemeentelijke toegang de regiefunctie gaat invullen bij rechtstreekse verwijzingen van de huisarts, jeugdarts, medisch specialist en gecertificeerde instellingen? De gemeente geeft een beschikking af, maar hoe ziet u de rol van de gemeente wanneer een inwoner rechtstreeks is verwezen en de inhoudelijke betrokkenheid van de toegang niet wenst? Zie ook p28 waarbij aanbieders zijn gehouden om verwijzingen van huisartsen, jeugdartsen e.d. om te zetten naar de resultaatsgebieden van het inkoopmodel.	De regiefunctie ligt altijd bij de gemeente, ongeacht de verwijzende instantie of persoon.
99	16	4	Kan het bijstellen van het resultatenplan door de gemeente tot gevolg hebben dat een beschikking op een lopende behandeling met terugwerkende kracht wordt aangepast?	Daar waar nodig is in voorkomende gevallen een bijstelling mogelijk.

100	16	4	Kennis van (complexe) psychiatrische problematiek is van belang voor het formuleren van het resultatenplan (het "wat") dat ten grondslag moet liggen aan de maatwerkvoorziening die de zorgaanbieder geacht moet zijn te leveren. En in het aanbestedingsdocument lezen wij nergens terug dat in overleg met de aanbieder is voorzien (muv D1 - Eenvoudige diagnostiek). Hoe is de kennis van (complexe) psychiatrische problematiek geborgd in de verschillende gemeentelijke "toegangen"?	De gemeente heeft voldoende deskundigheid in huis om de 'wat' vraag te beantwoorden. Waar nodig wint de gemeente advies in.
101	16	4	In de Nvl staat dat de inrichting van de toegang een lokale keuze is en geen onderdeel uitmaakt van deze aanbesteding. Dit betekent dat de organisatie van de toegang per gemeente kan verschillen. Niettemin is de kwaliteit en werkwijze van de toegangsorganisatie essentieel om passende zorg en ondersteuning voor cliënten te realiseren. Wij willen daarom graag inzicht krijgen in de procedure die voor het inrichten van de toegangsorganisatie per gemeente wordt gevolgd en op welke wijze de aanbieders daarbij betrokken worden.	De inrichting van de toegang is een lokale keuze en is niet van invloed op deze aanbestedingsprocedure.
102	16	H4	Vraag 1: Hoe borgt de gemeente de deskundigheid op de verschillende domeinen in relatie tot de diversiteit van de problematiek? Vraag 2: Hoe borgt de gemeente dat subresultaat passend/haalbaar zijn bij de problematiek?	De gemeente heeft voldoende deskundigheid in huis om de 'wat' vraag te beantwoorden. Waar nodig wint de gemeente advies in.
103	17	4	Samenwerking: eens met de formulering die hier staat; in de tariefstelling is een voorziening getroffen om dit overleg te kunnen voeren. Wat te doen als blijkt dat er een erg groot beroep wordt gedaan op de medewerkers van de aanbieders voor casusoverleg en overleg over het resultatenplan?	In de tariefstelling zijn deze werkzaamheden opgenomen.
104	17	4	In de schematische weergave van het proces zien wij geen lijntje van het ondersteuningsplan van de aanbieder naar de beschikking. Heeft u kennisgenomen van de uitspraak van de CRvB, die bepaald heeft dat bij een resultaatgerichte werkwijze het ondersteuningsplan onderdeel dient te zijn van de beschikking?	Wij hebben kennis genomen van deze uitspraak.
105	17	4	samenwerking: het casusoverleg, de inzet daarvoor zot dat in het all inn tarief berekend?	Ja, dit is onderdeel van het all-in tarief.
106	17	H4	Het schema geeft geen blijk van de beoogde nauwe samenwerking tussen gemeente en aanbieder. Hoe ziet de gemeente deze samenwerking voor zich, mede in verhouding tot het regisseursmodel?	De gemeenten beogen nauwe samenwerking met de zorgaanbieders. Wij verwijzen hierbij naar de beschrijving van het schema en het regisseursmodel.
107	17	4	Aanbieders dienen beschikbaar te zijn voor casusoverleg met toegangsmedewerkers. Wat is de verwachte gemiddelde inspanning van een aanbieder per client per maand voor deze activiteiten?	Deze inspanning is divers en vooraf niet te bepalen.
108	17	4	Wat is de vergoeding die de gemeente verstrekt voor casusoverleg met toegangsmedewerkers voor nog niet verwezen cliënten? Of betekent dit dat hiervoor resultaatgebied D1 - Eenvoudige diagnostiek kan worden ingezet?	Er is geen vergoeding. Resultaatgebied D1 kan hiervoor niet worden ingezet.
109	17	5.3	Het regisseursmodel impliceert dat de cliënt akkoord is met de betrokkenheid van de toegang. Dit is echter niet altijd het geval. Zeker wanneer de cliënt rechtstreeks wordt verwezen door een huisarts, jeugdarts, medisch specialist of gecertificeerde instelling kan de cliënt geen prijs stellen op inhoudelijke betrokkenheid van de toegang, anders dan het afgeven van een toekenning. Het is gebruikelijk om de verwijzer (met toestemming van de cliënt) op de hoogte te houden van de voortgang van de ondersteuning. Het op de hoogte houden van de toegang is slechts mogelijk wanneer de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger daarvoor toestemming geeft. Wilt u deze nuance opnemen in de Nota van Inlichtingen?	Wij volgen hierin de wettelijke richtlijnen en bepalingen.
110	18	5.3	In het onderdeel raamovereenkomst benoemt u aanleidingen voor doorontwikkeling van de raamovereenkomst; heeft u daarbij ook voor ogen welk regiem geldt als er aanpassingen in de bestaande afspraken nodig zijn?	Wat gesteld is op pagina 18 onder 5.3 is dekkend voor mogelijke aanpassingen.

111	18	5.3	Pagina 18: perceel 1 is van toepassing voor Ambiq. Perceel 3 is afhankelijk van onderstaande: In 2015 en 2016 viel Hoogeveen (onze locaties Zuideropgaande en trainingshuizen) onder centrumgemeente Assen voor WMO Beschermd Wonen. Nu valt Assen onder Noord-/Midden Drenthe en Hoogeveen onder Zuid-Drenthe. Waar valt vanaf 2017 WMO Beschermd Wonen voor Hoogeveen onder? Wordt de verdeling van centrumgemeenten aangepast op basis van de nieuwe inkoopregio's?	Wij verwijzen de aanbieder naar pagina 7, alinea 2. Assen is centrumgemeente Beschermd Wonen en Hoogeveen valt hieronder.
112	18	5.3 De raamovereenkomst	Is er de mogelijkheid voor een aanbieder nadat het contract is afgesloten om op later moment nog niet gecontracteerde producten toe te voegen aan het contract?	Het is mogelijk om in overleg en met toestemming van de gemeente later alsnog in te schrijven op resultaatgebieden die niet zijn opgenomen in de eerst afgesloten raamovereenkomst.
113	18	5.3	Volgens paragraaf 5.3. 'Raamovereenkomst' kan de tariefstelling en wijze van bekostiging in afstemming met de aanbieders worden gewijzigd. Kunt u aangeven op welke gronden dit kan gebeuren en kunt u bevestigen dat dit niet eenzijdig kan worden uitgevoerd?	Het kan hier bijvoorbeeld gaan om wijziging van wetgeving, rijksbijdrage en marktomstandigheden. Wij kunnen niet bevestigen dat dit niet eenzijdig wordt uitgevoerd. De tariefstelling en wijze van bekostiging worden in afstemming met de aanbieders gewijzigd.
114	18	5.3	U geeft aan een langdurige relatie aan te willen gaan met de gecontracteerde aanbieders. Echter is de looptijd van de contractering vooralsnog 1 jaar met een mogelijke eenzijdige verlenging van maximaal 3 keer 1 jaar. Hoe rijmt u dit met de wens om te spreken van langdurige relaties en hoe kunnen aanbieders hieruit het vertrouwen opmaken om te investeren in nieuwe werkwijzen?	De looptijd van het contract is twee jaar en kan drie keer met 1 jaar worden verlengd. In onze optiek is hierbij sprake van een langdurige relatie.
115	18	5.3	U geeft aan de mogelijkheid open te houden om raamovereenkomsten af te sluiten met nog niet gecontracteerde aanbieders. Betekent dit dat deze aanbesteding meerdere keren opnieuw gepubliceerd wordt zodat potentiële aanbieders een aanbestedingsprocedure moeten doorlopen conform de nu gepubliceerde? Dit in het kader van het gelijkheidsbeginsel.	Het staat nadrukkelijk benoemd in onze stukken (transparant) en de toelatingseisen blijven voor alle aanbieders gelijk. Door mogelijke wijzigingen in het zorglandschap achten wij dit noodzakelijk. Wij delen de mening van de aanbieder niet. Wij handelen in lijn met de brochure van de VNG over het wijzigen van Europees aanbestede contracten in het sociale domein. Zie <a href="http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf">http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf</a>
116	18	5.3	U geeft aan de mogelijkheid open te houden om de tariefstelling in afstemming met de aanbieders te wijzigen. Mogen wij hier ook uitmaken dat dit ook een tariefverlaging kan inhouden? En wat als aanbieders daar niet mee instemmen als dat zou spelen?	Ja dit is mogelijk. Wij gaan ervan uit dat het overleg resultaat zal bieden.
117	18	5.3	U stelt dat de tariefstelling en wijze van bekostiging in afstemming met de aanbieders gewijzigd kan worden. Stel dat een aanbieder hiermee niet akkoord gaat, wat is dan de vervolgstap?	Wij gaan ervan uit dat het overleg resultaat zal bieden.
118	18	5.3	In de raamovereenkomst zijn tarieven afgesproken. We nemen aan dat tijdens de looptijd de gemeente een tariefwijziging toch niet eenzijdig toepassen, gedurende de loop van de overeenkomst?	De gemeente stelt na overleg het tarief vast.
119	18	5.3	Doelgroepen. Naast de gemeenten kan ook een inwoner met een PGB toch zelfstandig zorg in kopen bij de aanbieder?	Ja dit is correct.
120	18	5.3	Bij de 2e bullit staat dat de gemeenten de mogelijkheid open houden om raamovereenkomsten af te sluiten met niet gecontracteerde aanbieders. Dit verhoudt zich niet met de aard van een aanbestedingstraject en het aanbestedingsrecht. Als de keuze wordt gemaakt voor een aanbestedingstraject dan kunnen partijen die niet mee hebben gedaan aan het aanbestedingstraject later niet toch nog alsnog toegevoegd, waarmee het aantal zorgaanbieders wordt uitgebreid. Wilt u deze bullit schrappen?	Het staat nadrukkelijk benoemd in onze stukken (transparant) en de toelatingseisen blijven voor alle aanbieders gelijk. Door mogelijke wijzigingen in het zorglandschap achten wij dit noodzakelijk. Wij delen de mening van de aanbieder niet. Wij handelen in lijn met de brochure van de VNG over het wijzigen van Europees aanbestede contracten in het sociale domein. Zie <a href="http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf">http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf</a>
121	18	5.3	Is er een opzegmogelijkheid door Opdrachtnemer bij wijziging van de raamovereenkomst door de gemeenten?	Het betreft hier een eenzijdige verlenging dus kan de zorgaanbieder de raamovereenkomst, zonder gewichtige redenen, niet opzeggen.

122	19	5	afbakening is FACT; welke zorg wordt hier bedoeld als deze niet onder de Zorgverzekeringswet valt?	FACT maakt geen onderdeel uit van deze aanbesteding.
123	19	5.3	Afbakening: MST valt onder landelijke afspraak?	Ja.
124	19	5.3.	Wanneer komt het format beschikbaar om de bestaand opdrachten die doorlopen in 2017 te vertalen naar het nieuwe inkoopmodel? En hoeveel tijd krijgen de aanbieders hiervoor? Dit lijkt namelijk de nodige tijdsinvestering te vergen.	Het format komt in het najaar van 2016 beschikbaar. Bij het beschikbaar stellen van het format zal ook een datum worden gesteld.
125	19	5.3	Overgangsrecht. Vraag 1: per wanneer (datum) moeten de betreffende cliënten omgezet zijn? Vraag 2: Op basis waarvan gaat de gemeente het gesprek aan met de aanbieder? Vraag 3: Wie neemt de kosten van deze omzettingsoperatie voor zijn rekening?	Antwoord bij vraag 1. Per 1 januari 2017. Antwoord bij vraag 2. Als er onduidelijkheden zijn dan gaat de gemeente in gesprek met de aanbieder. Antwoord bij vraag 3. De aanbieder.
126	19	5.3	Overgangsrecht: geldt het tweede bolletje (doorlopen van beschikkingen/zorg) ook in de situatie dat een bestaande aanbieder (van voor 31 december 2016) niet inschrijft op deze aanbesteding? Zo nee, hoe lang is dan de overdrachtsperiode?	Ja, tot einde indicatie met een maximum van een jaar.
127	19	5.3	Overgangsrecht: kan een zorgaanbieder ook zelf het initiatief nemen om cliënten (om inhoudelijke redenen) over te dragen aan een andere zorgaanbieder?	Nee, dit gaat altijd via de gemeente.
128	19	5.3	Overgangsrecht: als een zorgaanbieder die nu is aangesloten bij overkoepelende organisatie, zelfstandig gaat aanbesteden, wat is dan de procedure?	Deze zorgaanbieder wordt gezien als nieuwe aanbieder. De keuze voor een aanbieder ligt bij de inwoner. Wanneer er sprake is van een nieuwe zorgaanbieder dient de inwoner een nieuwe indicatie aan te vragen bij de gemeente.
129	19	5.3	De gemeenten Noorderveld en Midden-Drenthe kopen het resultaat 'schoon en leefbaar huis' niet in via deze aanbesteding. Inmiddels heeft de gemeente Midden-Drenthe hiervoor een eigen aanbesteding gepubliceerd. Is ook de gemeente Noorderveld voornemens de dienstverlening voor Huishoudelijke Ondersteuning (1 en 2) zelfstandig in te kopen en hoe?	Wij verzoeken de aanbieder contact op te nemen met de desbetreffende gemeente.
130	19	5.3	Kunnen aanbieders samen met lokale partijen inschrijven?	Ja, dit kan zie paragraaf 5.16.
131	19	5.3	Biedt de raamovereenkomst op korte termijn mogelijkheden voor (door)ontwikkeling van samenwerking met andere gegunde partijen?	Ja.
132	19	5.3	afbakening. Geen bovenregionale zorg. Maar hoe gaat dit eruit zien?	Bovenregionale zorg is geen onderdeel van deze aanbesteding.
133	19	5.3 Overgangsrecht	We zijn een bestaande aanbieder met meerdere Stichtingen. Voor 2015-2016 hebben we aanbesteed als 1 contractpartij. Voor de nieuwe aanbestedingsronde willen we aanbesteden als 2 contractpartijen. Als wat voor soort aanbieder worden we dan gezien?	De juridische entiteit is bepalend voor de beoordeling of er sprake is van wat voor soort aanbieder. Hierbij wordt tevens verwezen naar het gestelde op pagina 19.
134	19	5.3 kopje 'Overgangsrecht'	Gesteld wordt dat gemeenten voor inwoners die al ondersteuning geboden wordt vóór 31-12-2016, er geen resultatenplan wordt opgesteld. Op basis van welke resultaten wordt de aanbieder geacht te sturen?	Wij verwachten van de aanbieder een inschatting van de resultaten op basis van het inkoopmodel. In het najaar komt hiervoor een format beschikbaar.
135	19	5.3 Overgangsrecht - bullit 2	Wanneer komt het nader vast te stellen format beschikbaar?	Het format komt in het najaar van 2016 beschikbaar.

136	19	5.3	(Overgangsrecht) Een bestaande aanbieder kan om hem moverende reden moeten besluiten bij 1 of meerdere gemeenten geen nieuwe overeenkomst aan te gaan voor 2017 e.v. Op basis van de maatwerkvoorzieningen overeenkomst is de aanbieder gehouden om de dienstverlening door te zetten tot een -wel gecontracteerde- opvolgende partij de ondersteuning kan overnemen. Voor Schoon en leefbaar huis is echter terug te vallen op de overeenkomsten HH die met per individuele gemeente zijn afgesloten. Daarin is (Assen en Aa & Hunze) een dergelijke bepaling slechts van toepassing ingeval van tussentijdse beëindiging en niet zo zeer bij de afloop van de overeenkomst, omdat de termijnen van verlenging zijn uit geput. Indien er geen overeenkomst wordt aangegaan voor 2017 is het tarief van de oude HH2 voor ons absoluut zelfs niet kostendekkend. Dat in het belang van continuïteit gewenst is de "oude HH-2" onder de oude voorwaarden door te zetten is hoeft geen probleem te zijn als de het tarief wordt vergoed van € 27,00 per uur voor HH-2. Zijn de gemeenten bereid om in dat geval voor HH-2 een tarief van € 27,00 per uur te vergoeden?	Nee, hier worden separate afspraken voor gemaakt per gemeente.
137	19	5.3	Hierin wordt aangegeven, dat Noordenveld en Midden Drenthe niet meedoen met de inkoop Z5. Van Midden Drenthe hebben wij inmiddels formulieren ontvangen hiervoor. Van Noordenveld echter nog niet. Op welke termijn kunnen wij van het iets ontvangen.	Wij verzoeken de aanbieder contact op te nemen met de desbetreffende gemeente.
138	19	5.3	Aanbieders dienen via een nader vast te stellen format de opdrachten voor ondersteuning te vertalen.....kan hier meer uitleg over gegeven worden? Wanneer is het format vastgesteld? Hoeveel tijd krijgen aanbieders om dit te vertalen?	Er is een format in ontwikkeling. Deze komt in het najaar beschikbaar. Wij verwachten dat aanbieders voldoende tijd krijgen om dit eigen te maken.
139	19	5.3	Overgangsrecht: Is het format overgangsrecht al beschikbaar ? afgesproken inzet op basis van contract 2016 , vertalen naar 2017 dient minimaal dezelfde hoogte tarief te zijn. Klopt dit?	Er is een format in ontwikkeling. Deze komt in het najaar beschikbaar.
140	19	5.3	Overgangsrecht: Gemeenten stellen voor alle nieuwe beschikkingen de hoofd en subresultaten op : is dit haalbaar gezien de huidige situatie van nog niet op orde zijn van de beschikkingen?	Wij achten dit haalbaar.
141	19	5.3	Afbakening; Blijft de bovenregionale zorg wel bovenregionaal ingekocht, en zo nee, hoe gaat dit dan verlopen in Drenthe. Eveneens: Hoe wordt zorg gedragen voor overzicht en voldoende infrastructuur voor de regionale intramurale zorg die de regio Noord /Midden overstijgt?	Bovenregionale zorg blijft bovenregionale zorg.
142	19	5.3 'overgangsrecht'- tweede bull	Hoe lang is het overgangsrecht van toepassing voor cliënten bij aanbieders die na 1 januari 2017 geen raamovereenkomst meer hebben met de betreffende gemeente?	Tot einde indicatie met een maximum tot einde 2017.
143	19	5.3 'Overgangsrecht' - tweede bull	Welke rol neemt de gemeente in bij de overdracht van de cliënten in zorg bij aanbieders die geen contract meer hebben gesloten, aan een andere aanbieder die wel een contract heeft afgesloten.	Dit is de keuzevrijheid van de inwoner eventueel met ondersteuning van de toegang.
144	19	5.3	In het inkoopdocument wordt vermeld dat het hoofdresultaat schoon en leefbaar huis door de gemeenten Noordenveld en Midden-Drenthe niet via deze aanbesteding wordt ingekocht. Kunt u aangeven hoe deze gemeenten dit wel inkopen en hoe wij daarvoor in aanmerking kunnen komen?	Wij verzoeken de aanbieder contact op te nemen met de desbetreffende gemeente.

145	19	5.3	<p>kopje Afbakening. Mondeling is aangegeven dat de academische functie van de aanbieder buiten de aanbesteding valt. Dit staat echter niet specifiek genoemd in het rijtje van zorg die buiten de raamovereenkomst vallen.</p> <p>Kunt u bevestigen dat de inkoop van de academische functie van de aanbieder, onder pagina 19, Afbakening, bullet 2 "ondersteuning waarvoor door de VNG landelijke afspraken gemaakt zijn;" valt, en dus, zoals eerder bevestigd, buiten de aanbesteding / raamovereenkomst valt?</p>	De academische functie valt buiten de aanbesteding.
146	19	afbakening	In de tekstst wordt aangegeven dat de bovenregionale (specialistische) jeugdhulp geen deel uit maakt van de in te kopen zorg. Hoe wordt deze zorg dan wel ingekocht.	Deze zorg wordt door de 12 Drentse gemeenten gezamenlijk ingekocht. Gemeente Hoogeveen is hiervoor penvoerende gemeente.
147	20	5.5	Wat is het adres waar 5 september de pre-bid meeting wordt gehouden?	Raadhuisplein 1 te Beilen, gemeentehuis van Midden Drenthe.
148	20	5.5	Mag de aanbidding vergezeld gaan van toelichtende teksten als seperate bestanden? Of komt hiervoor een aanvullende mogelijkheid	Nee, wij vragen de aanbieder zich aan het format te houden.
149	20	5.5	Op welke wijze dient bijlage 10 ingediend te worden, is een digitale handtekening voorwaardelijk of kunnen er ook gescande documenten met aantekeningen aangeleverd worden ?	De gemeenten willen graag een digitale handtekening. Deze kan als een afbeelding, bijvoorbeeld een fotobestand, in het Excelbestand worden toegevoegd. Houdt wel rekening met de 'grootte' van uw bestanden. Om een goede en foutloze verwerking te realiseren, vragen wij u bijlagen 8 en 10 in te vullen en in Word respectievelijk Excel op te sturen. Deze bijlagen kunnen op de volgende manieren worden ondertekend: 1. doormiddel van een digitale handtekening 2.Het is ook toegestaan om bijlage 8 en 10 te ondertekenen en als PDF-bestand in te scannen en op te sturen. Wellicht ten overvloede dient u naast deze PDF-bestanden dan ook de ingevulde bijlage 8 in Word en bijlage 10 in Excel aan te leveren.
150	20	5.6	Is er bij de pre-bid meeting mogelijkheid om naar aanleiding van de beantwoording van de gemeenten nadere toelichting te vragen? Wij verzoeken u vooraf de concept antwoorden van de gemeenten ontvangen zodat wij goed voorbereid deel kunnen nemen aan de pre-bid meeting. Na de pre-bid meeting en ontvangst van de Nota van inlichtingen is er volgens planning geen mogelijkheid meer voor het stellen van vragen naar aanleiding van de gegeven antwoorden. wij verzoeken u die mogelijkheid wel te bieden, omdat niet is uit te sluiten dat de beantwoording niet de gewenst duidelijkheid biedt. Zijn de gemeenten bereid de aanbieders in de gelegenheid te stellen tot 7 september vragen te stellen naar aanleiding van de antwoorden in de Nota van Inlichtingen?	U ontvangt periodiek een actueel overzicht van de beantwoording van de vragen. Wij streven ernaar vóór de pré-bid bijeenkomst alle gestelde vragen van een antwoord te hebben voorzien en bekend gemaakt. Tijdens de pré-bid meeting zal een nadere toelichting worden gegeven over de gestelde vragen. Na 29 augustus 2016, dus ook op de pre-bid meeting, is er geen mogelijkheid meer voor het stellen van <u>nieuwe</u> vragen. Mochten er na de pre-bid meeting nog onduidelijkheden zijn in de beantwoording dan kunnen de aanbieders hier tot 6 september 10:00 op reageren. De gemeenten geven hier 6 september een reactie op.
151	20	5.8	Is het correct dat voor het indienen van een volledige inschrijving alleen de bijlagen 8, 9 en 10 noodzakelijk zijn?	Dit is correct.
152	21	5.13	Welk "reeds genoemde e-mailadres" wordt hiermee bedoeld? Het e-mailadres in 5.4 of in 5.11 onder a?	nmdinkoop2017@assen.nl
153	22	5.16	Klopt het dat indien voor een zelfstandige inschrijving wordt gekozen, het de aanbieder vrij staat om bijvoorbeeld vrijgevestigde vaktherapeuten in te zetten indien de eigen vaktherapeuten een volle caseload hebben? Daarvoor is toch geen inschrijving nodig met een beroep op derden? Dit omdat dit beroep niet structureel zal zijn: de core business wordt door de aanbieder zelf en zelfstandig verzorgt.	Dit klopt maar de aanbieder blijft verantwoordelijk voor zijn onderaannemers t.a.v. de kwaliteit en het te behalen resultaat.
154	22	5.16	In hoeverre is aanbieder verplicht om de door hem ingeschakelde onderaannemers te melden bij inschrijving?	Er is geen verplichting hierover opgenomen.

155	23	5.16	Wanneer een aanbieder een beroep doet op derden dan moet dit in de Eigen Verklaring worden aangegeven. Hoe verhoudt zich dit tot de paragraaf 3.2 (pagina 13) waarin staat dat wanneer de ondersteuning van een andere aanbieder (ic dus een derde) gewenst is de aanbieder dit zelf kan regelen. Of dit in individuele gevallen nodig is is op voorhand nog niet te zeggen, maar is wel waarschijnlijk. Echter onduidelijk is nog om welke derden dit dan zal gaan. Dit kan dus ook nog niet in de Eigen Verklaring worden aangegeven.	De aanbieder kan een beroep op een derde doen om te voldoen aan de geschiktheidscriteria onder paragraaf 6.2, 6.3 en 6.4. Waar in het aanbestedingsdocument Eigen Verklaring staat dient de aanbieder te lezen Uniform Europees Aanbestedingsdocument, UEA). Als de aanbieder een beroep op een derde doet dan moet de aanbieder dit kenbaar maken in het UEA bij deel 2 C. Bij deel 5 kan de aanbieder aangeven wie deze derde partij is en voor welke geschiktheidseis hij/zij een beroep doet. (De aanbieder heeft gelijk dat de huidige UEA hier niet in voorziet) De derde moet een UEA aanleveren, deel 2 en deel 3 invullen en onder deel 5 aangeven voor welke geschiktheidscriteria een beroep word gedaan en ondertekenen bij deel 6. Een beroep op een derde om te voldoen aan de gestelde criteria/eisen om in te kunnen schrijven op deze aanbesteding staat los van het in onderaanneming wegzetten van werk. De aanbieder kan bij deel 2 D aangeven of hij/zij gebruik maakt van onderaannemers maar deze hoeven niet benoemd te worden. Het is correct dat niet niet in het document kan worden aangegeven.
156	23	6.2	Omdat beide verzekeringen wezenlijk van elkaar verschillen vragen de gemeenten zowel een beroepsaansprakelijkheidsverzekering als een bedrijfsaansprakelijkheids-verzekering. Kunt u aangeven wat de toegevoegde waarde is van een bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering voor een 'GGZ ZZP-praktijk' werkzaam volgens bouwstenen G1, interventieniveau's 4 t/m 6?	De reden waarom wij dit vragen is om de bedrijfsaansprakelijkheid af te dekken.
157	24	6.4	Volstaat een VOG van 26-11-2014? Met andere woorden: hoe oud mag een VOG zijn?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikten over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
158	24	6.4	Hoe kan ik een VOG regelen als volledig zelfstandige?	Het gaat in deze aanbesteding om de VOG voor natuurlijke personen die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoner. Deze VOG dient op of na 1 januari 2014 te zijn afgegeven, maar in ieder geval voor 1 januari 2017. Bij nieuwe medewerkers dient de VOG aanwezig te zijn bij indiensttreding. De gemeenten vragen dus niet om de VOG-rp of de GVA (gedragsverklaring aanbesteden).
159	24	6.4	We schrijven in als combinatie. Als ik het goed gelezen heb, moet iedere deelnemer van de combinatie een VOG kunnen overleggen aangevraagd na 14 juli 2015. Ik neem aan dat dit steeds een VOG NP betreft voor iedere professional. Daarnaast moet er ook een door de rechtspersoon worden aangevraagd. Maar betreft dit een VOG rechtspersoon (RP) of een Gedragsverklaring Aanbesteden (GVA) waarbij degene die optreedt als penvoerder meteen meegescreend wordt, zoals ik begreep van het ministerie. Zij vroegen me nadrukkelijk te vragen wat jullie precies nodig hebben of wat we moeten kunnen overhandigen. Ik kan dit onvoldoende in de stukken terugvinden.	Ja, iedere deelnemer aan een combinatie moet een VOG overleggen. De VOG moet aanwezig zijn bij de contractering. Het gaat om de VOG voor natuurlijke personen die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoner. De gemeenten vragen dus niet om de VOG-rp of de GVA (gedragsverklaring aanbesteden).
160	24	6.4	Wie is aanvragende organisatie? De gemeente of de aanbieder?	De rechtspersoon/aanbieder
161	24	6.4	Geven de gemeenten formulieren af voor het aanvragen van een VOG als opdrachtgever of doen zelfstandigen dit zelf met hun bedrijf als opdrachtgever?	We verwijzen de aanbieder naar het loket van de gemeente waar de rechtspersoon gevestigd is of de persoon zijn domicilie heeft.
162	24	6.4	6.4 veiligheid, punt 13. Op welke wijze ziet men dat aantonen voor zich. Aantonen wordt ook vaker genoemd, kunt u daar waar u dat noemt ook preciezer aangeven hoe u dat verwacht?	Bijvoorbeeld door genomen fysieke maatregelen, het voeren van beleid op veiligheid, protocollen en voorschriften die rond veiligheid zijn opgesteld en scholing, deskundigheidsbevordering van personeel rond veiligheidsaspecten.
163	24	6.4	6.4 doelmatigheid, punt 16 er wordt gevraagd dat gewerkt wordt met bewezen effectieve methoden. Wat wordt hier onder verstaan. Bewezen effectief volgens de effectiviteitsladder van de NJI zijn er nauwelijks bewezen effectieve methoden.	Het bieden van hulpverlening, ondersteuning op basis van een methodiek waarvan is aangetoond dat deze effectief bijdraagt aan het behalen van het gestelde (sub)resultaat en zodanig door de professional wordt toegepast.



164	24	6.4	Aantonen in algemeen zin, als het nog niet duidelijk is hoe vindt dit dan plaats? Hoe gebeurt dit? In samenspraak?	Op verschillende wijze. Op basis van door de aanbieder aangeleverde rapportages en jaarverslagen, via monitoring maar ook in (audit)gesprekken en gezamenlijke trajecten tussen zorgaanbieders en gemeenten gericht op kwaliteitsontwikkeling en transformatie.
165	24	6.4	Onder onderdeel 1.12 verwijst naar landelijke kwaliteitsstandaarden die gelden tijdens de contracttermijn: overige bepalingen 6,4.1 verwijzen niet naar de contacttermijn en zijn vrijwel allemaal ook uitvoeisels van landelijke kwaliteitseisen: waarom zijn de overige bepalingen dan toch nog apart opgenomen....?	Hiervoor is geen specifieke reden. Wij verwachten dat zorgaanbieders aan de in het kwaliteitskader benoemde punten rond veiligheid voldoen ongeacht of deze ook onderdeel uitmaken van de landelijke kwaliteitseisen.
166	24	6.4	Onderdeel 1.2 zegt het volgende: De aanbieder maakt gebruik van een veiligheidsmanagementsysteem om continue risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en beleid vast te leggen.: Bedoelt u continu risico's te signaleren? Of doelt u werkelijk op continue risico's. Daarnaast: bedoelt dat verbeteringen in het beleid dienen te worden vastgelegd? Verzoek om beide zaken te herformuleren.	Herformulering is niet noodzakelijk. Continue moet worden gezien als aanhoudende, terugkerende risico's.
167	24	6.4	Onderdeel 1.9 vraagt naar een actuele en passende VOG: kunt u actueel specificeren (maximaal 3 maanden oud bij indiensttreding) en passend definiëren (voor de te bekleden functie relevant)	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017. De VOG dient passend te zijn voor de werkzaamheden zoals vermeld in het aanbestedingsdocument.
168	24	6.4	Onderdeel 6,4,1,8 en 6,4,21 lijken beiden te doelen op het voldoen aan de norm verantwoorde werktoedeling: verzoek is deze dubbeling te verwijderen. Ook dient er in deze passage naar de bijlage over de norm verantwoorde werktoedeling te worden verwezen.	6.4.1 Veiligheid punt 8 richt zich op veiligheid en is ook van toepassing voor de Wmo. Norm van verantwoorde werktoedeling richt zich op breder handelen van de professional (inclusief veiligheid) en is alleen van toepassing binnen de jeugdwet.
169	24	6.4	Onderdeel 6,4,21 stelt een goede werksfeer als voorwaarde voor de gunning: dat is middels ons MTO prima aantoonbaar, maar wel een vreemde vereiste op deze manier gesteld.	Waarvan akte.
170	24	6.4	wat zijn professionals?	Dit zijn medewerkers die beschikken over de noodzakelijke deskundigheid en opleiding en accreditatie om (bepaalde handelingen binnen) de zorg, hulpverlening te verrichten. De zorg, hulpverlening wordt tegen betaling verricht en uitgevoerd op basis van protocollen en richtlijnen.
171	24	6.4	bevoegd en bekwaam; obv welke eisen moet de aanbieder de bevoegdheid en bekwaamheid toetsen?	Op basis van de wettelijke en in de branche van de aanbieder vastgestelde noodzakelijke opleidingseisen, accreditaties, professionele standaarden en competenties.
172	24	6.4	In kwaliteitseis 1.6 wordt verplicht de veiligheid in te schatten aan de hand van een gestandaardiseerd instrument. In de praktijk (in de JGGZ) vindt standaard een veiligheidsrisico-inschatting plaats. Veiligheid en opvoedingsstijl worden altijd besproken in de onderzoeksfase. Daarbij wordt echter niet altijd standaard gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument. Dit wordt alleen op indicatie gedaan: bij signalen van onveiligheid, bij hoge risico's op onveiligheid of bij twijfel (bijvoorbeeld de LIRIK of een prospectieve risicoanalyse). Voldoen wij hiermee aan de kwaliteitseis? Wij werken conform van de geest van de regel maar willen voorkomen dat het hanteren van het instrument een afvinkement wordt.	Van belang is dat taxatie van veiligheidsrisico's geborgd is binnen de werkprocessen en dit door alle betrokken professionals op een eenduidige wijze wordt toegepast. Of de werkwijze hieraan voldoet kunnen wij op dit moment niet beoordelen. Op dit moment gaan we er vanuit dat veiligheidsrisico's niet in het geding komen door doelmatigheid.

173	24	6.4	In kwaliteitseis 1.9 staat dat de aanbieder met beschikken over een actuele en passende VOG. In de Nota van Inlichtingen van 12 augustus jl. licht u toe dat dit moet gaan om een VOG die na 14 juli 2015 moet zijn aangevraagd. Op 1 januari 2015 beschikten al onze medewerkers over een VOG. De VOG van nieuwe medewerkers is uiteraard van recentere datum en bij een vermoeden dat iemand niet meer voldoet aan de eisen van de VOG vragen wij een nieuw exemplaar. Daarmee voldoen wij aan de kwaliteitseisen zoals gesteld in artikel 4.1.6 van de Jeugdwet. Beseft u dat wij met uw bovenwettelijke eis voor honderden medewerkers een nieuwe VOG dienen aan te vragen á €33,85 en wat dit aan kosten en administratieve lasten met zich meebrengt?	Ja, dat realiseren wij ons. Daarom wijzigen wij de de uiterste ingangsdatum van de VOG naar 1 januari 2014. Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
174	24	6.4	In kwaliteitseis 1.10 wordt gesproken over apparaten. Welke apparaten betreft dit? Beperkt zich deze eis tot apparaten die worden gebruikt door of in het kader van de directe zorg aan onze cliënten? En kan de eis zich beperken tot apparaten waarbij sprake is van veiligheidsrisico's voor de cliënt?	Het gaat hierbij om apparaten waar inwoners mee worden geconfronteerd doordat zij deze zelf gebruiken of in kader van geboden zorg. Ons inziens is het veiligheidsrisico afhankelijk van de situatie en leeftijd van de inwoner en hiermee ter beoordeling van de zorgaanbieder.
175	24	6.4	In kwaliteitseis 1.11 moet de aanbieder aantonen dat afspraken en de wijze waarop met de client wordt gecommuniceerd zijn vastgelegd. Bedoelt u hiermee de dossierverplichtingen zoals die artikel 7.3.8 Jeugdwet c.q. artikel 7:454 BW zijn vastgelegd of bedoelt u hier nog iets anders mee? En zo ja, wilt u dit dan meer concreet beschrijven?	Hierbij gaat het m.n. om de wijze van communiceren met de inwoner zodat voor de inwoner duidelijk is wat er gaat gebeuren en wat de afspraken zijn.
176	24	6.4.6	Op welk niveau is risico- inventarisatie en evaluatie nodig? Op organisatie, cliënt of proces. Graag verduidelijking	Het betreft hier een risicotaxatie op alle drie niveaus.
177	24	6.4.7	Bij een kleinschalige organisatie is multidisciplinair niet van toepassing. <b>Voorstel:</b> multidisciplinair verwijderen.	Bij kleinschalige organisaties kan dit niet van toepassing zijn.
178	24	6.4.7	"Direct optreden": betekent dit 24/7 of de eerstvolgende werkdag?	Dit is ons inziens afhankelijk van de casus.
179	24	6.4.8	Bevoegd en bekwaam is een term die je gebruikt bij voorbehouden en risicovolle handelen, variërend van zwachtelen, tot subcutaan injecteren tot het verstrekken van medicatie. Ik vermoed dat je echter bedoelt dat helder dient te zijn wie binnen de organisatie welke taken uitvoert, vastgelegd in functiebeschrijvingen waarin verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd.	Ja.
180	24	6.4.9.	Wat wordt bedoeld met een "actuele en passende VOG" en voor welke "professionals" is dit van toepassing? In de Nota van Inlichtingen staat dat een VOG na 14 juli 2015 moet zijn aangevraagd, maar hoe lang blijft de VOG dan actueel?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017. De VOG dient passend te zijn voor de werkzaamheden zoals vermeld in het aanbestedingsdocument.
181	24	6.4.9.	Medewerkers leveren bij aanvang dienstverband een actuele VOG in, is dit voldoende?	Ja, voor een nieuwe medewerker is dit voldoende. Voor de huidige medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners geldt dat zij moeten kunnen aantonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
182	24	6.4.9	Een VOG biedt geen garanties, werkt kostenverhogend en is bovenal niet meer wettelijk verplicht binnen de Wmo. Bij ons tekent iedere medewerker bij indiensttreding een Eigen Verklaring waarin hij/zij verklaart dat hij/zij geen strafbare feiten heeft gepleegd die een belemmering vormen voor de werkzaamheden. Uiteraard kunnen wij als werkgever en u als opdrachtgever bij twijfel alsnog aan de medewerker vragen om een VOG aan te vragen en te overleggen. Is dit voldoende en kunt u hiermee de VOG verplichting laten vervallen?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.

183	24	6.4.10	Ik ga ervan uit dat je hier gevaarlijke of risicovolle machines en apparaten bedoelt, zoals kloofmachines, boormachines, grasmaaiers, etc. En niet gewoon 'apparaten'. Een koffiezetapparaat is ook een apparaat... De risicotaxatie wordt niet (alleen) uitgevoerd op omgang en afspraken, maar met name welke cliënten in staat zijn om met welke machines om te gaan. Een cliënt die motorisch niet goed ontwikkeld is, zal je niet achter een cirkelzaag zetten. Deze risico-inventarisatie is onderdeel van de RIE op organisatieniveau. <b>Voorstel:</b> De aanbieder zorgt ervoor dat algemene afspraken en afspraken op cliëntniveau (met behulp van een risico-taxatie) over het gebruik van gevaarlijke machines en apparaten schriftelijk zijn vastgelegd (en regelmatig mondeling toegelicht op het niveau van de cliënt).	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
184	24	6.4.10	Kan hier specifiek aangegeven worden wat hiermee bedoeld wordt?	Het gaat hierbij om apparaten waar inwoners mee worden geconfronteerd doordat zij deze zelf gebruiken of in kader van geboden zorg. Ons inziens is het veiligheidsrisico afhankelijk van de situatie en leeftijd van de inwoner en hiermee ter beoordeling van de zorgaanbieder.
185	24	6.4.11	Afspraken en de wijze van communiceren met de cliënt? Ik vermoed dat je bedoelt: binnen de organisatie zijn afspraken gemaakt over interne en externe communicatie en is de wijze van bejegenen van de cliënt vastgelegd. Tenzij je het (nog steeds) hebt over de afspraken over machines. Dat is dan al getackeld door voorgaande zin door ze schriftelijk vast te leggen.	We komen tot de conclusie dat deze uitleg niet haaks staat op het geen wat hier bedoeld is.
186	24	6.4.12	op welke landelijke kwaliteitsstandaarden doelt u?	Kwaliteitsstandaarden die landelijk gelden en wettelijk zijn vastgelegd.
187	24	6.4.13	De aanbieder kan aantonen dat zij in staat is... <b>Voorstel:</b> een aanbieder kan aantonen dat ze cliënten een veilige leefomgeving biedt.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
188	24	6.4.11 & 6.4.13	U vraagt (bijvoorbeeld in eis nummer 11 en 13) dat de aanbieder zaken aantoont. Op welke manier wilt u dat zien of volstaat een verklaring dat aan de kwaliteitseisen wordt voldaan?	In de aanbesteding volstaat het ondertekenen van bijlage 8 en bijlage 9
189	24	6.4.14	Hoe zit het dan met van en naar de huisarts? van en naar de supermarkt? van en naar de woonlocatie? dagbesteding? etc. de daarbijbehorende risico's? Doordat je het hier specifiek maakt, roept het veel vragen op. Ik kan als cliënt van een fiets afvallen, wat leg ik vast over dat risico? Etc. Wat leg ik vast? <b>Voorstel:</b> de aanbieder kan aantonen dat afspraken rondom (veilig) vervoer naar en van de locatie van de zorgaanbieder op cliëntniveau zijn vastgelegd. Indien de zorgaanbieder zorg draagt voor het vervoer, dan dient deze te beschikken over een tenminste een APK-gekeurde auto en een inzittendenverzekering.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
190	24	6.4.14	Kunt u deze eis nader toelichten.	De aanbieder dient ten alle tijden op schrift aan te kunnen tonen welke afspraken er gemaakt zijn tussen inwoner, aanbieder en gemeente betreffende vervoer.
191	24	6.4	Vanochtend belde ik naar Justis om een VOG aan te vragen. Daar vertelde men dat de aanlevering 6 weken kan duren.... Er zijn 3 soorten VOG, ik neem aan dat jullie de aanbestedingsVOG willen hebben?  Bij Justis werd aangegeven dat de wachttijd 6 weken kan bedragen....	De VOG moet aanwezig zijn bij de contractering. Het gaat om de VOG voor natuurlijke personen die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoner. De gemeenten vragen dus niet om de VOG-rp of de GVA (gedragsverklaring aanbesteden).
192	24	6.4	De aanbieder kan aantonen dat de meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling is geïmplementeerd in de organisatie en gebruikt wordt door de organisatie. Wat wordt bedoeld met implementatie en welke meldcode is van toepassing?	Wij verwijzen de aanbieder hiervoor de naar website van de rijksoverheid, <a href="http://www.rijksoverheid.nl">www.rijksoverheid.nl</a> . Wij gaan ervan uit dat de aanbieder deze meldcodes in de werkprocessen integreert.
193	24	6.4	De aanbieder maakt gebruik van een veiligheidsmanagementsysteem.... Kunt u een voorbeeld geven van een praktisch hanteerbaar systeem voor een 'GGZ ZP-praktijk'?	Nee, dit is de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder.

194	24	6.4	De aanbieder maakt gebruik van een meldingssysteem waarin incidenten en afwijkingen kunnen worden gemeld. Welk meldingssysteem en in welk format?	Nee, dit is de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder.
195	24	6.4	De aanbieder kan aantonen dat veiligheid systematisch wordt besproken in teamvergaderingen, met cliënten en hun verwanten. Hoe ziet u dit concreet voor ogen bij een 'GGZ ZZP-praktijk'?	Nee, dit is de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder.
196	24	6.4	De aanbieder zorgt ervoor dat professionals de veiligheid inschatten aan de hand van een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument. Kunt u een voorbeeld geven voor een praktisch hanteerbaar systeem voor een 'GGZ ZZP-praktijk'?	Nee, dit is de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder.
197	24	6.4	De aanbieder kan aantonen dat alle professionals beschikken over een actuele en passende VOG. Hoe actueel is 'actueel'? Wat is de peildatum?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
198	24	6.4	Wij zijn een landelijke organisatie met ongeveer 3000 medewerkers. Hieronder zijn ook stafleden en ondersteunende diensten die geen contact hebben met cliënten. Voor de medewerkers die na 1 januari 2012 in dienst zijn gekomen hebben wij bij aanvang dienstverband een VOG aangevraagd. Voor de medewerkers die voor die tijd in dienst zijn gekomen hebben wij niet van iedereen een VOG. Verder voldoen wij wel aan alle gestelde eisen. Kunnen wij toch meedoen aan de aanbesteding? Of zijn we door deze eis uitgesloten van deelname? Indien wij toch deel kunnen nemen aan de aanbesteding, wat dienen we dan in te vullen op de UEA bij de vraag of we aan alle gestelde eisen voldoen?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
199	24	6.4	Hier staat beschreven dat alle professionals een actuele en passende VOG moeten bezitten. Geldt dit voor alle medewerkers binnen de organisatie, voor alleen de actieve professionals in het gebied actief en geldt dit ook voor bestuurders? Ook vragen wij ons af wat jullie zien als passend?	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017.
200	24	6.4.9	U heeft het over een passende VOG. Is het screeningsprofiel "Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier" voor alle bouwstenen volgens u volledig passend of bent u van mening dat vervoer en logeren onder de profielen "taxibranch; chauffeurspas" respectievelijk "(vakantie)gastgezinnen, pleeggezinnen en adoptie" vallen.	Alle medewerkers die als professional in welke vorm dan ook ondersteuning bieden aan de inwoners moeten aan kunnen tonen dat zij beschikken over een VOG afgegeven op of na 1 januari 2014, maar in ieder geval voor 1 januari 2017. Het screeningsprofiel zal als bijlage beschikbaar worden gesteld.
201	24 & 26	6.4 punt 13, 34 en 35	Veilige leefomgeving/-klimaat: wanneer acht de gemeente dit 'veilig'? Aan welke eisen moet worden voldaan?	Hierbij gaat het zowel om de fysieke omgeving waarbij de inwoner niet wordt blootgesteld aan onveilige situaties (bijvoorbeeld brandveiligheid, hygiëne) als om de sociale leefomgeving waar inwoners correct en respectvol worden behandeld. Passend bij de leeftijd en ondersteuningsbehoefte van de inwoner.
202	25	2.16	Hoe kun je als ZZP-er een kwaliteitsmanagementsysteem hebben? Is ingeschreven zijn bij een beroepsvereniging (ABvC) en een register voor beroepsbeoefenaren (RBCZ) ook voldoende?	Het uitgangspunt van het kwaliteitskader is het concept 'verantwoorde hulp'. Onder verantwoorde hulp wordt verstaan dat het hulp is van 'goed' niveau; hulp die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht is (en die is afgestemd op de reële behoefte van de inwoner en andere vormen van hulp). Wij vinden het van belang dat ook een ZZP-er, middels een kwaliteitsmanagementsysteem, bewust bezig is met het monitoren, evalueren, doorontwikkelen en borgen van deze kwaliteitsaspecten. Een beroepsvereniging kan hierin mogelijk ondersteunen en adviseren bij het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem.

203	25	2.16	Uit de documenten met betrekking tot de NMD-aanbesteding Wmo & Jeugdwet 2017 blijkt dat ik als zelfstandige kleine ondernemer een kwaliteitssysteem nodig heb. Uit een van de beantwoordingen van een nota van inlichtingen begrijp ik dat een keurmerk ZZP-er Zorg voldoende zou zijn. Deze kan ik aanvragen en daarmee een registratie verkrijgen, maar ik kan pas na 1 jaar een certificaat daarvan ontvangen. Uiteraard voldoe ik op dit moment aan de eisen die mijn eigen beroepsvereniging aan mij en mijn praktijk stelt. Is dat voldoende of moet ik het keurmerk aanvragen om in aanmerking te kunnen komen voor een contract? En is het noodzakelijk om het certificaat al te hebben of is in eerste instantie een registratie voldoende?	Op voorhand kunnen wij hier geen uitspraken over doen. Wij verzoeken de aanbieder bijlage 8, 9 en 10 in te leveren ter beoordeling.
204	25	6.4	De aanbieder kan aantonen dat de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) op verschillende niveaus waarneembaar is (cliëntniveau, teamniveau en organisatieniveau). Kunt u een voorbeeld geven voor een praktisch hanteerbaar systeem voor een 'GGZ ZZP-praktijk'?	Het uitgangspunt van het kwaliteitskader is het concept 'verantwoorde hulp'. Onder verantwoorde hulp wordt verstaan dat het hulp is van 'goed' niveau; hulp die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht is (en die is afgestemd op de reële behoefte van de inwoner en andere vormen van hulp). Wij vinden het van belang dat ook een ZZP-er, middels een kwaliteitsmanagementsysteem, bewust bezig is met het monitoren, evalueren, doorontwikkelen en borgen van deze kwaliteitsaspecten. Een beroepsvereniging kan hierin mogelijk ondersteunen en adviseren bij het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem.
205	25	6.4	We werken volgens een eigen kwaliteitsmanagementsysteem wat momenteel omgebouwd wordt naar HKZ 'Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening'. De audit en certificering door DNV-GL is gepland op februari 2017. Middels de overeenkomst met DNV-GL kunnen we dit aantonen. Voldoet dit aan de eisen van de gemeenten?	Op voorhand kunnen wij hier geen uitspraken over doen. Wij verzoeken de aanbieder bijlage 8, 9 en 10 in te leveren ter beoordeling.
206	25	6.4.15	Toedienen van medicatie is wel degelijk van toepassing op Wmo. Sterker nog, is van toepassing op ELKE cliënt. <b>Voorstel:</b> De aanbieder kan aantonen dat zij beschikt over bevoegd en bekwaam personeel voor het aanreiken of toedienen van medicatie, heeft vastgelegd wie voor welk deel van het medicatieproces verantwoordelijk is, heeft haar uitgangspunten in medicatiebeleid vastgelegd, en werkt volgens de veldnorm 'Veilige principes in de Medicatieketen'.	Hetgeen in de toelichting staat ("Niet van toepassing voor de Wmo") dient als niet genoteerd beschouwd te worden.
207	25	6.4.16	In de inleidende tekst geef je aan dat 'ze beschikt over' een kwaliteitssysteem/eigen deugdelijk systeem en hanteert dit. Dit hoeft niet getoetst te zijn. Onder het vierde bolletje geef je echter aan dat het eigen systeem door een externe onafhankelijke partij getoetst moet zijn. Dit is een discrepantie. <b>Voorstel:</b> toetsing weg laten.	We kunnen ons niet vinden in deze opvatting.
208	25	6.4.16	Een opmerking bij kwaliteitseisen groep 2 eis 16 (en "Bijlage 8"). "ISO" is geen kwaliteitssysteem maar is de Internationale Organisatie voor Standaardisatie. "ISO 9001:2008" is een internationale norm voor kwaliteitsmanagement. HKZ bevat de ISO 9001 norm en meer, met een focus op de zorg.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.

209	25	6.4.16	Een verzoek bij kwaliteitseisen groep 2 eis 16 (en "Bijlage 8"). Een "Toegelaten Zorginstelling" volgens de WTZi levert zorg volgens de Zorgverzekeringswet of de Wet Langdurige Zorg. Het CIBG toetst de instelling en stelt daarbij kwaliteitseisen, i.s.m. de Inspectie voor Gezondheidszorg, zie www.WTZi.nl. Kleinschalige zorgprofessionals kunnen als ze ZZP'er zijn werken volgens het Kiwa "Keurmerk ZZP'er Zorg" (dus niet "Keurmerk ZZP-ers Thuiszorg", zie www.MijnKeurmerk.nl). Iets grotere kleinschalige zorgprofessionals zijn over het algemeen vanwege de schaalgrootte en de hoge jaarlijkse kosten niet in staat om HKZ te halen, maar wel "Toegelaten Zorginstelling volgens de WTZi" te worden. Als vertegenwoordiger van een grote groep kleinschalige zorgprofessionals stel ik voor "Toegelaten Zorginstelling volgens de WTZi" toe te voegen aan het lijstje van eis 16 (en dus ook aan "Bijlage 8").	Het door de aanbieder gestelde is juist. Het WTZi valt onder het gestelde in paragraaf 6.4.16.
210	25	6.4.16	De gemaakte afspraken worden 'regelmatig' besproken. Dit is niet SMART geformuleerd. Voor volwassenen geldt wettelijk dat de begeleidingsplannen minimaal jaarlijks, en voor jeugd minimaal twee keer per jaar met de cliënt en (waar van toepassing) diens wettelijk vertegenwoordiger wordt besproken. Het is vrij gebruikelijk om elk kwartaal kort te evalueren wat de stand van zaken is. Voorstel: de aanbieder kan aantonen dat het begeleidingsplan minimaal jaarlijks (twee keer per jaar bij een jeugdige) tussen zorgaanbieder en cliënt geëvalueerd wordt, dat gemaakte afspraken tussen zorgaanbieder en cliënt periodiek worden besproken en kan aantonen dat afspraken waar nodig worden bijgesteld. Een opmerking bij kwaliteitseisen groep 2 eis 16 (en "Bijlage 8"). "ISO" is geen kwaliteitssysteem maar is de Internationale Organisatie voor Standardisatie. "ISO 9001:2008" is een internationale norm voor kwaliteitsmanagement. HKZ bevat de ISO 9001 norm en meer, met een focus op de zorg.	We houden ons aan de wettelijke eisen. Er volgt nog een beschrijving van het werkproces.
211	25	6.4.16	De wet eist een werkend kwaliteitssysteem en de door u aangegeven standaarden zijn daar slechts ten dele voorbeelden van. Het keurmerk ZZP'er in de (thuis)zorg omvat geen werkend kwaliteitssysteem en zegt uitsluitend iets over de professionaliteit van de zorgverlener. Indien u dit keurmerk echter wel voldoende acht (en daarmee de wet niet respecteert) zijn wij van mening dat ook een bij het registerplein (www.registerplein.nl) geregistreerde sociaal professional deze kwalificatie zou dienen te krijgen.	Op voorhand kunnen wij hier geen uitspraken over doen. Wij verzoeken de aanbieder bijlage 8, 9 en 10 in te leveren ter beoordeling.
212	25	6.4.17	Waarom zijn bewezen interventies niet van toepassing op Wmo? Definieer welke bewezen effectieve interventies die zouden moeten zijn?	Bij Wmo aanbieders checken we niet op het feit of ze werken met bewezen interventies.
213	25	6.4.17	Wat is een 'interventie' volgens jullie definitie?	Een actieve handeling om een probleem op te lossen. Dit kan ook ongevraagd zijn.
214	25	6.4.17	U vraagt in alle gevallen de inzet van bewezen effectieve interventies. In uw aanbesteding zijn bouwstenen waarvoor de database van het Nederlands Jeugdinstituut geen interventies bevat. Denk hierbij aan respijtzorg (logeren). Naar onze mening is de bepaling 17 dus niet op alle bouwstenen toepasbaar. Kunt u de bepaling nader toelichten.	Effectief bewezen interventies hebben met name betrekking op behandeling van jeugdigen.
215	25	6.4.20	Definieer deskundig. Is bijvoorbeeld een relevante opleiding verplicht? Is een ouder met een zoon met een autistische stoornis 'deskundig'? <b>Voorstel:</b> de aanbieder is in staat de beschikbaarheid en deskundigheid aan te tonen in relatie tot de zorgvragen van de doelgroep, en heeft het minimale opleidingsniveau van de functies binnen haar organisatie vastgelegd.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.

216	25	6.4.21	Naast de in de norm verantwoorde werktoedeling aangegeven SKJ geregistreerde zorgprofessional bestaat er ook het registerplein voor de sociaal professional. Wij verzoeken u deze registratie ook als bewijs van professionaliteit toe te laten. Verder zijn wij van mening dat de registratie ZP-er in de zorg hier, in tegenstelling tot 6.4.16, wel op zijn plaats is.	Het registerplein kan geen vervanging zijn voor het SKJ. Professionals die werken binnen de jeugdhulp dienen te voldoen aan de norm van verantwoorde werktoedeling.
217	25	6.4.23	De gemaakte afspraken worden 'regelmatig' besproken. Dit is niet SMART geformuleerd. Voor volwassenen geldt wettelijk dat de begeleidingsplannen minimaal jaarlijks, en voor jeugd minimaal twee keer per jaar met de cliënt en (waar van toepassing) diens wettelijk vertegenwoordiger wordt besproken. Het is vrij gebruikelijk om elk kwartaal kort te evalueren wat de stand van zaken is. <b>Voorstel:</b> de aanbieder kan aantonen dat het begeleidingsplan minimaal jaarlijks (twee keer per jaar bij een jeugdige) tussen zorgaanbieder en cliënt geëvalueerd wordt, dat gemaakte afspraken tussen zorgaanbieder en cliënt periodiek worden besproken en kan aantonen dat afspraken waar nodig worden bijgesteld.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
218	25	6.4.26.	Wat wordt hier bedoeld met "keuzevrijheid"? Die wordt beperkt door de opdracht die de gemeente aan de aanbieder geeft en de organisatorische randvoorwaarden waarbinnen de dienstverlening wordt verleend.	Hiermee wordt de keuzevrijheid van de inwoner vastgelegd.
219	26	6.4.29	Wie kan beroep doen op een professionele instantie, ik ga ervan uit dat je de cliënt bedoelt? De aanbieder kan dit simpel aantonen door te verwijzen naar een website van de gemeente (WMO loket), een crisisdienst, etc.	Ja, we bedoelen de client ofwel in het aanbestedingsdocument de inwoner.
220	26	6.4.29	Wat is het doel van deze eis?	Het doel van de eis is ervoor te zorgen dat de inwoner niet tussen wal en schip raakt.
221	26	6.4.29	Ook als er geen risico's zijn, kan de cliënt dan ook beroep doen op?	Een inwoner kan zich altijd wenden tot een professionele organisatie.
222	26	6.4.29	Verder is wettelijk gezien de aanbieder niet verantwoordelijk wanneer de cliënt de zorg op zegt, het lijkt me dat de gemeente deze verantwoordelijkheid heeft. Ik vermoed dat je doelt op overdracht naar een andere zorgaanbieder, of wanneer er zorgen/risico's rondom een cliënt bestaan dat de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid heeft om hiervan melding te doen. Of dit bij een 'professionele instantie' moet zijn of bij de gemeente (lijkt me) moet verduidelijkt worden in de tekst. Ik begrijp de achterliggende gedachte niet goed is. Je kunt in elk geval eisen dat een zorgaanbieder meewerkt aan een overdracht aan een andere zorgaanbieder wanneer de cliënt daar naartoe vertrekt.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
223	26	6.4.29	Geldt dit ook als de periode van ondersteuning is afgelopen en geen nieuwe beschikking wordt afgegeven? Is dit dan niet de verantwoordelijkheid van de gemeente?	Wij zien dit als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.
224	26	6.4.30.	Bij de evaluatiemomenten staat: "met de cliënt en zijn naasten". Moet er verplicht een naaste bij de evaluatie zijn? In hoeverre is dat in lijn met de visie dat de inwoner zelf de regie voert en houdt? En wat als de cliënt aangeeft dat hij/zij geen betrokkenheid van naasten bij de evaluatie wil?	Dit is niet verplicht. Het is de vrijheid van de inwoner zelf tenzij wettelijk verplicht.
225	26	6.4.33.	De nieuwe Wkkgz bevat niet meer de eis van een onafhankelijke klachtencommissie, maar zegt: "De zorgaanbieder treft, rekening houdende met de aard van de zorg en de categorie van cliënten waaraan zorg wordt verleend, schriftelijk een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van hem betreffende klachten." Wilt u de bepalingen in het inkoopdocument over de klachtenbehandeling hierop afstemmen?	Wij nemen uw suggestie niet over en houden vast aan de eis van een onafhankelijke klachtencommissie.
226	26	6.4.34	De aanbieder kan aantonen dat zij in staat is... <b>Voorstel:</b> een aanbieder kan aantonen dat ze cliënten een veilige leefomgeving biedt.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.
227	26	6.4.35	De aanbieder kan aantonen dat zij in staat is... <b>Voorstel:</b> een aanbieder kan aantonen dat ze cliënten een veilige leefomgeving biedt.	We kunnen ons vinden in deze tekstuele uitleg maar zien geen aanleiding om hiervoor de tekst aan te passen.

228	26	Kwaliteitseisen: eis 35.	Kunt u deze eis nader toelichten.	Ons inziens is en toelichting op deze kwaliteitseis niet nodig en spreekt de omschrijving voor zich.
229	26	6.4	De aanbieder kan aantonen dat ze beschikt over een representatieve cliëntenraad en faciliteert deze raad zodat ze kan functioneren. Geldt dit ook voor een 'GGZ ZZP-praktijk'?	Een cliëntenraad is mogelijk niet haalbaar. Als ZZP er is het wel mogelijk om klanttevredenheid te meten en vast te leggen op welke wijze inwoners input kunnen leveren op de werkwijze van de ZZP er, hoe vaak dit in de praktijk gebeurd en wat er met deze input gedaan wordt.
230	26	6.4	cliëntgerichtheid, punt 28, valt onder naasten ook de voogd of gezinsvoogd?	Ja.
231	26	6.4	In kwaliteitseis 1.29 staat dat bij voortijdige beëindiging wordt afstemming met de gemeente vereist. Dit is alleen mogelijk wanneer de cliënt hiermee akkoord is of een situatie van conflict van plichten aanwezig is. Wilt u dit nuanceren in de Nota van Inlichtingen?	Een nuance lijkt ons niet noodzakelijk. We gaan ervan uit dat er waar mogelijk afstemming plaatsvindt.
232	27	6.8 Monitoring	Is de beschrijving onder de 3 niveaus de gegevens en informatie die aangeleverd moet worden?	Voor nadere uitleg wordt de aanbieder verwezen naar de uitleg op pagina 28.
233	27	6.5	In de NvI staat dat de gemeente het "wenselijk" vindt dat voor chauffeurs de VOG elke 5 jaar wordt vernieuwd. Kunt u dit nader motiveren?	Dit is een eis die we niet nader gaan motiveren. Wenselijk kan als niet geschreven beschouwd worden.
234	27	6.6	Wat wordt er precies bedoeld met 6.6 Social Return? Voor wie of welke aanbieders is dit van toepassing? Kunt u dit punt nadrukkelijker toelichten?	Afspraken over Social Return hebben als doel een bijdrage te leveren aan het vergroten van de arbeidsparticipatie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit is van toepassing voor alle aanbieders.
235	27	6.6	Gemeenten en aanbieders gaan met elkaar in gesprek om de mogelijkheden te onderzoeken en afspraken te maken met betrekking tot social return, waarbij het streven is om 5% van de opdrachtwaarde in te zetten voor social return. Kunt u aangeven wat wordt bedoeld met social return? Zie ook bijlage 8, bladzijde 73!	Afspraken over Social Return hebben als doel een bijdrage te leveren aan het vergroten van de arbeidsparticipatie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit is van toepassing voor alle aanbieders.
236	27	6.6	Streven is dat Opdrachtnemer d.m.v. social return jaarlijks een percentage van 5% van de opdrachtwaarde inzet. Wij bemerken in de praktijk dat het woord opdrachtwaarde weleens leidt tot verwarring. Onder opdrachtwaarde wordt namelijk ook weleens de volledige opdracht binnen de gemeente of voor ons als aanbieder bedoeld. Is het wellicht mogelijk om hier gerealiseerde omzet of loonsom van de desbetreffende aanbieder te maken binnen deze opdracht?	SROI is van toepassing op de gerealiseerde omzet bij de deelnemende gemeenten.
237	27	6.6	Wij zijn in het bezit van een PSO certificaat trede 3 waaruit blijkt dat wij ons maximaal en succesvol inzetten t.b.v. SROI. Landelijk is 10% van onze inzet voor Social Return. Uiteraard zetten wij deze werkwijze ook in uw gemeente voort. Is dit PSO certificaat voldoende bewijslast van onze inspanning en kunt u hiermee voor ons de eis van SROI laten vervallen? Daarnaast geven wij u in overweging om deze bepaling op te nemen in de raamovereenkomst ten behoeve van de leesbaarheid en volledigheid.	Het PSO certificaat is geen bewijs dat de aanbieder aan deze norm voldoet.
238	27	6.6	kan aangegeven worden wat de gemeente daarin verwacht en hoe men dat ziet in een krimpende arbeidsmarkt. Tellen medewerkers die boventallig zijn ook mee in de telling?	Boventalligheid wordt hierin niet meegenomen.
239	27	6.5.	Hier staat dat de VOG-verklaring voor chauffeurs elke 5 jaar moet worden vernieuwd. Wij kennen geen precedent van deze bepaling. Wat is de argumentatie voor deze bepaling en is dit haalbaar?	De gemeente acht dit wenselijk.
240	27	6.6	Streven om 5 % van de opdrachtwaarde om te zetten voor social return, kan dit duidelijker worden beschreven?	Afspraken over Social Return hebben als doel een bijdrage te leveren aan het vergroten van de arbeidsparticipatie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Dit is van toepassing voor alle aanbieders.



241	27	6.5	Om de kosten van het vervoer hanteerbaar te houden, maken wij in een aantal gevallen gebruik van vrijwilligers. Als wij de door de gemeente eisen moeten hanteren, zullen de vervoerskosten enorm stijgen. Wij verzoeken de gemeente de eisen voor vervoer te verlagen.	De eisen met betrekking tot het vervoer worden niet verlaagd, omdat de gemeenten de veiligheid van het vervoer van groot belang achten. Voor vervoer geldt dat de gemeenten het principe hanteren van eigen kracht van de inwoner en zijn of haar omgeving. Als bovenstaande niet aanwezig is of lukt dan zijn de kosten van het vervoer voor de aanbieder. Deze kosten mogen niet afzonderlijk gefactureerd worden. Er is sprake van een all-in tarief waarop ingeschreven wordt (aanbestedingsdocument paragraaf 3.1). Hierop worden geen uitzonderingen gemaakt.
242	27	6.7	Contractbeheer etc; betekent dat relatiemanagement met alle gemeenten apart plaatsvindt of heb je als aanbieder allen met het gezamenlijk accountteam van doen? indien sprake is van een account team wat is dan de rol en wat zijn de verantwoordelijkheden van een dergelijk team. Hoe is de relatie met de eindverantwoordelijken van de betreffende gemeenten?	Over de invulling van het contractmanagement worden aanbieders nader geïnformeerd.
243	27	6.8	Monitoring vindt plaats op drie niveaus: gemeente, Drenthe, landelijk. Aanbieders leveren hiervoor gegevens en informatie aan. Kunt u concreet aangeven welke monitoring van toepassing is voor ieder niveau, inclusief inhoud en frequentie hiervan? De ervaring heeft ons geleerd dat dit een enorme belasting is op de bedrijfsvoering van een 'ZZP-praktijk'!!	De uitleg die gegeven is in paragraaf 6.8 op pagina 28 en 29 van het aanbestedingsdocument is toereikend. Hierbij wordt ook verwezen naar paragraaf 6.10 van het aanbestedingsdocument.
244	27	6.8	Verwijzingen huisarts/jeugdarts. Is daarnaast een aparte beschikking nodig of start de hulp op basis van de verwijzing (en de omzetting naar resultaatgebied). Wat is de rol van de gemeente in deze?	Aanbieders jeugdwet dienen binnen 15 dagen na verwijzing door derden het verzoek tot toewijzing (315) te versturen.
245	27	6.8	Wat verstaat de gemeente onder landelijke kwaliteitsmonitoring en effectiviteitsmetingen, door wie en voor wie?	Dit zal door de wetgever nog nader worden bepaald. Wij zullen aanbieders hierover t.z.t. nader informeren.
246	27	6.8	welk deel van de tijd die met de opdracht is gemoeid, kan/moet de aanbieder hieraan besteden?	Deelname aan monitoring maakt onderdeel uit van de opdracht. Een specifieke tijdsinvestering is niet op te geven.
247	27	6.8	Het inkoopdocument leunt sterk op de resultaatgebieden van de ZRM. Dat is op zich wel fraai en consequent. Wat mij verbaast is dat in het hele document slechts twee regels worden gewijd aan monitoren van bereikte resultaten. Men noemt enkel dat aanbieders gegevens aanleveren. Welke gegevens? Hoe vaak? Speelt de ZRM een rol van betekenis in het monitoren en waarom staat daar hier zo weinig over?	De ZRM speelt een rol in de monitoring maar is niet de basis voor dit inkoopmodel.
248	28	6.8	De gemeenten verwachten van aanbieders dat ze deelnemen aan landelijke kwaliteitsmonitoring en effectiviteitsmetingen. Is dit een verwachting of een dwingende eis? M.a.w. wat zijn de gevolgen bij niet deelnemen?	Dit is een dwingende eis. De gevolgen zijn mogelijk een ontbinding van het contract.
249	28	6.8	Gemeente, 2e bullit: Wordt in deze gevallen geen resultaatplan door de gemeente opgesteld? Hoe behoudt de gemeente hier haar regiefunctie?	Hier wordt geen resultatenplan opgesteld door de gemeente. We behouden onze regiefunctie doordat de aanbieder ons laat weten met welke resultaten hij aan de slag gaat. Ook is er een tussentijdse evaluatie.
250	28	6.8	Wat is het Factlab?	Het Factlab is een 'gegevenslaboratorium' waarin maatschappelijke organisaties en gemeente de gegevens over de voorzieningen die zij leveren in huishoudens met elkaar delen. Het doel is om vast te stellen hoeveel huishoudens een beroep doen op een voorziening en wat de samenloop is van voorzieningen per huishoudens. Zo ontstaat inzicht in de omvang en soort samenloop van voorzieningen. En valt met meer zekerheid iets te zeggen over nut en noodzaak van een integrale benadering van huishoudens.

251	28	6.8	wat is Factlab?	Het Factlab is een 'gegevenslaboratorium' waarin maatschappelijke organisaties en gemeente de gegevens over de voorzieningen die zij leveren in huishoudens met elkaar delen. Het doel is om vast te stellen hoeveel huishoudens een beroep doen op een voorziening en wat de samenloop is van voorzieningen per huishouden. Zo ontstaat inzicht in de omvang en soort samenloop van voorzieningen. En valt met meer zekerheid iets te zeggen over nut en noodzaak van een integrale benadering van huishoudens.
252	28	6.9	Kwartaal gegevens productie binnen 14 dagen. Verzoek is dit zoals nu na een maand te doen, ook ivm het doorlopen van een zorgvuldige interne AO/IC.	De periode wordt aangepast naar een termijn van 30 dagen na afloop van het kwartaal.
253	28	6.9.	De termijn van 14 dagen na afloop van het kwartaal om de productiegegevens beschikbaar te stellen is erg kort. Dit is bovendien niet consistent met de termijn van 30 dagen voor de iWmo-berichtgeving (6.10). Kunnen deze termijnen geuniformeerd worden naar 30 dagen?	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
254	28	6.9.	Wat is de ratio van een (handmatige) aanlevering van productiegegevens per kwartaal als de informatie over de geleverde ondersteuning ook al maandelijks via iWmo wordt verstrekt? Kan in het kader van de beperking van de administratieve lasten de kwartaalaanlevering niet vervallen?	Het betreft de niet client gebonden gegevens. De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
255	28	6.9	De gemeenten kunnen bij de overige aanbieders een jaarrekening / productieverantwoording / financieel verslag / accountantsverklaring over enig jaar opvragen. Aanbieders dienen deze binnen 14 dagen na het verzoek aan te leveren. Voor een 'GGZ ZZP-praktijk' met een relatief geringe omzet (< € 15.000, voor Jeugdzorg) is dit een zware belasting op de bedrijfsvoering. Daarnaast is een termijn van 14 dagen na verzoek een haast onmogelijk opgave. Kan deze paragraaf voor een 'GGZ ZZP-praktijk' van geringe omvang worden 'geskipt'? Er vindt namelijk al monitoring genoeg plaats, zie vraagnummer 11.	De gemeente houdt zich het recht voor om de rechtmatigheid te controleren en gaat hier in redelijkheid en billijkheid mee om.
256	28	6.9	Aanbieders dienen per kwartaal productiegegevens te overleggen conform het beschikbaar te stellen format. Deze productiegegevens worden uiterlijk 14 dagen na afloop van het betreffende kwartaal beschikbaar gesteld. Zie voor opmerking hierover ook vraag 10 en 11. In welk (concreet) format?	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
257	28	6.9	Gemeenten kunnen bij aanbieders tussentijds (productie-)gegevens opvragen. Aanbieders dienen deze binnen 14 dagen na het verzoek aan te leveren. Dit is een 'open-einde' eis! Graag deze paragraaf 'skippen'!	Deze paragraaf wordt niet verwijderd. De aanbieders dienen deze gegevens binnen 30 dagen aan te leveren.
258	28	6.9	Verantwoording; Bij een omzet uit jeugdhulpactiviteiten van minder dan € 100.000 is het voldoen aan de IZA accountantsprotocol dus geen verplichting?	Het IZA accountantsprotocol is alleen verplicht bij een jaarmzet hoger dan 100.000 euro in de gemeenten.
259	28	6.9	De gemeenten kunnen bij de overige aanbieders een jaarrekening / productieverantwoording / financieel verslag / accountantsverklaring over enig jaar opvragen. Aanbieders dienen deze binnen 14 dagen na het verzoek aan te leveren. In het kader van verlichting van de administratieve lasten verzoeken wij u deze van de website van het CIBG (vallend onder MinVWS) <a href="http://www.jaarverslagenzorg.nl">www.jaarverslagenzorg.nl</a> te downloaden. Conform landelijke richtlijnen dienen alle zorginstellingen op deze website voor 1 juni hun jaarverslagen te publiceren.	Dit is niet akkoord. Als de gemeenten het nodig achten om dergelijke gegevens op te vragen dan zullen wij een termijn van 30 dagen hanteren.
260	28	6.9	De gemeenten kunnen bij de overige aanbieders een jaarrekening / productieverantwoording / financieel verslag / accountantsverklaring over enig jaar opvragen. Aanbieders dienen deze binnen 14 dagen na het verzoek aan te leveren. Wij verzoeken u deze bepaling zodanig te wijzigen dat duidelijk is dat het alleen betrekking heeft op de onderhavige contractperiode en niet over voorgaande jaren.	Wij kunnen ons vinden in deze suggestie.
261	28	6.9	het aanleveren van productiegegevens per kwartaal binnen 14 dagen na afloop van het kwartaal is wel zeer krap. Voorstel is om dit voor de 20e van de maand te doen	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.

262	28	6.9	1) Zijn er al gedachten hoe de gezamenlijke ontwikkelopdracht eruit gaat zien en hoe de planning daarvan gaat worden? 2) Per kwartaal moet volgens een format productiegegevens aangeleverd worden. Is dat format al bekend? Hoe verhoudt dit aanleveren van info volgens een vast format zich tot de eerste volzin van paragraaf 6.9 waarin sprake is van de gezamenlijke ontwikkelopdracht formuleren en uitwerken inzake de verantwoording. 3) Moet in hoofdlijnen op regio niveau informatie worden aangeleverd?	1. Wij komen in een later stadium terug op de ontwikkelopdracht. 2. De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen. 3. Dit is aanlevering per gemeente.
263	28	6.9	In de tekst staat: Elke aanbieder die in de gemeenten een jaaromzet genereert van € 100.000 of meer is verplicht om te voldoen aan het voornoemde accountantsprotocol.	Dit is correct.
264	28	6.9	U stelt de eis dat aanbieders de gemeente actief melding doen van het ontstaan van eventuele wachtlijsten. Wat is uw definitie van wachtlijst en welke termijnen hanteert u daarbij?	Onze definitie van een wachtlijst zijn inwoners die wachten op zorg maar waarvoor wel een indicatie is afgegeven. Wij hanteren hiervoor de landelijke richtlijnen.
265	28	6.9	De eis om productiegegevens binnen 14 dagen na afloop ter beschikking te stellen is in de praktijk niet haalbaar. Wij verwijzen daarbij ook naar andere regio's waarin een termijn van 30 dagen wordt gehanteerd (oa gemeenten in de regio Zuid-Drenthe) Wilt u deze termijn wijzigen in 30 dagen?	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
266	28	6.9	Het accountantsprotocol en de oplevering van de productieverantwoording en de productieverklaring: 1. Betekent dit dat een verantwoording zonder accountantsverklaring opgeleverd moet worden op 1 maart? 2. Betekent dat de accountantsverklaring over de productie moet worden opgeleverd voor of op 1 april? 3. Kan de opleverdatum van de accountantsverklaring op 1 juni worden gesteld: dit is passend bij het reguliere proces van de jaarrekening van een zorginstelling.	1. In het protocol worden de deadline voor productieverantwoording uiterlijk 1 maart gesteld en de verklaring uiterlijk 1 april. 2. verklaring moet uiterlijk 1 april aangeleverd zijn. 3. Conform protocol kan hier niet van worden afgeweken.
267	28	6.9	Op de eerder gestelde vraag of termijn van 14 dagen voor het aanleveren van de productiegegevens kan worden geharmoniseerd met de termijn van 30 dagen voor de iWmo berichtgeving, antwoordt u in de Nvl dat u vasthoudt aan de termijn van 14 dagen. Dit echter zonder motivatie. Wij verzoeken alsnog om een nadere motivatie, gezien het belang van beperking van de administratieve lasten.	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
268	28	6.9	In het kader van de beperking van de administratieve lasten hebben wij gevraagd of de kwartaalanlevering van de productiegegevens niet kan vervallen als die gegevens ook al maandelijks via iWmo worden versterkt. In de Nvl zegt u daarop dat het aanleveren van productiegegevens de verantwoordelijkheid van de aanbieder is. Dat is natuurlijk juist, maar dat laat de vraag onverlet wat de ratio is van het apart laten opleveren van de kwartaalgegevens. Graag alsnog een antwoord op die vraag.	De productiegegevens zullen wij uit onze bestaande systemen halen.
269	28	6.10	Wat zijn de kosten om VECOZO aan te schaffen?	Zie hiervoor de website van VECOZO. <a href="http://www.vecozo.nl">www.vecozo.nl</a>
270	28	6.10	Heben jullie VECOZO al zover klaar dat de facturatie gelijk kan beginnen of het het net zo moeizaam als in de provincie Groningen?	Mocht VECOZO volgens de aanbieder niet naar behoren werken dan kan deze contact opnemen met de opdrachtgever.
271	28	6.10	Als VECOZO nog niet klaar is, kan facturatie dan via mail of via voorschotten?	Mocht VECOZO volgens de aanbieder niet naar behoren werken dan kan deze contact opnemen met de opdrachtgever.
272	28	6.10	Kan de aanbieder met één of meerdere AGB-codes declareren? Kunt u dit aanpassen naar meerdere AGB-codes?	Wij gaan uit van één unieke AGB-code.
273	28	6.10	U verwacht dat wij aangesloten zijn op iWMO. Kunnen wij er vanuit gaan dat uw gemeenten ook allemaal berichtenverkeer verzenden via Vecozo en het GGK en dat er geen handmatige facturen verstuurd hoeven worden?	Dit klopt.
274	28	6.10	Krijgt de aanbieder die is aangesloten op Vecozo de toewijzing van een cliënt via een bericht van Vecozo of via een Istandaard bericht	De aanbieder krijgt een istandaarden-bericht 301 via Vecozo.

275	28-29	6.10	welke informatie over de geleverde ondersteuning moet worden aangeleverd (binnen 30 dagen), anders dan het indienen van declaraties binnen 2 maanden na de declaratieperiode?	Dit wordt nog nader bepaald.
276	28-29	6.1	o Aanlevering CAK. Klopt het dat voor de Jeugd niks aangeleverd hoeft te worden en dat voor WMO Beschermd Wonen gemeenten dit zelf aanleveren? Net als in 2015/2016. Alleen voor 18+ cliënten die begeleiding ontvangen moeten wij aanleveren (WMO maatwerk voorziening)?	We maken gebruik van de uitvoeringsvariant "outcome". Dit houdt in dat de CAK aanlevering ook voor 18+ cliënten(WMO-maatwerk) door de gemeente gedaan wordt.
277	28-29	6.1	o Welke productcodes gaat gelden per product? Worden de landelijk vastgestelde gehanteerd?	De zorgaanbieder wordt hierover tijdig geïnformeerd. We hanteren de landelijke productcode tabel voor iWMO en iJW
278	28-32	6.1	o Wat is het Drentse verwijzindex? Welke link heeft dit met de administratie?	De Drentse Verwijsindex is een digitaal systeem waarin professionals jeugdigen (tot 23 jaar) waar zij zich zorgen over maken kunnen vastleggen. Doen twee of meer professionals dit voor dezelfde jeugdige, dan ontstaat er een match. De professionals weten zo sneller of de jeugdige ook bekend is bij zijn of haar collega's. De Drentse Verwijsindex draagt zo bij aan snellere afstemming tussen professionals, zodat jeugdigen (nog) betere hulpverlening krijgen. De Drentse Verwijsindex is de lokale implementatie van de Verwijsindex Risicjongeren. De Verwijsindex is een wettelijke taak voor gemeenten en elke regio in Nederland kent dan ook een eigen implementatie, die onderling ook gegevens uit kunnen wisselen. Zie link voor meer informatie <a href="http://drentseverwijsindex.nl/over">http://drentseverwijsindex.nl/over</a>
279	28-33	6.1	o Vanaf 01-01-2017 wordt het berichtenverkeer (301 t/m 308 + 315) gebruikt. Werkt dit bij alle gemeenten per 01-01-2017? Wat als gemeenten nog niet zover zijn?	Dit werkt bij alle gemeenten.
280	28-34	6.1	o Op het moment dat een cliënt 17,5 jaar wordt moeten aanbieders dit bij de gemeenten melden. Waarom? Zijn deze gegevens niet zichtbaar in het systeem van gemeenten? Hoe dient dit gemeld te worden?	De aanbieder heeft t.a.v. deze leeftijdsvereiste de plicht om dit te melden.
281	28-35	6.1	o De eenheid van de verschillende domeinen/tarieven varieert. Over het algemeen is dit een tarief per maand. Bij M4: logeren (IV 8) en G1: Intramuraal behandeling regulier (IV 8) is dit per etmaal. Kan dit aangepast worden in een tarief per maand?	Nee, de grondslagen voor de verstrekte zorg verschillen.
282	29	6.10	De genoemde termijnen zijn alleen haalbaar als de systemen in samenhang goed werken, dit is nu nog niet het geval. Wat is uw gezichtspunt hierop?	Mocht VECOZO volgens de aanbieder niet naar behoren werken dan kan deze contact opnemen met de opdrachtgever.
283	29	6.10	Einde opdracht – bij leeftijd cliënt van 17 jaar en 6 maanden contact opnemen met gemeente en gemeente kijkt wat nodig is vanaf 18 jaar; hoe verhoudt dit zich tot de situatie dat de gecertificeerde instellingen (gedwongen kader) nu verlengingen mogen afgeven tot max half jaar na 18 jaar?	Met de vanuit deze aanbesteding gecontracteerde aanbieders hebben wij de afspraak dat zij voor inwoners van 17 jaar en 6 maanden contact opnemen met de gemeente.
284	29	6.10.	De aanbieder moet een melding doen als de cliënt de leeftijd van 17 jaar en 6 maanden bereikt. Aanbieders moeten hiervoor een systeem inrichten, terwijl deze informatie in de Gemeentelijke Basisadministratie beschikbaar is. Ligt het dan niet meer in de rede dat de gemeente de melding doet? Dit in het kader van beperking van de administratieve lasten.	Wij zien het als de verantwoordelijkheid van de aanbieder om de inwoner te ondersteunen bij de overgang van de jeugdwet naar een andere wettelijke context. Hierbij hoort ook het informeren van de toegang.
285	29	6.10	Gebroken declaratieperioden/kalendermaanden, bij start en einde van de ondersteuning, worden proportioneel gedeclareerd: (dagen ondersteuning) / (dagen van de kalendermaand) x (declaratiebedrag). Hoe om te gaan i.g.v. ziekte of vakantie van zorgverlener?	De zorg dient ten alle tijde gecontinueerd te worden. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om indien nodig voor adequate vervanging te zorgen zodat het resultaat behaald wordt. Dit mag voor de inwoner geen nadelige gevolgen hebben.
286	29	6.10	Vinden declaraties plaats via VECOZO? Zo ja, zijn alle gemeenten hier al op ingesteld?	Ja declaraties vinden plaats via VECOZO. Alle gemeenten zijn hier op 1 januari 2017 op ingesteld.

287	29	6.10	U geeft aan dat vanaf 1/1/2017 afgestapt wordt van de DBC-systematiek en dat vanaf deze datum maandelijks moet worden gedeclareerd op sessieniveau middels een 303d-bericht. Hoe gaat de regio om met lopende DBC-trajecten? Worden de DBC's hard afgesloten en afgerekend of is er een andere vorm van overgang?	Zoals gesteld wordt de DBC-systematiek vanaf 1 januari 2017 losgelaten. De zorgaanbieder wordt hierover op een later moment geïnformeerd.
288	29	6.10	Moet de aanbieder vierwekelijks gegevens aanleveren bij het CAK i.v.m. de eigen bijdrage?	We maken gebruik van de uitvoeringsvariant "outcome". Dit houdt in dat de CAK aanlevering ook voor 18+ cliënten(WMO-maatwerk) door de gemeente gedaan wordt.
289	29	6.10	Komt er een overzicht van productcodes met de bijbehorende tarieven (en evt. CAK-codes)? De huidige afkortingen V1-G4 zijn niet bruikbaar als productcode voor de iWMO.	In het najaar komt er een overzicht.
290	29	6.10	Hoe gaat de gemeente om tijdelijke afwezigheid van cliënten door bijv. ziekenhuisopname of vakantie? Wil de gemeente dan een WMO305- en WMO307-bericht ontvangen? Heeft dit gevolgen voor de declaratie en zo ja, op welke wijze (bijv. naar rato)? Vanaf welke termijn van afwezigheid?	Dit wordt in de gemeentelijke regelgeving vastgelegd. Daarna zullen aanbieders geïnformeerd worden over het gewenste bericht.
291	29	6.10	Wettelijk gezien is een declaratiebericht geen factuur/vordering tot betaling. Kan er in het contract een bepaling worden opgenomen dat de gemeente het declaratiebericht als factuur beschouwd? Of wil de gemeente ook een factuur ontvangen (bijv. in de vorm van een jaarafrekening)?	Wij zijn het eens met uw opmerking. In het contract komt een bepaling dat het declaratiebericht als een formele vordering(=factuur) gezien kan worden.
292	29	6.10	In de aanbestedingsovereenkomst wordt niet gesproken over iWMO-berichten die door de gemeente worden verstuurd. Stuurt de gemeente een WMO304-bericht als terugkoppeling op de declaratie? Binnen welke termijn?	Ja de gemeente stuurt retourberichten 304, 316, 306, 308. binnen 14 dagen na ontvangst.
293	29	6.10	Hoe wordt in het WMO301-bericht het beschikte product weergegeven? Bevat het WMO301-bericht het tarief/aantal stuks/enz.?	In de 301 komt te staan op welke code gedeclareerd mag worden. Tevens staat de begindatum en einddatum beschikking er in. Er zijn nog geen afspraken gemaakt hoe we het vrije veld gaan gebruiken. In het najaar wordt hier duidelijkheid over verstrekt.
294	29	6.10	Declaratie: is de declaratietermijn 4 weken of een maand?	Declaratie is per kalendermaand.
295	29	6.10	U geeft aan het totale berichtenverkeer ondersteund te willen hebben, gezien het gering aantal cliënten werken een aantal kleinschalige partijen met de berichten converter. De berichten converter ondersteund het 302 bericht niet. Aangezien u tevens aangeeft binnen 15 dagen het 302 bericht te willen ontvangen maar ook een 305 bericht verwacht vragen wij u het 305 bericht tevens als bevestiging van de 301 te beschouwen. Gaat u hiermee akkoord.	De komende tijd zullen wij in een aantal sessies samen met zorgaanbieders aangeven welke berichten op welke wijze aangeleverd kunnen worden. Naast de converter is er nu ook een app waarmee berichten gegenereerd kunnen worden. Op dit moment kunnen hiermee nog geen retourberichten als de 302 gemaakt worden. We zullen in overleg een praktische oplossing cq werkwijze opstellen.
296	29	6.10	U geeft aan het 305 bericht binnen 15 dagen na ontvangst van het 301 bericht te willen ontvangen. In onze processen wordt het 305 bericht pas aangemaakt indien de zorg werkelijk is gestart. Hoe wenst u om te gaan met die situaties dat de zorg meer dan 15 dagen na ontvangst van het 301 bericht start of is er sprake van een fout in de tekst en wordt er bedoeld dat het 305 bericht binnen 15 dagen na aanvang van de zorg dient te worden aangeleverd? De mededeling dat de zorg binnen 15 dagen na ontvangst van het 301 bericht gestart moet worden is geen bepaling die uitvoerbaar is; hierbij speelt de in het 301 bericht opgenomen startdatum beschikking een rol en ook de soort zorg en de beschikte frequentie (denk hierbij aan 1 maal per maand een logeerweekend) maar soms ook de wensen van de client. Wij verzoeken u deze tekst in overeenstemming met de werkelijkheid te brengen.	Deze constatering klopt het 305 bericht moet binnen 15 dagen na aanvang van de zorg aangeleverd worden.
297	29	6.10	De tekst en de kopjes lijken verwisseld te zijn bij TUSSENTIJDSE WIJZIGINGEN en EINDE OPDRACHT	Wij danken de aanbieder voor zijn/haar oplettendheid. De kopjes zijn verwisseld.

298	29	6.10	Bij kopje Start opdracht geeft u aan dat er binnen 15 dagen na toekenning van de ondersteuning een 301 bericht komt. De toekenning van de ondersteuning kan bij een verwijzing door bijvoorbeeld een huisarts pas starten na ontvangst van een 315 bericht. Binnen hoeveel tijd na de ontvangst van een 315 bericht kent de gemeente de ondersteuning toe? Als alternatief tekstvoorstel is om te stellen: "Aanbieders ontvangen binnen 15 dagen na toekenning van ondersteuning of ontvangst van een 315 bericht een 301 bericht van de gemeente."	Deze constatering klopt, aanbieders ontvangen binnen 15 dagen na toekenning van de ondersteuning of na het ontvangst van het verzoek tot toekenning(bericht 315) , een 301 bericht van de gemeente.
299	29	6.10	U hanteert een termijn van 15 dagen tussen het moment van toekenning en het bericht aan de aanbieder. Deze termijn vinden wij erg lang, zeker bij jeugdhulp. Ons bezwaar geldt niet zozeer bij verwijzingen die vanuit de gemeentelijke toegangsorganen komen, die vergezeld gaan met een zorgtoekenning en waarmee we direct aan de slag kunnen gaan. Het gaat met name om de rechtstreekse verwijzingen vanuit de huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten en gecertificeerde instellingen. Wilt u deze termijn verkorten tot 3-5 dagen?	De termijn van 15 dagen passen we niet aan. Wel zal in het geval van rechtstreekse verwijzing door huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten en GI's de startdata van de door zorgaanbieder genoemd in het 315 bericht, worden gerespecteerd in het 301 bericht. De zorgaanbieder kan dan in reactie hierop een start-bericht 305 sturen met de werkelijke startdatum, zodat vanaf dat moment ook gedeclareerd kan worden.
300	29	6.10	Aanbieders Jeugdwet dienen binnen 15 dagen na verwijzing door derden het verzoek tot toewijzing (315) te versturen. De wachttijd van aanbieders is veelal langer dan 14 dagen. Om een reële inschatting van het product en het interventieniveau te kunnen maken zal het niet lukken om dit voor alle cliënten binnen 15 dagen af te ronden. Een inschatting op basis van de verwijzing van derden is vaak niet mogelijk. Is het mogelijk om een voorlopige productcode te creëren waarmee aanbieders in 1e instantie nieuwe cliënten melden bij de gemeente, welke na het eerste Face-to-Face contact (de intake) met de cliënt wordt omgezet in een 1e definitieve productcode ? Dit vereiste is anders niet haalbaar voor aanbieders	We houden in principe vast aan de gestelde termijn. Waar het mogelijk is dient binnen 15 dagen via de 315 een toewijzing voor het definitieve product aan te vragen. In de gevallen waar dit niet mogelijk is zullen wij in overleg met zorgaanbieders een praktische werkwijze afspreken.
301	29	6.10	Tussentijdse wijzigingen, hier wordt een termijn van 15 dagen genoemd, maar 15 dagen ten opzichte van welke datum wordt niet duidelijk. Suggestie is om hier binnen 15 dagen na het laatste contact op het te beëindigen product te hanteren. Wilt u dit verduidelijken in de Nota van Inlichtingen?	De datum is de datum waarop de werkelijk zorg is beëindigd, dit is de datum van het laatste contact .
302	29	6.10	U vraagt van aanbieders een melding wanneer een cliënt de leeftijd van 17 jaar en 6 maanden bereikt. O.i. is dit een onnodige administratieve last voor aanbieders, omdat deze gegevens binnen uw eigen systeem beschikbaar zijn. Wilt u deze eis schrappen?	De aanbieder heeft t.a.v. deze leeftijdsvereiste de plicht om dit te melden.
303	29	6.10	Bij kopje Einde opdracht geeft u aan dat aanbieders Jeugdwet een melding doen op het moment dat cliënten de leeftijd van 17 jaar en 6 maanden bereiken. Aangezien het merendeel van onze cliënten over zal gaan naar de ZVW, stellen wij voor om alleen in het geval van verwachte afwijkingen contact met de gemeente wordt opgenomen. Dit bespaart administratieve lastendruk bij zowel de aanbieder als de gemeente. Kunt u zich in dit voorstel vinden?	Nee, wij kunnen ons niet vinden in dit voorstel. De aanbieder heeft t.a.v. deze leeftijdsvereiste de plicht om dit te melden.
304	29	6.10	Bij de beoordeling of zorg moet worden voortgezet lijkt ons overleg met de cliënt en de aanbieder aangewezen. Wilt u dit toevoegen?	Dit is niet altijd noodzakelijk en afhankelijk van de individuele casus. Vandaar dat wij dit niet toevoegen.
305	29	6.10	"Aanbieders dienen de informatie over de geleverde ondersteuning binnen 30 dagen na afloop van de declaratieperiode waarop de geleverde ondersteuning betrekking heeft aan de gemeente aan te leveren". Is het correct te stellen dat de hier bedoelde informatie, de verplichte velden uit het 303 bericht betreft?	Dit is correct.

306	29	6.10	In algemene zin willen wij u erop wijzen dat het gehele proces rondom de zorgtoewijzingen en de hieruit voortvloeiende dubbele administratie (bij gemeenten en aanbieders) de voornaamste veroorzaker is voor toename van administratieve lastendruk bij zorgaanbieders. Deze verhoging van administratieve lastendruk komt de zorg niet ten goede. We kunnen dit accepteren, maar tegelijkertijd willen we graag met u in gesprek hoe deze lastendruk in de toekomst verminderd kan worden. Graag horen we uw visie in deze voor de komende jaren.	De gemeenten zijn voor een verlaging van de administratieve lastendruk en zien hiervoor een gezamenlijke ontwikkelopdracht.
307	29	6.11	Bij acceptatie wordt niets genoemd over de relatie tot beschikbare capaciteit. Wanneer aanbesteed wordt op een bepaald product maar er geen capaciteit beschikbaar is, kan een aanmelding dan (geweigerd/afgewezen worden? Als voorbeeld Beschermd wonen waarbij alle kamers zijn gevuld? En wat is daarvan de eventuele consequentie?	In voorkomende gevallen zal te allen tijde overleg gevoerd moeten worden tussen inwoner, zorgaanbieder en gemeente.
308	29	6.11	Er wordt hier gesproken over 'zwaarwegend redenen'. Gezien onze visie op kwaliteit en daarmee samenhangend de resultaatgerichtheid zijn wij altijd op zoek naar een 'klik' met de client en de door de orthopedagoog specifiek bij de client geselecteerde begeleider. Ontbreken van deze 'klik' is voor ons zwaarwegend. Kun u dit onderschrijven.	Wij kunnen hier op voorhand geen uitspraken over doen. In voorkomende gevallen zal te allen tijde overleg gevoerd moeten worden tussen inwoner, zorgaanbieder en gemeente.
309	29	6.11	Er wordt gesproken van nazorg bij zorgweigerings: de zorg is dan echter niet gestart dus dient het woord nazorg gemeden te worden. Er kan wel worden gesteld dat er door Ambiq een geschikte zorgaanbieder wordt voorgesteld.	Gelijk de aanbieder aangeeft is er geen sprake van nazorg op het moment dat het gaat om weigering van ondersteuning. De aanbieder heeft dan wel de rol om te bemiddelen naar ondersteuning naar een andere passende aanbieder. Bij voortijdige beëindiging is er wel sprake van nazorg en bemiddeling.
310	29	6.11	Indien de zorg bij een aanbieder in het geheel niet wordt opgestart, vanwege zwaarwegende redenen, dan lijkt het ons niet logisch dat de aanbieder verplicht wordt om nazorg te leveren en bemiddeling naar een andere aanbieder te bewerkstelligen. Dat lijkt ons dan meer aangewezen voor de toegang als regisseur. Waar reeds bestaande zorg wordt beëindigd lijkt een inspanningsverplichting voor de aanbieder uiteraard wel logisch. Wilt u dit nuanceren in de Nota van Inlichtingen?	Gelijk de aanbieder aangeeft is er geen sprake van nazorg op het moment dat het gaat om weigering van ondersteuning. De aanbieder heeft dan wel de rol om te bemiddelen naar ondersteuning naar een andere passende aanbieder. Bij voortijdige beëindiging is er wel sprake van nazorg en bemiddeling.
311	29	6.4.4.29 en 6.11	Onderdelen 6.4.4.29 en 6.11 zien beiden op zorgbeëindiging en vermelden niet dezelfde voorwaarden. Wij verzoeken u de dubbeling te verwijderen.	Er is geen sprake van een dubbeling. 6.11 gaat over de algemene zorgbeëindiging. 6.4.4.29 gaat over risicovolle situaties voor de inwoner.
312	30	6.12	3e bullet: waar bij welke gemeente dient te worden gemeld?	Hierover volgen nog werkafspraken.
313	30	6.12	U geeft aan dat de gemeenten o.a. 'cliëntonderzoeken' kunnen opvragen. Ik neem aan dat het hier gaat om cliënttevredenheidsonderzoeken en niet om diagnostiekverslagen, deze zijn nl. privacygevoelig. Graag tekst aanpassen.	Deze interpretatie is juist.
314	30	6.12	Onderdeel 6,12 gaat over toezicht en geeft gemeenten het recht om zelf of door hen aangewezen derden documenten te laten opvragen. Wij verzoeken u 'door hen aangewezen' derden te specificeren en de woorden 'ondermeer' te verwijderen. Daarnaast willen wij er op wijzen dat inspectierapporten in de regel openbaar beschikbaar zijn evenals jaarrekeningen en accountantsverklaringen dit altijd zijn na deporing. Het aantonen van het hebben van een werkend kwaliteitssysteem (6,2,4,16) (in ons geval door toetsing door een onafhankelijk certificerende instelling) maakt het vervolgens ons inziens onnodig lasten verzwarend overige rapporten waaraan wordt refereerd (management reviews, kwaliteitsjaarverslagen, incidentrapportages, cliëntonderzoeken) nog afzonderlijk bij ons op te vragen.	Wij zien niet de noodzaak om dit te wijzigen. Wij behouden ons het recht voor om indien noodzakelijk relevante documenten op te vragen door door ons aangewezen derden.

315	30	6.12	De betreffende gemeente moet wel op de hoogte worden gesteld, maar niet tot de persoon herleidbaar en vervolgens wel van de resultaten van het onderzoek (wat niet altijd aan de orde is) op de hoogte worden gesteld: dat is vreemd. Bovendien ziet deze passage niet op gevallen waar er maar 1 persoon uit de betreffende gemeente zorg krijgt: hoe moet dan de anonimiteit in dit geval worden gewaarborgd?	Wij kunnen ons vinden in deze opmerking. Voor ons staat de veiligheid van de inwoner voorop. Daarnaast proberen wij de privacy van de inwoner zoveel als mogelijk te waarborgen.
316	30	6.12	De verplichting om de gemeente op de hoogte te houden van de voortgang van het onderzoek door de toezichthouder overlapt met de werkwijze van de toezichthouder die de gemeente ook op de hoogte houdt. Voorstel is om de verplichting voor de aanbieder te schrappen.	Gelet op onze wens om nauw met aanbieders samen te werken schrappen wij deze verplichting voor aanbieders niet.
317	30	6.12 toezicht	Kunnen wij het calamiteitenprotocol van de gemeente ontvangen of waar kunnen we deze inzien?	Na contractering kunnen aanbieders het protocol indien gewenst opvragen bij de betreffende gemeente.
318	31	bijlage 1	Dienen cliënten die reeds in behandeling zijn, opnieuw ingedeeld te worden naar de nieuwe bouwstenenstructuur?	Ja.
319	31	bijlage 1	Valt stabiliseren/consolideren ook onder de subresultaten? Dit wordt nl. niet genoemd, terwijl dit in sommige gevallen het hoogst haalbare is	Ja, wij gaan ervan uit dat een inwoner ook levenslang ondersteuning voor hetzelfde subresultaat nodig kan hebben.
320	31	bijlage 1	De opdracht van de gemeente (beschikking) heeft betrekking op subresultaten. Wat is dan de toegevoegde waarde van het kopje 'Resultaat bij volledige zelfredzaamheid'?	Zodat bekend is wat het hoogst haalbare resultaat is.
321	31	bijlage1	Kunnen cliënten die in 2016 met een enkelvoudige problematiek geïndiceerd zijn maar in de praktijk meerdere problemen ervaren, straks bij de beoordeling conform de ZRM, een indicatie op een hoger interventieniveau krijgen? Dit vraagstuk is met name relevant voor cliënten met NAH die niet in één leefgebied van de ZRM te plaatsen zijn. Wij lichten dit graag toe met een voorbeeldcasus: Cliënt met hersenletsel (NAH) ontvangt in 2016 8u zorg per maand. Gemeente indiceert cliënt als licht omdat de frequentie bepalend is. Wij hebben verschillende keren aangekaart dat de huidige indicatie ontoereikend is vanwege de bijzondere problematiek en complexiteit van NAH, zoals ook te duiden aan de hand van de ZRM. Gemeente werkt nu echter niet met de ZRM en houdt vast aan het gegeven dat de frequentie van de zorg voorliggend is op de ZRM. Indicatie cliënt blijft derhalve 'licht'. Het nieuwe inkoopmodel van de gemeente is gebaseerd op de ZRM. Op basis van het nieuwe inkoopmodel heeft cliënt een meervoudige problematiek op de leefgebieden zelfredzaamheid, sociale netwerken en gezondheid. Wij concluderen: cliënt zit per 2017 in interventieniveau 5 of 6 gezien de meervoudige problemen conform ZRM en stapelt Z1 t/m Z4, M4, M5 en G1.  Is de gemeente het eens met deze conclusie? Zo niet, wilt u dan toelichten hoe de beoordeling/indiceren van deze voorbeeldcliënt er met ingang van 2017 uit zal zien?	Het klopt dat meervoudige problematiek valt onder interventieniveau 5 of 6. Dit past binnen de nieuwe systematiek die wordt ingevoerd per 1 januari 2017.
322	31	bijlage 1	De gemeente onderscheidt 'mogelijke' en 'gewenste' subresultaten. Wat is het verschil?	Er is geen verschil.
323	31	bijlage 1	Onder de tweede bullit staat "in het geval van de WMO zijn alle gezinsleden meerderjarig". Dat is o.i. niet altijd het geval. Wanneer een meerderjarige cliënt WMO-begeleiding nodig heeft (bijv. Z2 en Z3) dan kan het best zijn dat er minderjarige kinderen in het gezin zijn. Er kan o.i. sprake zijn van WMO-begeleiding in een gezin, zonder dat jeugdhulp is aangewezen. Bent u dat met ons eens?	Ja, wij zijn het met de aanbieder eens. Deze bullet heeft betrekking op V1 veilige huiselijke relatie.



324	31	2e alinea, 3e bullit	Interpreteren wij het juist dat u aan de term behandeling geen verdere eisen stelt dan wat er beschreven is in het aanbestedingsdocument op de genoemde pagina?	Nee, deze interpretatie is onjuist. Bij behandeling dient de aanbieder te voldoen aan alle in het aanbestedingsdocument gestelde eisen en randvoorwaarden.
325	32	Bijlage 1, D1	In het werkveld van de Integrale Vroeghulp komen regelmatig vragen naar voren over diagnostiek voor kinderen voor wie geen diagnose is gesteld, maar waar ouders wel zorgen over hebben. Eenvoudige diagnostiek kan een resultaatgebied zijn voor een eerste niveaubepaling, maar vaak zijn er uitgebreidere testen nodig om daadwerkelijk een diagnose te kunnen stellen en het kind en zijn gezin zo spoedig mogelijk de juiste ondersteuning aan te kunnen reiken. In welk resultaatgebied zou dit (niet gesubsidieerde deel) van de Integrale Vroeghulp kunnen vallen?	In deze situatie dient de aanbieder contact op te nemen met de gemeente. Het kan per casus verschillen.
326	32	bijlage 1, D1	Wat verstaat de gemeente onder "eenvoudige diagnostiek"?	In onze ogen is de omschrijving op pagina 32 toereikend.
327	32	D1	Het tarief voldoet niet om diagnostiek( beeldvorming ) uit te voeren ( als aparte module zonder behandelvervolg). Met dit tarief kan alleen een niveaubepaling of eerste inschatting beeldvorming gedaan worden. In de resultaatgebieden staat dat het gezin inzicht gegeven is . Dit is meer dan alleen de uitvoer van diagnostiek. In de overleggen met aanbieders is genoemd dat je diagnostiek ook meerder keren kunt stapelen. Klopt dit , dan dit concreet vermelden. Voor lvb gaat het wel om 40 uur.	Deze interpretatie is niet juist. Met D1 hebben wij een eenvoudige diagnostiek voor ogen om te bepalen op welk resultaatgebied of interventieniveau uitvraag gedaan moet worden bij een aanbieder.
328	32	D1	D.1 er is geen tarief voor advies en consult ( al dan niet gekoppeld met diagnostiek) opgenomen . Wenst de gemeente dat niet in te kopen ?	Advies en consult is onderdeel van het all-in tarief. Wij verwijzen hiervoor naar pagina 17, paragraaf samenwerking.
329	32	D1	De genoemde hoofd en subresultaten zijn vrij algemeen. Waar en hoe wordt dan getoetst, op de concrete werkdoelen in het ondersteuningsplan of op de algemene resultaten. Eveneens wordt lang niet altijd een subresultaat behaald van een hoger niveau	De doelen welke zijn weergegeven in het ondersteuningsplan van de aanbieder worden getoetst door inwoner en aanbieder. De gemeente toetst alleen de hoofd en subresultaten en de voortgang.
330	32	bijlage 1: D1 Eenvoudige diagnostiek	Wordt hier verwacht dat er psychologisch onderzoeken plaatsvinden?	Met D1 hebben wij een eenvoudige diagnostiek voor ogen om te bepalen op welk resultaatgebied of interventieniveau uitvraag gedaan moet worden bij een aanbieder.
331	33	bijlage 1, V1	Hier staat "gezin zonder kinderen". Bij de randvoorwaarden gaat het echter specifiek om kinderen. Graag nader toelichten.	De omschrijving in de randvoorwaarde is om te verduidelijken dat de veiligheid van het kind elders is belegd.
332	33	bijlage 1, V1	In het geval van bijvoorbeeld huiselijk geweld is het onmogelijk tot een resultaat te komen van open communicatie of de afwezigheid van relationele problemen. Hoe heeft de gemeente de realiteitswaarde van de subresultaten getoetst?	De gemeenten zijn van mening dat zij realistische subresultaten hebben benoemd. De subresultaten is de situatie waar naar toe wordt gewerkt.
333	33	V1	Vervangt dit voor een deel de huidige individuele begeleiding om bijvoorbeeld thuis blijven wonen mogelijk te maken?	Dit kan een onderdeel zijn van de individuele begeleiding.
334	33	hoofdstuk veilige huiselijke relatie	In dit hoofdstuk staat dat Veilig alleen ingezet wordt bij een gezin zonder kinderen. Op het moment dat er zorgen zijn m.b.t. de veiligheid van kinderen, maar er nog geen jeugdbescherming wordt ingezet, lijkt het alsof domein veilig niet meer van toepassing is. Ik denk dat in zo'n geval bedoeld is dat gezond opgroeien gekozen moet worden als bouwsteen. Klopt mijn redenering? Zo ja, dan wil ik daaraan toevoegen dat ik het mis dat er niet een bouwsteen in domein veilig voor kinderen te kiezen is. Soms is de extra aandacht voor de veiligheid van het kind in het gezin noodzakelijk, bijvoorbeeld inzet van een kindercoach. Deze wordt apart ingezet naast intensieve begeleiding van het hele gezin. In dit inkoopmodel vind ik het moeilijk te herleiden welke bouwsteen dan ingezet zou moeten worden.	Op voorhand kunnen wij hier geen uitspraak over doen. Wij verzoeken de aanbieder in voorkomende gevallen contact op te nemen met de desbetreffende gemeente. De focus op veiligheid van kinderen is verweven in alle ondersteuning en hulp in de gehele jeugdhulpketen. Het is afhankelijk van de specifieke casus hoe de veiligheid van het kind gewaarborgd wordt.

335	36	Z1	Welke bouwstenen gebruiken voor jongeren richting zelfstandigheid waar het zelfstandigheidstraject is gestart op 16/17 jaar en nog doorloopt als de client 18 jaar is geworden. Kan dit op dezelfde bouwsteen (dat is wenselijk) of dan overschakelen naar beschermd wonen (dan geen match met definities).	Als de inwoner 17 jaar en 6 maanden is dient de aanbieder contact op te nemen met de gemeente waarna dit besproken zal worden.
336	36	bijlage : Zelfredzaam	Kunnen er meerdere bouwstenen Z1-4 tegelijk worden toegewezen, wanneer er een intensieve ondersteuningsvraag ligt?	Een hoofdresultaat kan éénmaal per inwoner worden toegewezen. Vanaf interventieniveau 5 kan er sprake zijn van een combinatie van hoofdresultaten.
337	40	bijlage 1, Z5	Onder randvoorwaarden staat 'voorheen aangeduid als HH2'. Kunt u aangeven welke relatie hier bestaat met de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep dd mei 2016 over Huishoudelijke Hulp?	In tegenstelling tot de situatie in Rotterdam gaan de gemeenten nadere invulling geven aan de uitwerking van het te behalen resultaat. De beschikking voor een maatwerkvoorziening, die altijd leidend is voor de te leveren zorg, geeft vervolgens op individueel niveau aan wat naar aanleiding van het kader de exacte omvang van het recht zal zijn. De zorgaanbieder bepaalt hoe hij vervolgens aan de beschikking uitvoering geeft. In de fase van het onderzoek kan de zorgaanbieder de gemeente over het "hoe" van advies dienen waarna de gemeente dit advies bij de beschikking kan betrekken.
338	40	bijlage 1: Z5 schoon en leefbaar huis	Als er sprake is van een stapeling van resultaten (en dus beschikkingen) en wij komen bij betreffende client thuis, dan voeren wij - gelet op onze deskundigheid ook graag het resultaat Z5 uit. Is deze samenhang in dienstverlening cq. beperking van aantal zorgaanbieders per client een criterium bij zorgtoewijzing? Is het mogelijk om op het resultaat Schoon en Leefbaar huis in te schrijven, slechts voor die cliënten waarvoor wij ook op andere resultaten een beschikking hebben?	Als de aanbieder zich inschrijft voor een resultaatgebied kunnen alle inwoners hier gebruik van maken. Door de toegang wordt in overleg met de inwoner gekeken naar de best passende aanbieder bij de ondersteuningsvraag.
339	40	Z5	In het licht van de recente uitspraken van de CRvB aangaande resultaatgericht werken is het van belang dat een duidelijke maatstaf in de beleidsregels of een concrete beschikking terug te vinden is. Hoe geeft u daar vorm en invulling aan?	In tegenstelling tot de situatie in Rotterdam gaan de gemeenten nadere invulling geven aan de uitwerking van het te behalen resultaat. De beschikking voor een maatwerkvoorziening, die altijd leidend is voor de te leveren zorg, geeft vervolgens op individueel niveau aan wat naar aanleiding van het kader de exacte omvang van het recht zal zijn. De zorgaanbieder bepaalt hoe hij vervolgens aan de beschikking uitvoering geeft. In de fase van het onderzoek kan de zorgaanbieder de gemeente over het "hoe" van advies dienen waarna de gemeente dit advies bij de beschikking kan betrekken.
340	40	Z5	Naar aanleiding van de uitspraak van de CRvB is het advies om resultaten zo concreet mogelijk te omschrijven. Voor Z5 kan wellicht een meer concrete omschrijving worden gegeven van wat wel en niet wordt bedoeld met een schoon en leefbaar huis. Kunt u zich hierin vinden?	Er zal op individueel niveau een concrete omschrijving te geven zijn.
341	40	Z5	Wat betekent dit voor huidige huishoudelijke hulp 1? Betekent dit dat er niet meer apart aanbesteedt hoeft te worden voor Huishoudelijke dienstverlening?	De gemeenten Assen, Aa en Hunze en Tynaarlo hebben een algemene voorziening schoonmaak (voorheen HH1) dit wordt aanbesteed. De gemeenten Midden Drenthe en Noordenveld besteden beiden zelfstandig aan.
342	41	bijlage 1, M1	Is een combinatie van M1 en M3 mogelijk?	Nee, dit is niet mogelijk.
343	41	bijlage 1	Meedoen; subresultaat a. en b. Kan/mag deze arbeid betaald zijn? terwijl ondersteuning plaatsvindt bijv. zoals bij IPS	Er is geen sprake van loonvormende arbeid. Als inwoner op niveau a zit zal afstemming met de Participatiewet worden gezocht.
344	42	bijlage 1, M2	Hoe weegt de gemeente groei en ontwikkeling van cliënten? Bij onze cliënten, waar vaak sprake is van afasie, zetten wij in op het zo goed mogelijk ontwikkelen van de spraak, of op het zo fit mogelijk houden van het lijf wat niet meer naar behoren functioneert. Ook zetten wij, zeker bij cliënten met NAH, sterk in op de ontwikkeling van het vermogen van cliënten om actief deel te nemen aan de samenleving. Is dit volgens de gemeente ook groei en ontwikkeling?	De gemeenten wegen op basis van de tussenrapportages van zorgaanbieders de groei en ontwikkeling van inwoners. Als er geen sprake meer is van groei en ontwikkeling is het resultaatgebied M2 niet meer passend.
345	44	Gewenste subresultaten	Subresultaat d: logeren; geldt hiervoor een maximum aantal etmalen?	Voor de bepaling van het aantal etmalen is hetgeen wat in het dictum van de beschikking staat maatgevend.

346		bijlage 1, M4	Voor het logeren (subresultaat d) beschikken wij over een logeerhuis in de gemeente Aa en Hunze. De voorziening is ook beschikbaar voor inwoners van andere gemeenten. Moet dit per gemeente gecontracteerd worden? Voor de andere gemeenten dan Aa en Hunze houdt dit dan in dat de gecontracteerde ondersteuning wordt geleverd buiten de eigen gemeente	Ja dit moet per gemeente gecontracteerd worden. Dit kan betekenen dat een inwoner zorg in een andere gemeente kan ontvangen. De gemeenten zullen sturen op zorg nabij.
347	45	M5	Wij zien onder dit kopje vooral de alleenstaande ouderen, al dan niet met psychogeriatrische probelematiek, die geïsoleerd, eenzaam zijn en de deur niet meer uit komen. Zien jullie dit ook zo?	Wij delen deze zienswijze niet.
348	46	Gezond	Klopt het dat wij niets hebben gelezen over daghulp? Geen randvoorwaarden, resultaten en subresultaten. Dit is wel nodig om op de juiste bouwsteen in te schrijven.	Dit staat verwoord op pagina's 47 en 48, G1 gezondheid / behandeling. Het gaat hierbij om interventieniveau 7.
349	46 e.v.	bijlage 1	Onder het domein Gezond vallen meerdere specialisaties die niet per definitie in 1 aanbieder verenigd zijn. Hoe denkt de gemeent hier mee om te gaan als een aanbieder wel op een heel perceel in moet schrijven? Deze vraag mede in relatie tot pagina 24, 6.4, punt 8.	Een aanbieder kan per perceel aangeven voor welke resultaten hij een raamovereenkomst wil aangaan met de gemeenten. Het is dus als aanbieder niet verplicht om voor alle resultaten in te schrijven in een perceel.
350	47	G1 Gezond	Subresultaat c heeft betrekking op de veiligheid van de jeugdige. Veiligheid is altijd een aandachtspunt en loop dwars door alle interventies heen. Onder veiligheid verstaan we de inkoop van een aantal voorzieningen die betrekking hebben op veiligheid, namelijk: Veilig Thuis, de Jeugdreclassering en de Jeugdbescherming, Spoed4Jeugd en crisisopvang. Deze taken worden in heel Drenthe met twaalf gemeenten gezamenlijk gecontracteerd. Geeft u hiermee aan dat u daarmee invulling geeft aan het amendement Bergkamp op de Jeugdwet, dat door de Tweede Kamer is aangenomen. Dit amendement bewerkstelligt dat gemeenten in hun beleidsplan aandacht besteden aan de continuïteit van zorg voor jongeren die na hun 18e (of, in bepaalde gevallen, 23e) geen zorg meer kunnen krijgen op basis van de Jeugdwet, maar nog wel zorg nodig hebben. VB: Cliënt met een PIJ-maatregel van 22 jaar wordt aangeboden aan GGZ Drenthe waarvan de maatregel nog 2 jaar loopt. De PIJ-maatregel valt onder het Jeugdstrafrecht tot 23 jaar en dus zou hij een Jeugd DBC krijgen waarbij toestemming van de gemeente vooraf nodig is. Voor 2017 is dag geen DBC meer maar een product gebaseerd op domein <b>gezond</b> (Moeten hierover uiteraard nog afspraken over maken voor 2016. Die huidige casus FPK).	De vraag heeft geen invloed op de voorwaarden zoals weergegeven in het aanbestedingsdocument.
351	47	G1	Wat is de (minimum of maximum) duur in uren van bijvoorbeeld een G1 "behandeling regulier gezondheid" of G1 "begeleiding gezondheid" op de interventieniveaus 4,5 en 6. Er wordt bij ons (psychologie) o.a. gewerkt met productgroepen met staffels, bijvoorbeeld van 250-799 minuten of vanaf 800-1799 minuten. Hoe maak ik de rekenslag van het tarief voor de staffel naar bijvoorbeeld het tarief voor G1 behandeling regulier gezondheid?	De gemeenten kopen in op resultaten en niet op uren of producten. De aanbieder ontvangt een vast tarief per resultaat per inwoner per kalendermaand.
352	47	G1, 4e bullit	De betrokkenheid van andere leden van het systeem is soms bij jeugdigen van 16 jaar en ouder uitgesloten wanneer eenjeugdigen dit uitdrukkelijk wenst. Wilt u dit in de Nota van Inlichtingen nuanceren?	Wij onderkennen de door aanbieder geschetste situatie.
353	47	G1, 6e bullit	Uitgelegd wordt het begrip Veiligheid. Dit lijkt niet te stroken met het genoemde subresultaat c waarin het gaat om gevaar die de stoornis of beperking van de jeugdige opleveren voor zichzelf of anderen. Het subresultaat betreft meer het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ (het gevaar komt vanuit de cliënt zelf). Terwijl de uitleg in de tekst uit de 6e bullit ook gevaar op basis van andere oorzaken kan betreffen (bijvoorbeeld gevaar veroorzaakt door pedagogische onmacht van de ouders) Wilt u dit verder verduidelijken?	De eerste zin van de zesde bullet kan als niet geschreven worden beschouwd. Subresultaat c betreft inderdaad het gevaarscriterium uit de wet BOPZ.

354	47	G1 8e bullit	De zin "Er is sprake van een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld ...etc. " is niet goed geformuleerd. Immers, niet het ziektebeeld is verstoord. Wij stellen de volgende formulering voor: "Er is sprake van een ernstig psychiatrisch ziektebeeld ...etc."	De aanbieder heeft gelijk.
355	47	G1, 9e bullit	Wanneer dit overleg niet leidt tot overeenstemming tussen aanbieder en gemeenten, kan de gemeente de aanbieder dan verplichten om de aanbidding gestand te doen?	De gemeenten kunnen de aanbieder niet verplichten om de aanbidding gestand te doen.
356	47	G1, 9e bullit	U heeft het tarief voor de klinische zorg (interventieniveau 8) binnen de Bouwsteen Gezond een tarief vastgesteld van € 245 per dag. Dat is geen tarief dat voor alle klinische zorg binnen die bouwsteen passend is. Er zijn aanbieders die langdurig en minder intensief met een lange doorlooptijd (gemiddeld 300 dagen) werken, maar er zijn ook aanbieders die kort, snel en intensief werken (gemiddeld 30 dagen). Onder de laatste vallen bijvoorbeeld ook de crisisbedden en de BOPZ-bedden (waarvoor wij een wettelijke functie vervullen in de regio). De kostprijs van de korte, snelle en intensieve trajecten is veel hoger per dag dan het tarief van € 245. Wij kunnen de gevraagde producten (de korte, snelle en intensieve varianten) alleen aanbieden indien daar een kostendekkend tarief voor wordt betaald. U heeft in het aanbestedingsdocument wel aangegeven dat hierover in een dergelijk geval separate afspraken gemaakt zouden kunnen worden, maar het is ons niet duidelijk hoe dit in de lopende aanbestedingsprocedure past. Graag vernemen wij op welke wijze deze afspraken gemaakt gaan worden binnen de lopende aanbestedingsprocedure.	De separate afspraak waar aanbieder op doelt heeft alleen betrekking op G1 verblijf met bed. De aanbieder dient in een begeleidend schrijven gemotiveerd, concreet en financieel onderbouwd aan te geven waarom het tarief voor dit resultaat tot uitzonderlijke afwijkingen leidt. Afhankelijk van de geleverde input zal er een gesprek plaats vinden voorafgaand aan de contractering.
357	47 en 52	bijlage 1: Gezondheid behandeling en G3 Gezond opgroeien en opvoeden	Kan er bij intensieve behandeling van kinderen in een Gezinshuis, behandeling uit G1 of G3 toegevoegd worden?	Ja dit is mogelijk.
358	49	bijlage 1, G1	Wat wordt verstaan onder laagfrequent in "laagfrequente controle"?	Laagfrequent dient als niet geschreven te worden beschouwd. De invulling van de hoe vraag en daarmee de daaraan gekoppelde frequentie is de verantwoordelijkheid van de aanbieder.
359	49	bijlage 4	In de 1e en 2e alinea wordt verwezen naar de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze bestaat echter niet meer. O.i. volstaat een verwijzing naar de Jeugdwet en is een verwijzing naaar de bepalingen van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (vervangen door de wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg) niet meer aan de orde.	De aanbieder heeft gelijk. De geldende wet en regelgeving is altijd van kracht.
360	52	G3	Is het juist dat een instelling die alleen op de locatie van de instelling hulp biedt en dus niet aan huis, alleen in aanmerking komt voor interventieniveaus 7 en 8? Als die cliënt naast dagbesteding M3 ook individuele hulp nodig heeft, kunnen dan producten vanuit lagere interventieniveaus worden toegevoegd zoals Z4 of G1? Of wordt alle extra hulp afgevangen in G3 dus binnen het interventieniveau waar de cliënt in zit?	Interventieniveau 7 en 8 vindt doorgaans op locatie plaats. Andere interventieniveaus kunnen eventueel ook op locatie plaatsvinden. M3 kan gestapeld worden met lagere interventieniveaus, dit is afhankelijk van de casus.
361	52	bijlage 1: G3 behandeling IV 6	Bij Gezinsbehandeling wordt gekozen om intensief in te zetten, vooral waar het gaat om LVG ouders. De ervaring leert dat de periode van behandeling hierdoor korter is en er eerder afgeschaald kan worden. Hoe kan dit weg gezet worden in de bouwstenen?	De manier waarop een aanbieder invulling geeft aan zijn traject is de verantwoordelijkheid van de aanbieder.
362	54	G4	In uw document beschrijft u een vaste tarifiering voor het perceel Dyslexie, van € 80,- per sessie en een maximering van het aantal uren voor de diagnostiek, op 12 uren. Daarnaast maximeert u de inzet voor behandeling en het daaraan gekoppelde tarief. Is dit gebaseerd op de inzet voor dyslexie, gekoppeld aan de veldnorm en de geldende principes binnen diagnostiek en behandeling van Ernstige Enkelvoudige Dyslexie?	Nee, dit is niet uitsluitend gebaseerd op de veldnorm.

363	54	G4	U stelt dat "de kaders voor dyslexiezorg en de bijbehorende trajectprijzen zijn voor de beide Drentse regio's gelijk, echter in de Nvl voor Zuid Drenthe is aangegeven dat er e.e.a. is gewijzigd. Zult u de passages in dit document ook overeenkomstig wijzigen?	Vanuit de inkoopregio Noord Midden Drenthe sluiten we voor wat betreft de tarieven Dyslexie aan bij de inkoopregio Zuid Drenthe. Dit betekent dat het voorgestelde tarief per behandeling komt te vervallen. Voor dyslexie zal de volgende tekst worden opgenomen: "Vanaf 1 januari 2017 zal de dyslexiezorg worden gecontracteerd op basis van een vaste bedrag voor diagnostiek en een vast bedrag voor behandeling, mits het resultaat wordt bereikt". "Aanbieders kunnen € 300,00 per maand per cliënt declareren voor de behandeling van dyslexie, tot een maximum van € 4800,00. In een maand waarin geen behandeling plaatsvindt, kan niet gedeclareerd worden. Wanneer het resultaat behaald is voordat het maximumbedrag is gedeclareerd, kan de zorgaanbieder het resterende bedrag declareren bij afsluiting van het traject" Voor diagnose blijven we het tarief van € 960,- hanteren. Daarnaast komt de beperking van maximaal 25% indirecte kosten te vervallen.
364	54	G4	In uw passage rond dyslexie worden diagnostiek en behandeling onderscheiden. De pre-intake voor dyslexie, ter beoordeling van de noodzakelijkheid van het inzetten van het vervolg van het traject, wordt echter niet genoemd. Onder welke vorm van financiering valt deze activiteit?	Dit zien wij als onderdeel van de diagnose.
365	54	G4	U wilt dat de dyslexieaanbieders maandelijks gaan declareren tegen een vergoeding van €80,- per behandeling. Kunt u ons vertellen waar u deze vergoeding op baseert? Als dit een vergoeding/uurtarief is dat voor alle dyslexieaanbieders geldt, dan voorzien wij grote problemen op zowel de korte als ook de lange termijn. Het voorgenomen tarief van €960 voor een traject diagnostiek en €80 per behandeling is echt veel te laag en daarmee stelt u een tarief ver onder de kostprijs. De verlaging van het tarief t.o.v. 2015 en 2016 is dermate groot, dat de continuïteit van de dyslexiezorg in de regio en daarmee de zorg voor de cliënt onder druk komt te staan. Dit vinden wij een zeer ernstige situatie en wij verzoeken u dan ook met klem om de voorgestelde tarieven te herzien. Alle activiteiten die voortvloeien vanuit de beroepsbeoefening moeten worden bekostigd vanuit het tarief. Dit betreft onder andere het voldoen aan de hoge eisen van het kwaliteitsbeleid, deelname aan de verplichte monitor van de landelijke kwaliteitsinstituten, voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien vanuit de kwaliteitswetten in de zorg. Tenslotte is de administratieve last vanaf 2015 enorm toegenomen. Zo eist u (en met u vele andere regio's en gemeenten) onder andere van het RID om monitoringinformatie aan te leveren (zoals bijvoorbeeld FACTLAB). Dit geeft veel administratieve druk. Om deze in omvang enorm toegenomen administratieve taken uit te kunnen voeren, moeten wij extra personeel inzetten en softwaresystemen inkopen en aanpassen. Daarnaast participeert het RID in onderzoek ten behoeve van de verdere doorontwikkeling van het Protocol en houdt het alle professionals via scholing op de hoogte van de laatste ontwikkelingen. Ook werkt het RID al vele jaren aan het verbeteren van de aansluiting met het (passend)onderwijs door het verzorgen van informatiebijeenkomsten voor leerkrachten en IB-ers middels een professionaliseringsprogramma. Doelstelling daarbij is preventie van ernstige uitval op school en daarmee het voorkomen van onnodige instroom in de zorg. Ten behoeve hiervan is ten slotte ook het innovatietraject geïmplementeerd in de regio. De regio Drenthe is nu een voorbeeldregio in Nederland, dankzij de inzet van alle dyslexieaanbieders en het samenwerkingsverband passend onderwijs onder regie van Jacob Mussche	Vanuit de inkoopregio Noord- en Midden Drenthe sluiten we voor wat betreft de tarieven Dyslexie aan bij de inkoopregio Zuid Drenthe. Dit betekent dat het voorgestelde tarief per behandeling komt te vervallen. Voor dyslexie zal de volgende tekst worden opgenomen: "Vanaf 1 januari 2017 zal de dyslexiezorg worden gecontracteerd op basis van een vaste bedrag voor diagnostiek en een vast bedrag voor behandeling, mits het resultaat wordt bereikt. Aanbieders kunnen €300,00 per maand per inwoner declareren voor de behandeling van dyslexie, tot een maximum van €4800,00. In een maand waarin geen behandeling plaatsvindt, kan niet gedeclareerd worden. Wanneer het resultaat behaald is voordat het maximumbedrag is gedeclareerd, kan de zorgaanbieder het resterende bedrag declareren bij afsluiting van het traject". Voor diagnose blijven we het tarief van €960,- hanteren. Daarnaast komt de beperking van maximaal 25% indirecte kosten te vervallen.

366	54	G4	In het document Dyslexiezorg in Drenthe (dat overigens nog niet naar ons verzonden is, wij baseren onze vraag op de versie uit 2015) geeft u aan dat eerst een zorgtoewijzing voor diagnostiek moet worden aangevraagd en vervolgens (als diagnose EED gesteld is) nogmaals een zorgtoewijzing moet worden aangevraagd voor de behandeling. Kunt u aangeven wat de reden/meerwaarde van deze tweedeling is? Een dergelijke handelswijze is een extra administratieve belasting beiderzijds, terwijl in de transformatie van de jeugdzorg juist gestreefd zou worden naar administratieve lastenverlichting.	Dit heeft twee redenen: Ten eerste is het mogelijk dat een inwoner de keuze maakt om de diagnose en de behandeling bij verschillende zorgaanbieder te laten uitvoeren. Daarnaast willen we als gemeenten graag zicht houden op het aantal diagnoses welke niet leiden tot een behandeling.
367	54	G4	Kunt u ons vertellen wat de reden is van het feit dat dyslexiebehandeling nu binnen interventieniveau 5 valt, in plaats van interventieniveau 6, zoals in 2015 en 2016? Hangt hiermee ook het extreem lage tarief samen?	Het onderbrengen van dyslexiezorg binnen interventieniveau 5 is al sinds oktober 2015 van kracht (zie document "herziening Dyslexiezorg in Drenthe" d.d. 7 oktober 2015). Deze indeling hangt samen met de aanpassing van de beschrijving van de interventieniveaus welke in 2015 heeft plaatsgevonden
368	54	G4	In de randvoorwaarden heeft u het over 'een diagnose'. U lijkt hiermee 'diagnostiek' te bedoelen. Graag dit aanpassen, aangezien de tekst anders niet klopt (bijv. zin 'Wanneer na de diagnose blijkt dat er geen sprake is van EED', er kan geen sprake zijn van het feit dat er geen stoornis is als er een diagnose is gesteld).	Geen aanpassing van tekst. (Diagnostiek = Verzamelnaam voor strategieën en procedures die bij een medisch onderzoek worden gebruikt om een diagnose voor een gezondheidsprobleem te kunnen stellen).
369	54	G4	Wat is de reden van het feit dat het contract voor dyslexieaanbieders slechts voor één jaar aangegaan wordt en slechts met één jaar verlengd kan worden, en dat voor de andere aanbieders de overeenkomst voor twee jaar geldt, met daarna nog mogelijkheden voor verlenging van driemaal één jaar? Op deze manier kunnen geen langdurige, duurzame relaties worden aangegaan.	Dit heeft te maken met de verkenning die (moet gaan) plaatsvinden over de haalbaarheid om dyslexiezorg onder te brengen bij passend onderwijs.
370	54	G4	Bij de randvoorwaarden wordt gesteld dat er sprake zal zijn van een vaste trajectprijs voor zowel diagnostiek als behandeling. Bij de tarieven zie ik dat wel voor diagnose, maar bij behandeling wordt nog gesproken over tarief per sessie. Geldt hier hetzelfde zoals verwoord in de NVI van Zuid Drenthe? (trajectprijs 4800 euro; per maand 300 euro en wanneer het resultaat eerder bereikt wordt, dan kan het resterende bedrag gedeclareerd worden bij afsluiting). In aansluiting op bovenstaande is mijn vervolgvraag: Wat is uw onderbouwing van de drastische tariefverlaging in 2017 in vergelijking met 2016. In 2016 is een dyslexietraject veelal uitvoerbaar binnen het DBC systeem ,met twee keer een DBC van 1800-2999 minuten, tegen 80% van het NZA tarief 2014. In het huidige voorstel is de vergoeding van een dergelijk traject verlaagd tot 65% van het NZA tarief! Aansluiting bij een kwaliteitsinstituut is vereist. Gaat u er ook vanuit: dat we ons houden aan de voorschriften mbt universitair opgeleide behandelaars en hoofdbehandelaars, dat we ons houden aan de salarisbepalingen in de cao's, dat we de intensieve contacten met ouders en school blijven uitvoeren, dat we kindnabij werken, dat we aan alle registratie- en verantwoordingsverplichtingen voldoen, dat we aandacht besteden aan inter- en supervisie, produktontwikkeling.....	Vanuit de inkoopregio Noord- en Midden Drenthe sluiten we voor wat betreft de tarieven Dyslexie aan bij de inkoopregio Zuid Drenthe. Dit betekent dat het voorgestelde tarief per behandeling komt te vervallen.Voor dyslexie zal de volgende tekst worden opgenomen: "Vanaf 1 januari 2017 zal de dyslexiezorg worden gecontracteerd op basis van een vaste bedrag voor diagnostiek en een vast bedrag voor behandeling, mits het resultaat wordt bereikt. Aanbieders kunnen €300,00 per maand per inwoner declareren voor de behandeling van dyslexie, tot een maximum van €4800,00. In een maand waarin geen behandeling plaatsvindt, kan niet gedeclareerd worden. Wanneer het resultaat behaald is voordat het maximumbedrag is gedeclareerd, kan de zorgaanbieder het resterende bedrag declareren bij afsluiting van het traject". Voor diagnose blijven we het tarief van €960,- hanteren. Daarnaast komt de beperking van maximaal 25% indirecte kosten te vervallen. Voor wat betreft de vervolgvraag gaan wij ervan uit dat de aanbieder de zorg levert welke nodig is voor een kwalitatief goed dyslexie traject. Dit sluit aan bij de uitgangspunten welke zijn opgesteld door de beide instituten.
371		bijlage 2	Stelt u eisen aan het opleidingsniveau van de medewerkers (mbo/hbo)?	Hiervoor verwijzen wij naar hoofdstuk 6.4 van het aanbestedingsdocument.
372	56 & 57	bijlage 2 en 3	Interventieniveau 4 is niet stapelbaar omdat er sprake is van enkelvoudige problematiek. Toch clustert de gemeente hier activiteiten op verschillende leefgebieden (z1 t/m Z4). Wilt u dit svp aanpassen?	Nee, de clustering betreft slechts het tarief.
373		bijlage 2 & 3	Inkoopmodel Resultaten: in het inkoopmodel in bijlage 2 Resultaten staat bij interventieniveau 8 "V1 BMO" (roze cel), deze kan ik niet terugvinden in bijlage 3 Tarieven. Onder het kopje Veilig wordt in bijlage 3 alleen V1 bij interventieniveau 4-6 benoemd en staat bij interventie niveau 8 geen V1 BMO (wel V2) Klopt het dat ik deze niet terug kan vinden?	In het inkoopmodel resultaten moet in de laatste kolom de 8 als niet geschreven worden beschouwd.

374		bijlage 2/3	Er wordt niets gezegd over crisishulp en het tarief daarbij? Wordt dat niet ingekocht? Waar kunnen we ons product FFkwijt?	Crisisopvang wordt door de 12 Drentse gemeenten gezamenlijk ingekocht. De gemeenten kopen resultaten in en geen producten.
375	57	bijlage 3	Wat wordt bedoeld met M1 max. 7,5 dd p.m.	De indeling van het aantal dagdelen wordt aangepast: M1 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand M2 wordt tot 16 dagdelen per maand en vanaf 16 dagdelen per maand M3 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand
376	57	bijlage 3	Wat wordt bedoeld met M1 max. 21 dd p.m.	De indeling van het aantal dagdelen wordt aangepast: M1 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand M2 wordt tot 16 dagdelen per maand en vanaf 16 dagdelen per maand M3 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand
377	57	bijlage 3	Wat wordt bedoeld met M2 max. 16 dd p.m.	De indeling van het aantal dagdelen wordt aangepast: M1 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand M2 wordt tot 16 dagdelen per maand en vanaf 16 dagdelen per maand M3 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand
378	57	bijlage 3	Wat wordt bedoeld met M2 max. 40 dd p.m.	De indeling van het aantal dagdelen wordt aangepast: M1 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand M2 wordt tot 16 dagdelen per maand en vanaf 16 dagdelen per maand M3 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand
379	57	bijlage 3	We zien grote verschillen in de tarieven M1, M2, M3 bij 18- versus 18+, waarom? Wat is er anders?	Er zijn geen verschillen in tarieven tussen 18- en 18+. Er zijn wel verschillen tussen de percelen 1, 2 en 3.
380	57	bijlage 3	Bij het domein 'zelfredzaamheid' staat achter Z1 een bedrag van bv € 300, achter Z2, Z3, Z4 staat geen bedrag. Is het bedrag van € 300 bedoeld om alle doelen Z1 tm Z4 te behalen of geldt voor Z2, Z3. Z4 ook een bedrag van € 300. In het geval dat een cliënt op alle 4 de domeinen ondersteuning nodig heeft betekent dit dan dat je een bedrag van € 1.200 kan declareren?	Dit is onjuist. Het bedrag van € 300 is bedoeld om alle doelen te behalen.
381		bijlage 3	Zijn verschillende producten als gezinshuis, behandeling en dagbesteding bij elkaar te voegen?	Voor het stapelen verwijzen wij de aanbieder naar pagina 14 van het aanbestedingsdocument.
382	57	Bijlage 3; perceel 3	Bij V2 is geen tarief benoemd; maar staat n.o.t.k.. Hoe ziet het traject tot het stand komen van deze tarieven eruit?	Het betreft de NHC en deze wordt met de betreffende aanbieders apart en voor contractering onder andere op basis van historische gegevens bepaald.
383	57	bijlage 3 perceel 3	Wanneer neemt u uiterlijk contact met ons op t.b.v. de totstandkoming van het tarief V2? Ons verzoek is uiterlijk 5 september, in verband met de overweging om al dan niet voor dit product aan te besteden.	Het betreft de NHC en deze wordt met de betreffende aanbieders apart en voor contractering onder andere op basis van historische gegevens bepaald.
384	57	Bijlage 3; perceel 1 & 2	Product M3 kent een maximum van 21 dagdelen per maand; dit komt neer op +/- 5 dagdelen per week. Onze verwachting is nl. dat we cliënten in zorg hebben met een huidig product 070D2, dwz 6 tot 10 dagdelen per week. Is het de bedoeling dat deze omgezet zullen worden naar M3. Is het ook uw verwachting dat 070D2 omgezet gaat worden naar product M3. Zo ja, wat is de oorzaak van het terugbrengen van het aantal dagdelen?	Het maximum van 21 dagdelen per maand bij M3 wordt losgelaten, waarbij het resultaat leidend zal zijn voor de vraag of M3 van toepassing is dan wel een andere vorm van dagbesteding.
385	57	Bijlage 3; perceel 1 & 2	De tarieven voor begeleiding zijn in 2017 lager ten opzichte van 2016. Impliceert dit dat iemand die in 2016 een beschikking heeft voor Begeleiding 10 - 20 uren per week in 2017 een beschikking heeft voor meerdere hoofdresultaten?	Dit kan, maar verschilt per casus.
386	57	bijlage 3	Hoewel deze vraag al gesteld is, willen wij ook het belang hiervan benadrukken. Op onze zorgboerderij zijn een aantal deelnemers die 9 dagdelen dagbesteding hebben op een indicatie D2. Wanneer deze deelnemers gebruik moeten maken van het product M1, kan maximaal 21 dd per maand gebruikt worden. Deelnemers zullen thuis en in hun omgeving in de problemen raken, wanneer zij niet een volledige week dagbesteding hebben. Heeft u rekening gehouden met het ontstaan van problemen elders? Is het mogelijk deze deelnemers toch een volledige werkweek te geven met een passend tarief?	Het maximum van 21 dagdelen per maand bij M1 wordt losgelaten. Het tarief wordt niet aangepast.

387		bijlage 3	V.w.b. de vermelde tarieven in de tarieven matrix voor 'G1 behandeling regulier niveau 4', 'G1 behandeling regulier niveau 5', 'G1 behandeling regulier niveau 6' en 'G1 behandeling kort intensief niveau 4', hierbij de volgende vragen: Is bouwsteen 'G1 behandeling kort intensief interventieniveau 4' een z.g. all-in project tarief of een maandtarief?	Alle tarieven zijn maandtarieven, tenzij anders staat aangegeven.
388		bijlage 3	Wat is de precieze inhoud van iedere bouwsteen?	Hiervoor verwijzen wij u naar bijlage 1.
389		bijlage 3	Hoeveel tijd (of cliënt contacturen) is berekend voor iedere bouwsteen?	Wij werken niet met uren, maar met resultaten.
390		bijlage 3	Wat is de bijbehorende consultfrequentie voor iedere bouwsteen?	Wij werken niet met frequenties, maar met resultaten.
391		bijlage 3	Wie bepaalt de criteria voor iedere bouwsteen?	De gemeente bepaalt het 'wat' en niet het hoe.
392		bijlage 3	Wie geeft toestemming voor behandeling voor een bepaalde bouwsteen?	De gemeenten.
393		bijlage 3	Wat te doen bij bijvoorbeeld een verwijzing via de huisarts? Kan de zorgverlener dan zelf de bouwsteen bepalen?	Voor het antwoord zie paragraaf 6.8 bovenaan p. 28.
394		bijlage 3	Stelt de zorgverlener zelf de bouwsteen vast en pas daarna de aanvraag zorg indienen?	Ja, zie paragraaf 6.9 p. 29 onder Start opdracht.
395		bijlage 3	Wat te doen als de 'gemeente' een ander bouwsteen voor ogen heeft?	De inwoner, aanbieder en gemeente gaan dan met elkaar in overleg.
396		bijlage 3	Hoelang moet de cliënt op toestemming wachten? (dit n.a.v. negatieve ervaringen in het verleden).	De gemeenten houden zich aan de wettelijke termijnen.
397		bijlage 3	Op welke wijze wordt het resultaat per bouwsteen vastgesteld?	Tussen inwoner en toegang. Eventueel wordt een aanbieder geconsulteerd.
398		bijlage 3	Wat te doen bij eventuele terugval van cliënt?	In geval van gewijzigde omstandigheden neemt de inwoner of aanbieder contact op met de gemeente. Tenzij de regels gelden zoals beschreven op pagina 14 onder afbakening.
399		bijlage 3	Hoe te declareren bij een follow-up /behandeling / evaluatie na een aantal weken of na bijvoorbeeld 2 a 3 maanden? Nieuwe bouwsteen?	Als het resultaat is behaald en de ondersteuning beëindigd wordt een eventueel evaluatieconsult gezien als onderdeel van het reeds afgesloten traject.
400		bijlage 3	Voor de bouwsteen D1 "Enkelvoudige diagnostiek" is de vaste vergoeding € 250, terwijl voor dezelfde bouwsteen in Zuid- Drenthe € 400 gerekend wordt. Wat is de verklaring hiervoor? Wat is de tijdsindicatie, die u voor deze bouwsteen redelijkerwijs inschat? Bent u bereid (om na overleg met Zuid- Drenthe door hun motivatie) de vergoeding aan te passen?	Het tarief wordt aangepast naar € 400.
401		bijlage 3	Omdat in arr c en d het zelfst wonen is weg laten, moet je dit lezen als een doel waar je niet aan werkt?	Onze inschatting is dat de problematiek in arrangement c en d dermate complex is dat er nog geen sprake kan zijn van toewerken naar zelfstandig wonen.
402		bijlage 3	Hoe kun je inschrijven op een product als het tarief nog onbekend is. BW?? Wanneer verwacht men dat dit bekend is? Voor inschrijving?	Het betreft de NHC en deze wordt met de betreffende aanbieders apart en voor contractering onder andere op basis van historische gegevens bepaald. Om in aanmerking te komen voor contractering dient de aanbieder zich in te schrijven voor dit resultaat.
403		bijlage 3	Staan de interventieniveaus hier wel juist weergegeven? Er staat nu 2 keer interventieniveau 8.	Dit wordt aangepast.
404	57	bijlage3	M1, M2, M3: de gemeente geeft hier een maximum aantal dagdelen mee. Waarom stuurt de gemeente hier op dagdelen in plaats van op resultaten? Naar onze mening gaat de gemeente hier op de stoel van de aanbieder zitten door niet het 'wat' maar het 'hoe' te bepalen.	Gezien het specifieke karakter van deze ondersteuning is hier gekozen voor een afwijkende systematiek. Het aantal dagdelen ondersteuning wordt in samenspraak tussen inwoner, zorgaanbieder en gemeente vastgesteld.
405	57	bijlage 3	M1, M2, M3: het bestaan van een maximum aantal dagdelen impliceert dat er ook een minimum aantal dagdelen is. Als de gemeente inderdaad aan de aanbieder voorschrijft hoe het resultaat hier behaald moet worden, kunt u dan svp ook het minimum aantal dagdelen vermelden?	De indeling van het aantal dagdelen wordt aangepast: M1 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand M2 wordt tot 16 dagdelen per maand en vanaf 16 dagdelen per maand M3 wordt tot 8 dagdelen per maand en vanaf 8 dagdelen per maand



406	57	bijlage 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiseren de gemeenten zich welke impact het heeft voor de thuissituatie als het aantal dagdelen voor cliënten die nu 6-10 dagdelen gebruik maken van dagbesteding per 1-1-2017 teruggebracht moet worden naar max 5 dagdelen (o.a. de belasting van de mantelzorg en minder structuur voor de cliënt)?</li> <li>• Dat dit mogelijk ook tot effect heeft dat cliënten meer wijkverpleging nodig hebben vanuit de ZVW. Dus de gemeente schuift deel van het probleem en financiële lasten richting zorgverzekeraar. Hoe staat de gemeente hierin?</li> <li>• Dit is beleid dat de gemeenten voeren, dus vind ik dat zij ook degenen zijn die dit naar deze cliënten communiceren. Hoe staat de gemeente hierin?</li> <li>• Dit heeft ook organisatorisch gevolgen voor ons: impact op onze personele inzet/ bezetting wat we opnieuw moeten inregelen. Hoe staat de gemeente hierin?</li> </ul>	Het maximum aantal dagdelen per maand wordt losgelaten.
407	57	bijlage 3	<p>Als er sprake is van enkelvoudige indicatie voor bijv M4 interventie niveau 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• is het tarief dusdanig dat slechts zeer beperkte uren begeleiding geboden kunnen worden. Veel beperkter dan nu het geval is (1-9,9 uur dan wel 10-20 uur per week) Verwacht de gemeenten dat regelmatig enkelvoudig M4 zal worden geïndiceerd?</li> <li>• Hoe zijn de tarieven tot stand gekomen? Is hiervan een kostprijsberekening beschikbaar die gedeeld kan worden?</li> </ul>	Interventieniveau 4 betreft milde enkelvoudige problematiek als er sprake is van ernstige enkelvoudige problematiek dan valt de inwoner onder interventieniveau 5. Dit is casus afhankelijk. Wij hebben gebruik gemaakt van de expertise van een representatieve groep van aanbieders. De tarieven zijn op een coöperatieve manier tot stand gekomen.
408		bijlage 3	Figuur bijlage 3, hoe moet je dit lezen? Is het 1 tarief voor de 4 onderdelen? Of per onderdeel?	Een aantal hoofdresultaten is geclusterd en hiervoor geldt één tarief.
409		bijlage 3	Voor alle bouwstenen de vraag: kun je inkopen op interventie niveau 5 en 6 inkopen? En 4 dus niet?	Ja, dit is mogelijk.
410		bijlage 3	Vraag: mocht je vanuit BW toch Z5 willen inzetten, kan dit dan?	Voor BW wordt Z5 niet geïndiceerd.
411		bijlage 3	Z2, zit hier in ook opgenomen dat je jeugdigen helpt hun financiën goed te beheren? Als dit een onderdeel is van een totaal traject, kun je er dan nog gebruik van maken?	Z2 kan voor jeugdigen worden ingezet afhankelijk van de casus. Echter wanneer dit onderdeel uitmaakt van een behandeltraject wordt er geen aparte indicatie voor Z2 verstrekt.
412		bijlage 3	Kun je M4 stapelen met G3 (interventieniveau 8)?	Dit is casus afhankelijk.
413		bijlage 3	G3, klopt het dat hier 1 tarief voor staat, er zijn echter grote verschillen tussen opvang en behandeling in een gezinshuis. Voor die laatste zien we het tarief niet terug. Kan deze bouwsteen ook precieser omschreven worden?	Het klopt dat hiervoor 1 tarief staat. Voor de inhoudelijke omschrijving van het resultaat verwijzen we de aanbieder naar pagina 52.
414		bijlage 3	U geeft algemene tarieven met algemene doelstellingen. Kunnen wij een opdracht weigeren als wij van mening zijn dat de genoemde doelstellingen niet reëel of haalbaar zijn binnen de geldende tarieven?	Nee, een aanbieder kan alleen weigeren op grond van hetgeen genoemd staat in hoofdstuk 6.11 (pagina 29).
415		bijlage 3	Reguliere tarieven voor interventieniveau 6 is ca EUR 73 per uur. Dit betekent bij een tarief van EUR 300 per maand (bij V,Z,M en G) dat wij ca 4 uur dienstverlening kunnen bieden. Komt dit overeen met uw inschatting? Dat lijkt ons namelijk aan de lage kant.	De gemeenten kopen in op resultaten en niet op uren of producten. De aanbieder ontvangt een vast tarief per resultaat per inwoner per kalendermaand.
416		bijlage 3	In de tarieven bijlage staan bijvoorbeeld bij Z1 een tarief van 150 euro. Er staan vier resultaatgebieden. Houdt dit in 150 euro voor z1 tm z4 of is dit per resultaatgebied 150 euro. Stel z1 tm z4 staat in het resultatenplan, vertegenwoordigt dit dan 600 euro?	Bij interventieniveau 4 gaat het altijd om één resultaat, dus bijvoorbeeld alleen Z1. Als er sprake is van inzet op meerdere resultaten vindt er een verschuiving plaats naar interventieniveau 5 of 6 afhankelijk van de casus. Hiervoor wordt voor Z1 t/m Z4 één tarief gehanteerd.
417		bijlage 3, vraag 84	Er is inmiddels gesignaleerd dat er geen passend tarief bij M1 en M3 lijkt te zijn voor de cliënten die nu product 070D2 beschikt hebben gekregen. Bij beschermd wonen is er voor de producten M1, M2 en M3 slechts 1 tarief van 660 euro per maand. Dit doet geen recht aan de diversiteit in de zorgvolumes die bestaan. Wij verzoeken u voor beschermd wonen, analoog aan de differentiatie bij Jeugd en WMO, verschillende tarieven voor de verschillende zorgvolumes (tot 7,5, 21 en 40 dagdelen per maand) te maken.	Wij nemen deze suggestie niet over.

418		bijlage 3, M1, M2 en M3	Indien een client met een indicatie beschermd wonen bij aanbieder X dagbesteding heeft bij aanbieder Y (geen overeenkomst Beschermd Wonen), wordt dan de bouwsteen M3 uit de WMO overeenkomst beschikt?	Nee, hiervoor dient de aanbieder zich in te schrijven op perceel 3, M1/M2 en M3.
419	58	bijlage 4	In de bijlage 4 over Norm Verantwoorde Werktoedeling wordt gesproken over de Wet kwaliteit Zorginstellingen. Deze is per 01-01-2016 vervangen door de WKKGZ (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)Tevens werkt de link niet meer in deze bijlage (mogelijk omdat deze ook verwijst naar de oude versie van het kwaliteitskader jeugd..)	Waarvan akte.
420	59	bijlage 4	Kunt u toevoegen dat ook niet-geregistreerde professionals onder regie van geregistreerde professionals conform Norm Verantwoorde Werktoedeling clientgebonden tijd mogen registreren?	Dit betreft interne bedrijfsvoering. Wij verwachten dat de aanbieder de gestelde eisen conform de Norm van verantwoorde werktoedeling toepast.
421	60	bijlage 4	Factureren zorgaanbieders per maand of per 4 weken?	Per kalendermaand.
422	61	bijlage 5- Inkoopvoorwaarden	In hoeverre zijn de artikelen 6 t/m 12 van toepassing op een 'GGZ ZZP-praktijk' werkzaam in de bouwstenen G1, Interventieniveau 4 t/m 6?	De inkoopvoorwaarden zijn voor alle aanbieders van toepassing. Het gaat hier om algemene inkoopvoorwaarden waarbij niet alle artikelen van toepassing zijn op deze opdracht.
423	61	bijlage 5	Bijlage 5, artikel 4. De nu genoemde werkwijze past niet bij deze inkoop Als de toewijzingen/beschikkingen de capaciteit overtreft , en er ontstaan wachtlijsten is niet de aanbieder in gebreke, maar de sturing vooraf vanuit de gemeenten de oorzaak.	Wij kunnen deze opvatting niet delen. Wij zien het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid dat er geen of in beperkte mate wachtlijsten zullen ontstaan.
424	61	bijlage 5, artikel 5	Op dit moment is materiele controle alleen mogelijk met in achtname van de Regeling Jeugdwet (Staatscourant 2016 nr. 44178 24 augustus 2016). O.i. moet artikel 5 worden uitgesloten. Artikel 5 is, wanneer het om materiele controle, strijdig met de Jeugdwet en aanverwante regelingen. Wilt u dit in de Nota van Inlichtingen bevestigen?	De inkoopvoorwaarden zijn voor alle aanbieders van toepassing. Het gaat hier om algemene inkoopvoorwaarden waarbij niet alle artikelen van toepassing zijn op deze opdracht.
425	62	bijlage 5, artikel 8	In lid 1 van artikel 8 staat beschreven dat alle documenten moeten worden opgeleverd die bij de prestatie horen. Omdat een behandelplan en de bijbehorende rapportages gemaakt worden als onderdeel van de prestatie, zullen deze ook opgeleverd moeten worden. Aangezien dit niet in de geest van dit artikel is, stellen wij voor om dit artikel uit te sluiten. Kun u zich hier in vinden?	De inkoopvoorwaarden zijn voor alle aanbieders van toepassing. Het gaat hier om algemene inkoopvoorwaarden waarbij niet alle artikelen van toepassing zijn op deze opdracht.
426	64	Bijlage 5: art. 13.1	Op welke wijze geschiedt de facturering? (iWMO, VECOZO)	Met betrekking tot de facturering verwijzen wij naar pagina 28, paragraaf 6.10.
427	64	bijlage 5	Bijlage 5 artikel 15; het intellectuele eigendom die ontstaan bij prestaties kan nooit aan de gemeente toebehoren, die blijven eigendom van de aanbieder.	De inkoopvoorwaarden zijn voor alle aanbieders van toepassing. Het gaat hier om algemene inkoopvoorwaarden waarbij niet alle artikelen van toepassing zijn op deze opdracht.
428	66	bijlage 6a	Vraag 1: Kan aanbieder het contract opzeggen bij verlenging door de gemeente? Vraag 2: Begrijpen wij goed dat tussentijdse opzegging van het contract alleen mogelijk is conform 3.5? Vraag 3: geldt leveren van zorg onder de kostprijs van de aanbieder als 'reden van dusdanig klemmende aard ...'?	Antwoord vraag 1: Het betreft hier een eenzijdige verlenging dus kan de zorgaanbieder de raamovereenkomst, zonder gewichtige redenen, niet opzeggen. Antwoord vraag 2: Dat klopt. Antwoord vraag 3: Dat zou een reden kunnen zijn, hierbij geldt dat er eerst overleg plaatsvindt tussen de zorgaanbieder en gemeente. Bij opzegging gaan de gemeenten direct op zoek naar een andere zorgaanbieder waar de inwoners terecht kunnen voor ondersteuning.
429	66	6a, 3.3	Bijlage 6A . artikel 3.3 ; er staat dat de gemeenten de overeenkomst kunnen aanpassen afhankelijk van ontwikkelingen. De opdrachtnemer heeft dan het recht de overeenkomst te ontbinden. Dit ook opnemen in dit artikel.	Wijzigingen vinden in overleg plaats, zie hiervoor artikel 3, lid 5.
430	66	Bijlage 6a	Wordt er ook nog een prijsbijlage en overzicht van de gecontracteerde resultaten toegevoegd bij de overeenkomst?	Bij elke aanbieder waarmee een raamovereenkomst wordt afgesloten zal een bijlage worden toegevoegd waarop staat aangegeven voor welke resultaten er een overeenkomst wordt gesloten.

431	66	bijlage 6a, Raamovk	<p>In de Raamovereenkomst ontbreekt o.i. een artikel over nakoming van de overeenkomst. Wij stellen voor dit wel op te nemen, omdat anders de artikelen van de algemene voorwaarden van de gemeente Assen van toepassing zijn. Wij achten een onmiddellijk opeisbare boete, zoals verwoord in artikel 4.1 van de algemene voorwaarden niet verenigbaar met de aard van de jeugdhulp. Wilt u dit artikel 4.1 uitsluiten c.q. in de raamovereenkomst een artikel over nakoming opnemen?</p> <p>Bijvoorbeeld: Niet-nakoming c.q. ontbinding van de overeenkomst</p> <p>lid 1 De Opdrachtnemer zal, zodra het voor hem kenbaar wordt dat hij zijn prestatie niet binnen de afgesproken termijnen of op het afgesproken tijdstip kan verrichten, dit schriftelijk aan de Opdrachtgever mededelen, met vermelding van de aard van deze omstandigheden, de door hem getroffen of te treffen maatregelen en de vermoedelijke duur van de vertraging.</p> <p>lid 2 Wanneer een partij tekortschiet in de nakoming van een of meer van zijn verplichting(en) uit deze overeenkomst, zal de andere partij hem in gebreke stellen, waarbij een redelijke termijn zal worden geboden om alsnog aan de verplichting(en) te voldoen. Wanneer de nakoming niet meer mogelijk is zal de nalatige partij onmiddellijk in verzuim zijn.</p> <p>lid 3 Wanneer een partij, na inachtneming van lid 1, toerekenbaar tekort schiet in de nakoming van zijn verplichtingen is de andere partij bevoegd om de overeenkomst per direct te ontbinden, zonder schadevergoedingsplicht.</p> <p>lid 4 Artikel 4.1 van de algemene inkoopvoorwaarden van de gemeente Assen wordt uitdrukkelijk uitgesloten.</p>	De inkoopvoorwaarden zijn voor alle aanbieders van toepassing. Het gaat hier om algemene inkoopvoorwaarden waarbij niet alle artikelen van toepassing zijn op deze opdracht. Het genoemde in artikel 4.1 is niet van toepassing naar aanleiding van het gestelde in deze vraag.
432	66	bijlage 6a, Raamovk	In artikel 3.2 staat dat de opdrachtgever de overeenkomst eenzijdig kan verlengen. Dit strookt niet met de aard van een overeenkomst (tweezijdigheid). Wilt u opnemen dat een verlenging altijd in overleg met de opdrachtnemer tot stand komt?	Deze bijzondere voorwaarde wensen de gemeenten te handhaven.
433	66	bijlage 6a en 6b	<p>In de algemene leveringsvoorwaarden van aanbieder staat in artikel 4 het volgende: De zorgaanbieder kan niet afwijken van deze algemene voorwaarden, tenzij dat uitdrukkelijk is overeengekomen met de cliënt en de afwijking niet in diens nadeel is. Afwijkingen dienen schriftelijk te zijn overeengekomen.</p> <p>In hoeverre is dit tegenstrijdig met de tekst in art. 1.3 van de concept Raamovereenkomsten (bijlage 6A en 6B)?</p> <p>Op deze Overeenkomst zijn, met uitsluiting van de algemene voorwaarden van Opdrachtnemer, de algemene inkoopvoorwaarden van de gemeente Assen van toepassing.</p>	Door in te schrijven op deze aanbesteding gaat de aanbieder akkoord met de geldende voorwaarden en procedures.
434	66	3	Duur van de overeenkomst. U spreekt over een periode van twee jaar die driemaal eenzijdig verlengd kan worden. Kunnen wij een verlenging weigeren?	Het betreft hier een eenzijdige verlenging dus kan de zorgaanbieder de raamovereenkomst, zonder gewichtige redenen, niet opzeggen.
435	66	3	Kunnen wij de overeenkomst (tussentijds) opzeggen? Zo ja, op welke gronden?	De aanbieder kan opzeggen op grond van gewichtige redenen.
436	66	3.3	U schrijft "Wanneer ontwikkelingen binnen de Jeugdzorg en Wmo daar aanleiding toe geven, heeft Opdrachtgever de bevoegdheid om gedurende de looptijd van de Overeenkomst aanpassingen te doen in relatie tot deze ontwikkelingen.". Kunnen wij de overeenkomst opzeggen als u deze wijzigingen door wil voeren?	Wijzigingen vinden in overleg plaats, zie hiervoor artikel 3, lid 5.
437	66	3.5	In 3.5 heeft u het over generieke opzegging, in 3.6 vermeldt u alleen gevallen waarbij de opdrachtgever de opzeggende partij is. Gelden deze genoemde gevallen kwalitatief qua ook voor opdrachtnemer?	Het betreft hier een eenzijdige verlenging dus kan de zorgaanbieder de raamovereenkomst, zonder gewichtige redenen, niet opzeggen.

438	66 en 69	bijlage 6a en 6b	In hoeverre heeft de aanbieder de mogelijkheid om niet akkoord te gaan met de verlenging?	Het betreft hier een eenzijdige verlenging dus kan de zorgaanbieder de raamovereenkomst, zonder gewichtige redenen, niet opzeggen.
439	67 e.v.	bijlage 6a - 3.3, 9 en 10	3.3 is alleen mogelijk in relatie met 9 en 10. Deelt u deze mening?	Ja.
440	67	bijlage 6a art 3.2	Wij realiseren ons dat het aanbestedingsdocument integraal deel uitmaakt van de overeenkomst. Wij willen u in overweging geven om t.a.v. de indexering van de tarieven de desbetreffende bepaling (art. 3.1) uit het aanbestedingsdocument over te nemen in de raamovereenkomst. Dit bevordert en verduidelijkt de leesbaarheid van dit artikel in de raamovereenkomst.	Wij nemen deze suggestie niet over.
441	67	bijlage 6a art. 3.3	Deze bepaling geeft de opdrachtgever de bevoegdheid om gedurende de looptijd van de overeenkomst aanpassingen te doen. Wij verzoeken u hieraan toe te voegen: 'in overleg met de betrokken aanbieders'. Wij verwijzen hierbij ook naar art. 9.2 dat bepaalt dat zowel opdrachtgever als opdrachtnemer een wijziging uitdrukkelijk moeten aanvaarden.	Het gestelde in artikel 9, lid 2 impliceert dat er overleg tussen opdrachtgever en opdrachtnemer plaatsvindt.
442	67	6a, 3.6.1	Artikel 3.6.1 wie bepaalt of de opdrachtnemer niet meer voldoet aan de kwaliteitseisen en zijn de eisen vooraf concreet bepaald en opgenomen ? Waar staan deze eisen?	Het gestelde onder artikel 3.6.1 staat in het document niet opgenomen. De kwaliteitseisen staan in het document opgenomen onder hoofdstuk 6.4.
443	67	bijlage 6a, Raamovk	In artikel 3.3 staat dat de opdrachtgever de overeenkomst gedurende de looptijd eenzijdig mag aanpassen. Dit verhoudt zich niet met de aard van een aanbestedingstraject. De algemene beginselen van het aanbestedingsrecht brengen met zich mee dat de gemeenten de voorwaarden van de overeenkomst niet zonder meer kunnen wijzigen. Niet-wezenlijke wijzigingen (bagatels) kunnen in overleg worden doorgevoerd. Wezenlijke wijzigingen zijn niet mogelijk of zullen moeten leiden tot heraanbesteding. Eenzijdige aanpassing strookt bovendien niet met de aard van een overeenkomst en evenmin met de artikelen 9.1 en 9.2 van de Raamovereenkomst. Ook artikel 10.1 is hierbij van belang. Wilt u artikel schrappen ? Wilt u artikel 3.3 schrappen?	Wij schrappen de artikelen niet. Wij delen uw mening niet. Wij handelen in lijn met de brochure van de VNG over het wijzigen van Europees aanbestede contracten in het sociale domein. Zie <a href="http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf">http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/wijzigen_van_europees_aanbestede_contracten_versie_1_0_augustus_2016.pdf</a>
444	67 en 69	bijlagen 6a en 6b	Wij gaan ervan uit dat, indien de aanbieder zich niet kan verenigen met de wijzigingen, de aanbieder een opzegmogelijkheid heeft. Klopt dit?	Wijzigingen vinden in overleg plaats, zie hiervoor artikel 3, lid 5.
445	68	bijlage 6a, raamovk	In artikel 14.1 wordt verwezen naar de Wet Bescherming Persoonsgegevens terwijl er op het gebied van privacy de sectorwetgeving in de Jeugdwet en Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is en soms voorgaat op de WBP. Wilt u in artikel 14.1 de Jeugdwet en de WGBO toevoegen?	Wij nemen deze suggestie niet over. Dit vloeit voort uit de geldende wet- en regelgeving.
446	68	6a, art 11	Waarom is dit artikel opgenomen?	Dit artikel is opgenomen om te voorkomen dat de gehele overeenkomst onverbindend wordt verklaard.
447	68	bijlage 6a - 12	Er is geen mogelijkheid van onderaannemerschap tenzij afgesproken met de opdrachtgever?	Het al dan niet inschakelen van onderaannemers is de verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer.

448	68	12	<p>In artikel 12 van de raamovereenkomst wordt omschreven dat het overdragen van rechten en/of plichten aan derden slechts met voorafgaande goedkeuring van de Gemeente mogelijk is. Veel ondernemingen en aanbieders aan de gemeenten hebben een financiering bij een bancaire instelling. Voor deze financieringen worden zekerheden verstrekt. De zekerheid die daarbij veelal wordt verstrekt en gevraagd is de vordering die zij op gemeenten(klanten) gaan krijgen in de toekomst. Door de kredietcrisis in o.a. Griekenland komt er meer regeldruk vanuit Europa. Bancaire instellingen mogen voortaan alleen financieringen verstrekken als er contractuele zekerheden kunnen worden overlegd. Het zogenoemde verpandingsverbod leidt ertoe dat de vorderingen, die onder deze overeenkomst zijn ontstaan, niet kunnen worden verpand aan de bank. Geen verpanding is geen zekerheid en geen zekerheid leidt ertoe dat aanbieders in de toekomst mogelijk geen financiering meer kunnen afsluiten. Wij verzoeken u om artikel 12 in de overeenkomst te vervangen door artikel 25 uit de algemene voorwaarden van de rijksoverheid . De integrale tekst van dit artikel luidt:</p> <p>25 Overdracht rechten en verplichtingen uit de Overeenkomst 25.1 Partijen mogen de uit de Overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen niet zonder toestemming van de andere Partij aan een derde overdragen. Toestemming wordt niet onder redelijke grond geweigerd. Partijen kunnen daaraan voorwaarden verbinden. 25.2 Het eerste lid geldt niet ten aanzien van het vestigen van beperkte rechten, zoals een pandrecht.</p>	De gemeenten zien dit als een verplicht artikel en het artikel wordt dan ook niet gewijzigd.
449	73	bijlage 8	Verwacht de gemeente dat de aanbieder een kwaliteitsmanagementsysteem heeft voor alle punten die genoemd zijn? Dus vervoer, social return, contractbeheer/management, monitoring etc?	Ja, dat verwachten de gemeenten.
450	73 e.v.	bijlage 8	Klopt het dat invulling van deze bijlage en toevoeging van de genoemde bijlagen 9 en 10 alle voor inschrijving benodigde documentatie betreft?	Ja, dus bijlage 8, 9 en 10.
451		bijlage 8	Uit de documenten met betrekking tot de NMD-aanbesteding Wmo & Jeugdwet 2017 blijkt dat ik als zelfstandige kleine ondernemer een kwaliteitssysteem nodig heb. Uit een van de beantwoordingen van een nota van inlichtingen begrijp ik dat een keurmerk ZZP-er Zorg voldoende zou zijn. Deze kan ik aanvragen en daarmee een registratie verkrijgen, maar ik kan pas na 1 jaar een certificaat daarvan ontvangen. Uiteraard voldoe ik op dit moment aan de eisen die mijn eigen beroepsvereniging aan mij en mijn praktijk stelt. Is dat voldoende of moet ik het keurmerk aanvragen om in aanmerking te kunnen komen voor een contract? En is het noodzakelijk om het certificaat al te hebben of is in eerste instantie een registratie voldoende?	Het uitgangspunt van het kwaliteitskader is het concept 'verantwoorde hulp'. Onder verantwoorde hulp wordt verstaan dat het hulp is van 'goed' niveau; hulp die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht is (en die is afgestemd op de reële behoefte van de inwoner en andere vormen van hulp). Wij vinden het van belang dat ook een ZZP-er, middels een kwaliteitsmanagementsysteem, bewust bezig is met het monitoren, evalueren, doorontwikkelen en borgen van deze kwaliteitsaspecten. Een beroepsvereniging kan de aanbieder mogelijk ondersteunen en adviseren bij het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem.
452	74	bijlage 8	Wij missen hier het Prezo kwaliteitskeurmerk, Vergten om deze op te nemen?	Het Prezo kwaliteitskeurmerk is een vorm van een eigen kwaliteitsmanagementsysteem.
453	UEA 5	onderdeel D	<p><b>Onderaanneming:</b> is de ondernemer van plan een gedeelte van de opdracht in onderaanneming aan derden te geven?</p> <p><i>Onze vraag is:</i> wij werken in onze bedrijfsformule uitsluitend met zelfstandige zorgverleners. In het inkoopdocument is hierover niets terug te vinden. De gemeente contracteert niet de zelfstandige zorgverlener, maar onze organisatie. Is de aanneme correct dat werken met zelfstandige zorgverleners niet wordt gezien als onderaanneming?</p>	<p>Deze aanneme is niet correct.</p> <p>Er zijn, los van een beroep doen op een derde partij om te voldoen aan geschiktheidseisen, 2 vormen van samenwerking te onderscheiden. -1. Combinatievorming: Ondernemers werken op gelijk niveau met elkaar samen. Ze zijn samen of vaak zelfs ieder voor het geheel (hoofdelijk) verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht</p> <p>2. Onderaanneming: De hoofdaannemer (ook bij leveringen en diensten kan hiervan sprake zijn) kan een onderaannemer inschakelen voor bepaalde delen van het werk. De hoofdaannemer blijft ten alle tijden verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht.</p>

454	75	bijlage 9	We willen graag aanbesteden en contracten als 'geheel' samenwerkingsverband. Nu is het zo dat deze naam bij de KVK aan 1 persoon gekoppeld is en dat onder het samenwerkingsverband een zevental vrijgevestigde zorgverleners werken. Dus eigenlijk allemaal eenmanszaakjes met een nadrukkelijk, doordracht en uitvoerig samenwerkingscontract. We hebben ons recent laten adviseren met betrekking tot de rechtsvorm, maar juridisch adviseur van de VVAA acht dit bij ons nog altijd het meest passende model. Ik neem aan dat wij als combinatie danwel als samenwerkingsverband aanbesteden. Wat ik graag wil weten: of een ieder van ons apart bijvoorbeeld een KVKinschrijving, VOG, etc. moet overleggen. Of dat ik dat namens het gehele samenwerkingsverband kan en mag doen. Dit laatste lijkt me het meest eenvoudig en bij vragen kan een ieder van ons uiteraard alles overleggen zo nodig.	Hiervoor verwijzen we de aanbieder naar paragraaf 5.16, 3e bullet.
455	75	bijlage 9	Wij zijn een groep bestaande uit drie stichtingen waarvan in 2 hulpverlening plaatsvindt als bedoeld in deze aanbesteding. We zullen niet zelfstandig aanbesteden. Hoe vullen wij dit document dan in: als combinatie waarbij 1 werkstichting het voortouw neemt en de andere werkstichting vermeld? Of als groep onder de overkoepelende naam van de groep? En wat betekent dat voor de in te vullen formulieren?	Onze voorkeur gaat er naar uit dat de aanbieder zich inschrijft als één entiteit.
456	75	bijlage 9	Veld identificatie: in de uitleg wordt aangegeven dat hier de naam van de persoon die tekent moet worden weergegeven. Moet dit niet de inschrijvende organisatie zijn. De vertegenwoordiger die tekent wordt namelijk op pagina 4 uitgevraagd? Bovendien wordt anders nergens de naam van de deelnemende organisatie weergegeven.	Het betreft hier de naam van de organisatie. Het pijltje van de uitleg had moeten staan "bij contactpersoon" in plaats van "Veld identificatie".
457	75	bijlage 9	Algemene informatie: de definitie van middelgroot is voor ons niet eenduidig. Is aantal medewerkers samen met de omzet leidend of kan ook alleen de omzet leidend zijn?	Uitleg staat in de voetnoot op pagina 2 van de bijlage.
458	75	bijlage 9, pagina 1, 6 & 7	In het eerste blok op pagina 1 is door jullie aangevinkt: "Deze aanbesteding betreft: een procedure <b>boven</b> de van toepassing zijnde Europese aanbestedingsdrempel (NB vul deel III C in)" Toch geven jullie in de toelichting aan de vragen in deel III A en B te beantwoorden. Dat lijkt niet consistent. Waarom vragen jullie de aanbieder deze vragen toch te beantwoorden?	Op 18 juli 2016 is een nieuwe versie van het Uniforme Europese Aanbestedingsdocument door het Ministerie van Economische Zaken ter beschikking gesteld. Deze versie wijkt op enige punten af van de versie van 8 juli 2016 zoals opgenomen in het aanbestedingsdocument. Inhoudelijk zijn er geen wezenlijke wijzigingen. Alleen de onderdelen in deel IIIA en IIIB dienen ook ingevuld te worden. Indien de aanbieder de eerdere versie al heeft ingevuld, zullen wij die derhalve ook accepteren. De nieuwe versie zullen wij publiceren op Tendered.
459	75	bijlage 9, pag. 12	Is de ondernemer van plan een gedeelte van de opdracht in onderaanneming aan derden te geven? Op dit moment zijn wij dit niet van plan, maar mocht het in de toekomst voorbij komen, dan willen we dit misschien oppakken. Wanneer wij nu 'nee' invullen (omdat we het nu nog niet van plan zijn), is het dan nog wel mogelijk om het in de toekomst wel te doen? Of moeten we dan nu alvast ja invullen?	Vooralsnog heeft het geen consequenties al de aanbieder nu aangeeft geen substantieel deel van de opdracht in onderaanneming wil uitvoeren. Mocht de aanbieder tijdens de loop van de overeenkomst wel een substantieel deel van de opdracht in onderaanneming willen laten uitvoeren, dan is dat een wezenlijke wijziging in de contractuele verhouding.
460	76	bijlage 10	Bij het invullen van de bijlage 10 zien wij dat bij de gemeente Noordenveld de Z5 niet is toegevoegd. Graag horen wij van u of dit gewijzigd moet worden.	Noordenveld en Midden Drenthe doen niet mee met Z5. Dit staat in het document op pagina 19 paragraaf 5.3.
461		bijlage 10	In de door u aangeleverde bijlage 10, van de stukken voor inkoop WMO en Jeugd 2017, constateren wij dat er op een aantal plekken de 'vinkjes' in een hokje links van het aangeklikte hokje worden geplaatst. De vraag is of dit klopt of dat er iets niet goed werkt bij ons. Wij zijn voornemens u de stukken toe te sturen, echter we willen dit wel op de juiste manier doen.	Zolang het maar duidelijk is of de aanbieder het resultaat wil contrateren.
462		bijlage 10	Wat wordt in bijlage 10 bedoeld met 'aantal inwoners in zorg'?	Het huidige aantal inwoners in zorg dat Zorg in Natura ontvangt op het betreffende resultaatgebied.

463	76	bijlage 10	U vraagt naast het aanvinken van de bouwstenen ook 'het aantal inwoners in zorg'. Is dit verplicht? Ik vraag dit omdat het heel erg veel tijd kost om met terugwerkende kracht uit te zoeken welke cliënt in welke bouwsteen thuishoort. Ik moet dan in het hele systeem alle cliënten één voor één bij langs. De huidige systemen (EPD's) zijn nl nog niet ingericht op de komende bouwstenen. Stel uw antwoord is 'ja dat is verplicht' over welke periode wilt u deze gegevens dan ontvangen? Ik ga er echter van uit dat uw antwoord zal zijn dat het géén verplichting betreft daar u al vele gegevens over de afgelopen twee jaar van ons ontvangen hebt en daar m.i. voldoende uit af kunt leiden.	Ja, aanbieders worden verzocht dit aan te leveren. Het gaat om huidige inwoners in zorg.
464	76	bijlage 10	Voor Z5 staat voor de niveaus 4-6 dezelfde tarieven vernoemd. Dit zien wij nergens anders terug en juist een opbouw van tariefstelling tussen niveaus. Waarom is dit niet zo vormgegeven in Z5?	Z5 is in te zetten op de verschillende interventieniveaus. De intensiteit van de in te zetten ondersteuning zal niet wezenlijk anders zijn.
465	76	bijlage 10	Hoe is de tariefstelling van Z5 tot stand gekomen en op welke pijlers is deze gebaseerd?	Het referentiekader voor het vaststellen van de tarieven is verwoord op pagina 13, paragraaf 3.1 in het aanbestedingsdocument. Het referentiekader is de input van de aanbieders, de gegeven van 2015 en zo mogelijk 2016 en informatie uit de omgevingsanalyse.
466	76	bijlage 10	Is onze aanneme juist dat de genoemde tarieven voor Z5 maandtarieven zijn en geen periodetarieven?	Dit is een juiste constatering.
467	76	bijlage 10	wat wordt bedoeld met inwoners in zorg? Alle geldstromen of specifiek WMO/Jeugdwet, gefinancierd door de gemeentes?	Het huidige aantal inwoners in zorg dat Zorg in Natura ontvangt op het betreffende resultaatgebied.
468		bijlage 10	We zien verschil in de tarieven Dagbesteding tussen perceel 1 en 3 waarom? Waarom zijn de tarieven dagbesteding in perceel 3 lager en kunnen we dagbesteding uit perceel 1 stapelen met beschermd wonen uit perceel 3	Het referentiekader voor het vaststellen van de tarieven is verwoord op pagina 13, paragraaf 3.1 in het aanbestedingsdocument. Het referentiekader is de input van de aanbieders, de gegeven van 2015 en zo mogelijk 2016 en informatie uit de omgevingsanalyse. Hierdoor kunnen de tarieven per resultaat verschillen.
469		bijlage 10	Als wij bv bij gemeente Noordveld een ZIN contract hebben, zijn cliënten dan verplicht om ZIN bij ons af te nemen, of mogen ze dan ook bij ons met een PGB hun zorg inkopen als ze uit de gemeente Noordveld komen.	Dat mag, de inwoner heeft de keuze.
470		bijlage 10	Wat als op dit moment er geen cliënten in caseload zijn (dus niets bij aantal inwoners kan invullen), maar wel de wens en de mogelijkheid is om de bouwsteen te leveren vanaf 2017. Vul ik dan '0' in bij aantal en kruis ik alleen 'contract' aan?	Ja, dit klopt.
471		bijlage 10	Waar kan in bijlage 10 aangegeven worden dat bepaald aanbod altijd bestaat uit een stapeling van verschillende bouwstenen?	Dit is niet mogelijk.
472		bijlage 10	Wat dient er in bijlage 10 ingevuld te worden bij 'contract'?	Dit dient aangevinkt te worden indien de aanbieder op dit resultaatgebied een overeenkomst wenst aangaan.
473		algemeen	We merken dat ouders onder druk staan als het gaat om keuze PGB of ZIN, als wij ZIN aan kunnen bieden, houden ouders dan toch vrije keus om voor PGB te kiezen?	Ja.
474		algemeen	Om mee te doen met de aanbesteding voor 2017 kan ik me aanmelden bij TenderNed. Is dit als vrijgevestigde (aangesloten bij KLIK) ook nodig? Als het niet nodig is dan wacht ik de stappen nog even af.	Wij verwijzen de aanbieder naar hoofdstuk 5 van het aanbestedingsdocument.

475	algemeen	De zin: "van een kind met ADHD die logeert (of woont) op een zorgboerderij of een gezinsvervangend huis, kan men ervan uitgaan het Ritalin slikt, eens per dag 's ochtends of meermalen per dag 's middag", klopt niet. Los van óp een boerderij of ín een gezinsvervangend huis, kan het zijn dat cliënt bijvoorbeeld Ritalin slikt, eens per dag 's ochtends of meerdere malen per dag, dus ook 's middags en 's avonds. Bij iedere doelgroep heeft zijn 'eigen' medicatie bedoel ik dat 'Beschermd Wonen' veelal te maken heeft met bijvoorbeeld anti-depressiva, slaapmedicatie, etc., waar jeugd veelal in de hoek van de Ritalins zit, en een VG doelgroep vaker te maken heeft met medicatie voor bijvoorbeeld epilepsie. Maar elke combinatie is mogelijk. En het is methylfenidaat. Maar dat terzijde.	Waarvan akte.
476	algemeen	Waarom is er geen aparte vervoersvergoeding? Immers dan worden organisaties die alleen cliënten ondersteunen die in de nabijheid van de locatie wonen bevoordeeld.	Deze vergoeding maakt integraal onderdeel uit van het tarief.
477	algemeen	ZIN kan met stapelen, dan zou het huidige afgegeven PGB logeren en dagbesteding ook mogen stapelen als dat niet kan, graag uitleg.	PGB maakt geen onderdeel uit van deze aanbesteding. Vergelijk is hierbij niet aan de orde.
478	algemeen	Hoe moet dit worden ingevuld? Moet ik een kruisje zetten bij contract als ik dit 'product' wil leveren. Mensen in zorg, geldt dat ook voor PGB cliënten? Graag wat duidelijkheid over hoe dit ingevuld moet worden.	Ja, de aanbieder moet een kruisje zetten bij de producten die dienen te worden geleverd. Dit geldt niet voor PGB cliënten.
479	algemeen	Wij volgen de inkoop Wmo en Jeugd 2017 met name voor wat betreft Beschermd Wonen (perceel 3). Als aanbieder met locaties voor zorg, begeleiding en verblijf in de gemeente Hogeveen overwegen we om toch ook in te schrijven op perceel 1, met het oog op eventuele vragen voor vormen van dagbesteding of verblijf op één van onze locaties in Hogeveen voor cliënten uit de gemeente Midden-Drenthe. Ik twijfel echter of dit zinvol is, aangezien het uitgangspunt volgens het aanbestedingsdocument is dat de ondersteuning zoveel als mogelijk in de directe omgeving van de cliënt wordt geboden. In hoeverre is het mogelijk/ zinvol in te schrijven voor perceel 1 wanneer we de ondersteuning bieden in de gemeente Hogeveen en niet in de betreffende gemeenten? Ik verneem heel graag.	Het kan voorkomen dat een inwoner kiest voor een zorgaanbieder die dagbesteding aanbiedt buiten de gemeente waarin de inwoner woont. De keuze om in te schrijven is de verantwoordelijkheid van de aanbieder, de gemeenten geven hierover geen oordeel.
480	algemeen	Hoe wordt het maandbedrag toegekend aan het resultaat? Wanneer bv een traject start op 6 mei en eindigt op 10 december hoe geldt dit dan? Als 8 maanden of wordt dit gezien als 7 maanden? Aangezien de maand december niet volledig wordt doorbehandeld? Of geeft de toegang alleen beschikkingen per hele maanden af?	Wij verwijzen de aanbieder naar pagina 29 paragraaf 6.10 onder Declaratie bullet 3.
481	algemeen	Moeten alle bijlagen ondertekend zijn?	Ja, overal waar een handtekening/ondertekening gevraagd wordt, moet een handtekening staan. Om een goede en foutloze verwerking te realiseren, vragen wij de aanbieder bijlagen 8 en 10 in te vullen en in <b>Word</b> respectievelijk <b>Excel</b> op te sturen. Deze bijlagen kunnen op de volgende manieren worden ondertekend: 1. door middel van een digitale handtekening; 2. Het is ook toegestaan om bijlage 8 en 10 te ondertekenen en als PDF-bestand in te scannen en op te sturen. Wellicht ten overvloede dient de aanbieder naast deze PDF-bestanden dan ook de ingevulde bijlage 8 in Word en bijlage 10 in Excel aan te leveren.
482	algemeen	Mocht u constateren dat er een fout en/of ontbrekende gegevens zijn bij de aangeleverde documenten worden we dan tijdig voor 16 september 2016 geïnformeerd?	Alle inschrijvingen worden 16 september vanaf 14.00 uur geopend en beoordeeld. Daarna worden aanbieders geïnformeerd over de volledigheid en correctheid van de aanbidding.



483		algemeen	Ik heb een praktische vraag over de inkoopdocumenten en hoop dat ik deze vraag via deze weg aan u mag stellen. Ik ben bijlage 10 aan het invullen. Bij elke gemeente dien je je handtekening te plaatsen onderaan het excelblad. Mijn vraag is hoe ik mijn handtekening moet plaatsen. Moet ik de bijlage uitprinten, ondertekenen en weer inscannen of is er een manier om mijn handtekening direct te kunnen plaatsen in excel?	De gemeenten willen graag een digitale handtekening. Deze kan als een afbeelding, bijvoorbeeld een fotobestand, in het Excelbestand worden toegevoegd. Houdt wel rekening met de 'grootte' van de bestanden. Om een goede en foutloze verwerking te realiseren, vragen wij de aanbieder bijlagen 8 en 10 in te vullen en in Word respectievelijk Excel op te sturen. Deze bijlagen kunnen op de volgende manieren worden ondertekend: 1. doormiddel van een digitale handtekening; 2. Het is ook toegestaan om bijlage 8 en 10 te ondertekenen en als PDF-bestand in te scannen en op te sturen. Wellicht ten overvloede dient de aanbieder naast deze PDF-bestanden dan ook de ingevulde bijlage 8 in Word en bijlage 10 in Excel aan te leveren.
484		algemeen	Is voor iedere toegang vanaf interventieniveau 4 een DSM IV (of DSM V) classificatie van toepassing, zoals dit is geregeld onder de Zorgverzekerings wet?	Nee, dit is niet noodzakelijk.
485		algemeen	U gaat er in dit inkoopmodel van uit dat de cliënt zich meldt bij de gemeente en dat zo de toegang naar de zorg geregeld wordt. Wat is de rol van de wettelijke verwijzers (o.a. huisarts) in dit geheel?	De wettelijke verwijzers behouden hun zelfstandige verwijzing.
486		algemeen	Wat is de visie van de gemeenten op het terugdringen van de administratieve lasten?	Binnen de juridische kaders trachten de gemeenten de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden; zie als voorbeeld deze aanbesteding waarin het aantal aan te leveren documenten zo beperkt mogelijk is gehouden.
487		algemeen	Oude bestaand contract: wij hebben nu een ZIN contract voor dagbesteding voor D1, D2 en D3. D1 staat voor 1 – 5 dagdelen per week is maximaal ca, 22 dagdelen per maand. Hier hoort een bepaald afgesproken tarief bij. D2 staat voor 6 – 10 dagdelen per week is maximaal ca 44 dagdelen per maand. Hier hoort een bepaald afgesproken tarief bij. D3 staat voor een tijdelijke dagbesteding voor het tarief van D1. Nieuw contract vanaf 2017: Dagbesteding M3 norm: 7.5 dagdelen per maand is omgerekend nog geen 1 dag (= 2 dagdelen) per week met een tarief van € 375 per maand. Betekent norm maximaal? Dagbesteding M3 norm: 21 dagdelen per maand is omgerekend 2.5 dag (=5dagdelen) per week met een tarief van € 1050 per maand. Betekent norm maximaal? Vraag 1: Klopt het wat bovenstaand omschreven en gevraagd wordt? Vraag 2: Klopt het dat als mensen, die meer dan 2,5 dag per week voor dagbesteding komen, de zorg niet meer valt onder de WMO, maar dat er dan een WLZ aangevraagd moet worden? De dagbesteding 5-10 dagdelen per week (D2) volgens bestaande contract vervalt dus helemaal. Vraag 3: Moeten de mensen, die nu vaker dan 2.5 dag per week voor dagbesteding komen, of allemaal een WLZ aanvragen of i.p.v. bijvoorbeeld 4 dagen per week de dagbesteding volgend jaar plotseling maar 2 dagen per week mogen komen? Vraag 4: Kan M3 gestapeld worden met M4 logeren en zijn het aantal logeerperiodes van 3 dagen (M4), per maand onbeperkt of is dit gebonden aan een maximum per maand? Vraag 5: Kan het logeren ook alleen aangeboden worden als voorwaarde dat er gestapeld wordt met M3?	Vraag 1: Het tarief is bepaald op een gemiddelde inzet van het aantal dagdelen dat per maand kan worden ingezet. Hierbij zijn we uitgegaan van max 8 dagdelen met een bijbehorende tarief of vanaf 8 dagdelen met een bijbehorende tarief. Vraag 2: Deze inwoners vallen onder de norm vanaf 8 dagdelen met het daarbij behorende tarief. Het gaat om een gemiddeld tarief voor inwoners die gebruik maken van dagbesteding. Vraag 3: Zie antwoord vraag 2. Vraag 4: M3 kan worden gestapeld met M4. De frequentie van logeren wordt weergegeven in de beschikking. Vraag 5: Dat is niet correct.
488		algemeen	Is het mogelijk om bij perceel 1 in te schrijven op 1 of 2 interventieniveaus?	Ja, dit is mogelijk.
489		algemeen	Kan een aanbieder in alle gemeentes op zelfde wijze inschrijven?	Ja, dit is mogelijk. Per gemeente moet een formulier ingeleverd worden.
490		algemeen	De termen cliënt / inwoner worden door elkaar gebruikt: wij verzoeken u 1 terminologie door te voeren in het volledige document.	Daar waar client staat kan inwoner worden gelezen en vice versa.