

Nummer	Vraag	Antwoord
1	Hoe wordt no show meegenomen? Binnen een KDC is het ziekteverzuim van kinderen hoog, wat leidt tot no show. Hierdoor ligt het risico volledig bij de zorgaanbieder.	<p>De regio hanteert de volgende uitgangspunten voor wat betreft no-show:</p> <p>Er is sprake van ongeplande afwezigheid ('no-show') als een cliënt niet verschijnt op een afspraak en deze afspraak niet minimaal 24 uur van tevoren is afgezegd. Met uitzondering van ziekmeldingen die korter dan 24 uur van te voren worden gemeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De jeugdige stond op de planning voor het betreffende dagdeel. - De afmelding vindt te laat plaats (<24 uur vooraf) of blijft volledig uit. <p>Werkwijze bij no-show:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De aanbieder mag maximaal drie plaatsingsdagen no-show per jeugdige per halfjaar declareren tegen het reguliere dagdeeltarief. - De aanbieder declareert op de reguliere producten tegen het reguliere dagdeeltarief. - De aanbieder legt contact met de ouders/verzorgers om de reden van afwezigheid te achterhalen en terugkeer te borgen. - Na de derde plaatsingsdag met een no-show vervalt de automatische vergoeding en wordt van de aanbieder verwacht dat hij actief contact opneemt met gemeente of verwijzer om het patroon te bespreken en te bepalen welke vervolgactie passend is. <p>Ziekte en/of ziekenhuisopname:</p> <p>In geval van ziekte en/of ziekenhuisbezoek mag de aanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maximaal 10 aaneengesloten plaatsingsdagen óf 14 plaatsingsdagen binnen 6 maanden declareren volgens het reguliere tarief. - Bij afwezigheid die langer duurt dan 10 aaneengesloten plaatsingsdagen of 14 plaatsingsdagen binnen 6 maanden, zoekt de aanbieder contact met de procesregisseur om deze te informeren en af te stemmen over het vervolg.
2	Kan het beeld over een dalende trend van ziekteverzuim gedeeld worden?	<p>Hiervoor verwijzen we naar:</p> <p>https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nU/dataset/24015NED/table?dl=79EA2. Hierin is voor de sectoren/branches GGZ, GHZ en Jeugdzorg zeker in de afgelopen 3 jaren een dalende trend zichtbaar.</p>
3	Kunnen we een overzicht krijgen van wat allemaal onder indirect cliëntgebonden tijd wordt geschaard? Wat is de definitie?	<p>Onder indirect cliëntgebonden tijd verstaat de regio De uren die de hulpverlener besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct cliëntgebonden tijd), maar waarbij de cliënt, ouder, verzorger, familie of directe omgeving zelf niet aanwezig is zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - administratie, verslaglegging, rapportage en overleg over de cliënt (dus ook de tijd die anderen dan de directe behandelaar hieraan besteden) - analysetijd (bijvoorbeeld ten behoeve van diagnostiek) - voorbereiding - coördinatie met andere hulpverleners in het gezin (wanneer nodig) <p>De indirect cliëntgebonden tijd is gericht op de hulpverlener en geeft handvatten voor de hulpverlener om de behandeling / begeleiding beter te doen. De definitieve definitie en een niet-limitatieve lijst met voorbeelden wordt uiteindelijk in de definitieve inkoopdocumenten bij publicatie opgenomen, zodat voor aanbieders helder is wat hieronder wordt geschaard.</p>
4	De risicomarge van 2% is erg laag. Verzoek om deze bij te stellen naar 3%, rekening houdend met transformatie- en innovatiekosten.	<p>De risico-opslag komt mede voort uit een benchmark met diverse andere regio's en onderzoeksbureaus. Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Dit wil zeker niet zeggen dat aanbieders beneden de kostprijs dienen te werken, maar deze risico-opslag juist bedoeld om een stuk weerstandsvermogen op te bouwen. Conform de AMvB reële prijs en rapportage van de Jeugdautoriteit is deze risico-opslag ook een opslag op de kostprijs. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag. Daarnaast wordt er ook een opslag meegenomen voor opleidingskosten en certificaten van 2%. Tenslotte stelt de regio nog geen specifieke eisen aan aanbieders voor specifieke innovatie of andere transformaties. De regio gaat intern nog bespreken of ze dit wel wensen en of dit eventueel apart bekostigd zal worden via bijv. een innovatiefonds.</p>
5	Waar komt het aandeel PNIL per sector vandaan?	<p>Het percentage voor PNIL zoals gepresenteerd tijdens de marktconsultatie is berekend als opslag op het tarief. De percentages PNIL worden berekend aan de hand van het verschil in kosten voor PIL en PNIL per Cao a.d.h.v. de rekentool van de KvK (https://www.kvk.nl/geldzaken/rekentool-uurtarief-berekenen/). Dit verschil wordt dan vermenigvuldigd met het gemiddelde aandeel PNIL per Cao/sector (o.b.v. meest actuele Zorggrating, benchmark financiële prestaties zorginstellingen).</p>
6	Hoe kijkt de regio naar de recente discussie over systeemaanbieders? Onderzoek Systeemaanbieders – Jeugdautoriteit, 30 oktober 2025	<p>Hierover heeft de regio nog geen definitieve visie.</p>
7	De huidige inschaling ligt vrijwel altijd in de hogere tredes. Een 50%/50%-verdeling is daarom niet realistisch, zeker niet omdat personeel vaak ouder is en dus hoger ingeschaald. In de regio ligt dit gemiddeld rond de 91% van de hoogste trede.	<p>Hier is ook rekening mee gehouden in de berekening van de salaris van de medewerkers. Het uitgangspunt is om 50% maximale trede en 50% gemiddelde alle treden te hanteren. Dit brengt de trede benutting tussen de 91% en 95% verschillend tussen de Cao's. Voor de meer specialistische functies (FWG 60 en hoger, schaal 11 en hoger) wordt, vanwege de grotere arbeidsmarktcrapte gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 95% en 98%. Daarnaast geldt dat we voor de MSP schaal altijd uitgaan van de maximale trede, dus de trede benutting is daarvoor 100%. Dit wordt als passend gezien voor deze regio.</p>

8	Hoe moet een aanbieder bedden voor logeren organiseren indien er geen beschikbaarheidscomponent in het tarief is opgenomen?	De regio hanteert hierin het uitgangspunt dat beschikbaarheid op dit moment geen onderdeel van het tarief is. Beschikbaarheid is na contractering onderwerp van gesprek zodat dit gevolgd kan worden.
9	Aanbieders zien de laatste 2 à 3 jaar dat ook bij logeren het wenselijk is dat WO-personeel meekijkt. Logeren is steeds meer onderdeel van de gezinsgerichte aanpak en niet meer enkel respijt zorg. Verzoek aan de regio hier rekening mee te houden.	In aanvullende eisen bij Logeren ontwikkelingsgericht is opgenomen 'De casusregie komt altijd voort uit de gekoppelde begeleiding of behandeling'. WO geschoold personeel is daarom geen onderdeel van functieprofiel van de producten Logeren.
10	Mogen aanbieders de jaarvergoeding voor vervoer in één keer ontvangen, bijvoorbeeld om bakfietsen aan te schaffen en daarmee ouders te ondersteunen in zelfredzaamheid? Ervaring is dat dit een eenmalige investering is met meerjarig profijt (ook financieel). Hetzelfde geldt voor OV-abonnementen.	Nee volgens de regio mag dit niet. In eerste instantie ligt hierin ook een eigen verantwoordelijkheid bij ouders en daarnaast sluit dit niet aan bij het beleid rondom no-show.
11	In de productomschrijving Logeren staat WO als regiebehandelaar bij Ontwikkelingsgericht. Deze is nu niet meegenomen in de parameters zoals gepresenteerd tijdens de marktconsultatie.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 9. Dit wordt aangepast in de productomschrijving.
12	Herkennen jullie dat de schaarste in Flevoland hoger is dan het landelijk gemiddelde (zie rapport van Flever)? Wij betalen regelmatig een extra toeslag om medewerkers te krijgen of te behouden. Mensen aan het werk krijgen is duurder; die extra toeslag is structureel.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.
13	MBO-4 professionals worden niet ingezet als behandelaar bij GGZ producten binnen onze organisatie. Verzoek om deze daarom ook niet mee te nemen in de parameters.	Voor de deelproducten GGZ diagnostiek en individuele behandeling sluit dit ook aan bij het uitgangspunten van de regio en worden MBO-4 professionals ook niet meegenomen in de parameters.
14	Er wordt gepleit voor één tarief voor behandeling in de GGZ, ongeacht of deze individueel of in groep plaatsvindt. Redenen hiervoor zijn: Dezelfde medewerkers behandelen beide vormen. In de huidige opzet lijkt groepsbehandeling meer op verblijfsgroep, terwijl er juist actief behandeld wordt door hogere behandel disciplines. Dit zou bovendien een verkeerde financiële prikkel kunnen geven.	De regio wenst groepsbehandeling in te kopen als apart deelproduct. Hierbij wenst de regio meer inzet van groepsbehandelingen en hier ook data over te ontvangen via het berichtenverkeer. Daarnaast ziet de regio groepsbehandeling als een lichter product ten opzichte van individuele behandeling. Hierin heeft groepsbehandeling meerwaarde ten opzichte van individuele behandeling gezien de aandacht voor interpersoonlijk functioneren;
15	Tijdens eerdere sessies vanuit de regio is naar voren gekomen dat een groeps grootte van 8 niet passend is bij logeren.	De regio hanteert daarom voor de verschillende producten Logeren ook een andere maximale groeps grootte. Voor Stabilisatie is maximale groeps grootte 8, ontwikkelingsgericht is de maximale groeps grootte 6.
16	Jullie gaven aan dat de reistijd verdisconteerd gaat worden in het tarief en dus niet apart geschreven mag worden. Wij hebben als specialistische GGZ-instelling een andere werkwijze waarbij wij juist veel outreachend werken; op de scholen en bij mensen thuis. Onze doelgroep betreft namelijk jongeren en kinderen met (dreigend) schoolverzuim en zij zijn vaak niet in staat zijn om naar locatie te komen. Wij voorzien dan ook niet uit te gaan komen met de twee procent die in het tarief is meegenomen. Denk bv. aan een dorp in de Noordoostpolder waar een jongere thuis gezien moet worden (Ens, Marknesse etc.) Bovenstaande doelgroep zal echter blijven bestaan en ook bediend moeten worden, los van begeleiding is diagnostiek en behandeling essentieel bij deze doelgroep. Momenteel wordt ons outreachende product door de gemeente juist als waardevol en aanvullend ervaren. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn om een vast aantal minuten te berekenen per outreachend contact. Dan zou de overige twee procent uit het tarief gehaald kunnen worden.	Uitgangspunt van de regio is dat reiskosten en reistijd, in verband met outreachend werken, zeer minimaal voor komen. De behandeling vindt plaats op de locatie van de aanbieder is het uitgangspunt van de regio. De gehanteerde 2% als reistijd in het tarief acht de regio daarmee als reëel
17	Een aantal aanbieders hebben vragen gesteld over inschaling van personeel. Als wij naar onze eigen werknemers kijken zien we dat 60 procent een schaal hoger is ingeschaald. Het gaat hierbij om hbo en wo personeel.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.
18	De opslag wat betreft PNIL is, zoals ook al door een aantal aanbieders aangegeven, niet toereikend. Om een voorbeeld te geven; wij betalen een ZZP psychiater nu €190 per uur. We begrijpen dat deze verschillen niet helemaal gecompenseerd kunnen worden, maar zouden het fijn vinden als hier enigszins in tegemoet gekomen kan worden.	Het percentage voor PNIL zoals gepresenteerd tijdens de marktconsultatie is berekend als opslag op het tarief. De percentages PNIL worden berekend aan de hand van het verschil in kosten voor PIL en PNIL per Cao a.d.h.v. de rekentool van de KvK (https://www.kvk.nl/geldzaken/rekentool-uurtarief-berekenen/). Dit verschil wordt dan vermenigvuldigd met het gemiddelde aandeel PNIL per Cao/sector (o.b.v. meest actuele Zorggrating, benchmark financiële prestaties zorginstellingen). Hiermee is het uitgangspunt dat er per Cao/sector een reëel uitgangspunt als opslag voor PNIL wordt gehanteerd. Hierbij speelt ook nog dat er diverse initiatieven vanuit de markt (Cao's) en overheid (Wet Arbeidsmarkt in Balans) worden genomen wat het aantrekkelijker maakt voor medewerkers om vast in dienst te treden.
19	Als laatste hebben we nog een opmerking over de groepsbehandelingen. Hierbij ligt het zwaartepunt juist bij wo behandelaren, wel vaak in samenwerking met een hbo'er. De verdeling is naar onzes inziens veel meer 50/50.	Vanuit de regio wordt dit niet herkend en is dit ook niet in lijn met de eerder besproken productomschrijvingen en functie-eisen met aanbieders. Voor groepsbehandelingen ziet de regio als behandelaren: SPV, sociaal werker, systeemtherapeut, vaktherapeut, verpleegkundig specialist GGZ (minimaal hbo). De behandelaar groep heeft een SKJ en/of BIG-registratie of waar dat niet kan een kwalificatie die vereist is bij de rol en inzet. De medebehandelaar kan zijn: SPV, sociaal werker (minimaal MBO4 voor BGGZ), systeemtherapeut, vaktherapeut, (minimaal HBO). Een medebehandelaar heeft een SKJ-registratie of waar dat niet kan een kwalificatie die vereist is bij de rol en inzet van de groepsbehandelingen.
20	Het is niet geheel duidelijk hoe de ontvangen reacties worden verwerkt in de definitieve tarieven en of hiervan een terugkoppeling per onderwerp volgt. Kan worden toegelicht op welke wijze feedback structureel wordt meegenomen in de herijking?	Alle input en reacties vanuit aanbieders die zowel tijdens als na de 1ste marktconsultatie zijn aangeleverd, zijn opgenomen in deze Nota van Antwoorden. Ieder punt is voorzien van een reactie en besproken met de regio. Daar waar aanpassingen op parameters in de tariefopbouw van een of meerdere producten heeft plaatsgevonden, is dit ook benoemd in desbetreffende reactie en zal dit ook waar van toepassing door de regio aangepast worden in de inkoopdocumenten. Deze Nota van Antwoorden wordt ook transparant met alle aanbieders gedeeld. Tevens zullen deze eventuele aanpassingen ook worden toegelicht tijdens de 2de marktconsultatie op 2 december 2025. Daaropvolgend krijgen alle aanbieders nogmaals de kans om input en reactie aan te leveren tot en met 12 december. Ook deze input wordt weer in een 2de Nota van Antwoorden gedeeld met alle aanbieders.

21	De tarieven worden vastgesteld voor prijspeil 1-1-2027, terwijl cao's voor die periode nog niet bekend zijn. Welke indexatiemethodiek of correctiefactor wordt toegepast zodra de cao's wel bekend zijn?	Gedurende het tariefonderzoek zullen de ontwikkelingen voor de verschillende Cao's worden gemonitord. Daar waar nog nieuwe Cao's bekend worden voordat een advies over reële tarieven wordt opgeleverd en voor publicatie van de inkoop, zal dit nog worden meegenomen in de tariefopbouw. Indien Cao's eerder aflopen dan prijspeil 1-1-2027 zullen de verschillende Cao's voor de maanden tussen einddatum van Cao en 1-1-2027 worden geïndexeerd met de indexcijfers zoals ook wordt gehanteerd in de Contractstandaarden op basis van voorlopige cijfers 2026 (meest actueel bekende cijfers). Dit zal niet gebeuren voor het gehele percentage maar voor het percentage gedeeld door 12 maanden vermenigvuldigd met het aantal maanden tussen einddatum van Cao en 1-1-2027.
22	De opgenomen percentages (18,1% voor Jeugdzorg/GHZ, 21,7% voor GGZ) voor overhead en materiële kosten liggen onder de waarden die veel aanbieders feitelijk hanteren (te weten 22–25%). Wat maakt dat er voor deze percentages is gekozen?	De percentages voor overhead en materiële kosten zijn gebaseerd op de benchmarks van Berenschot zoals toegelicht in de 1ste marktconsultatie. Aan deze benchmark nemen zowel grote als kleine aanbieders (meer dan 70) deel. Wij begrijpen dat niet iedere aanbieder exact hetzelfde percentage overhead en materiële kosten heeft. Dit heeft enerzijds ook te maken met hoe een aanbieder is ingericht, welke zorgvormen een aanbieder biedt en welke rol een aanbieder in het zorglandschap heeft. Juist vanwege het grote aantal aanbieders welke deelnemen aan de Benchmark en de diversiteit aan zorgaanbieders, zowel in grootte als in zorgaanbod zijn ons inziens de gehanteerde percentages daarmee een reëel marktconform uitgangspunt. Een andere reden voor ons om deze bron te gebruiken is dat hierbinnen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende sectoren / Cao's. Dat de overhead hiertussen verschilt is wat wij ook als input in deze regio, maar ook in andere regio's terughoren van aanbieders. Hiermee wordt ons inziens ook meer recht gedaan aan de werkelijke kostenstructuur per sector / Cao. Om verder een toetsing te doen of deze benchmarkgegevens ook toepasbaar een reëel zijn voor de regio Flevoland, doet TransitiePartners ook vergelijking met decijfers uit de jaarrekeningen van de huidig gecontracteerde zorgaanbieders in de regio Flevoland. Landelijk is er een groot openbaar databestand (jaarverantwoordingzorg.nl) waarin ook de overheadkosten en materiële kosten van aanbieders uit de jaarrekeningen in staan. Tevens kan op basis van deze data en input uit de regio een verdeling worden gemaakt naar sector / Cao. Uiteindelijk kan TransitiePartners dan een gewogen gemiddeld percentage qua overheadkosten en materiële kosten berekenen voor de regio Flevoland o.b.v. aantal FTE en/of omzet. Hierbij wordt rekening gehouden met irreële percentages zoals 0% of 100%. Deze vergelijking laat zien dat de overheadpercentages uit de Benchmark iets hoger maar wel in lijn zijn met de percentages uit deze toetsing. Verder wensen wij ook te benoemen dat de gepresenteerde percentages de percentages zijn van de totale kosten conform definitie Berenschot.
23	De risicomarge van 2% is aan de lage kant, gezien de structurele onzekerheden in cao's, personeelsschaarste en PNIL-inzet.	Wij verwijzen hiervoor naar de antwoorden op vraag 4 en vraag 7. Daarnaast is er in de tariefberekening een opslag opgenomen voor de inzet van PNIL.
24	De opleidingsvergoeding van 2% lijkt beperkt voor sectoren met verplichte bij- en nascholing (bijv. SKJ, BIG). Kan overwogen worden om de totale marge te verhogen?	De opleidingsvergoeding van 2% wordt landelijk en in de markt als reëel gezien voor vergoeding van opleidingskosten en specifieke certificaten. Het is bedoeld als normatieve ruimte voor verplichte registratie (SKJ, BIG) én reguliere deskundigheidsbevordering. Daarnaast wordt de tijd die medewerkers investeren aan opleiding ook meegenomen in de productiviteitsopbouw.
25	De gehanteerde PNIL-percentages (1,16–1,49%) zijn niet realistisch ten opzichte van de huidige praktijk (veelal 5–10%).	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 5.
26	De veronderstelde productiviteit van 65–72% is ambitieus, vooral in de GGZ en specialistische jeugdzorg. Kan worden toegelicht welke benchmarks hiervoor zijn gebruikt en of regionale afwijkingen zijn toegestaan?	Voor de totstandkoming van de productiviteitspercentages zijn niet enkel benchmarks gehanteerd. Zo zijn de Cao's ook gevolgd voor wat betreft verlof. Voor aanvullende verlofuren is gekeken naar Statline van CBS voor wat betreft een gemiddelde van aantal personen wat op jaarbasis verhuist en het aantal werkenden in een bepaalde sector/Cao. Voor het ziekteverzuim is een gemiddelde van de afgelopen 5 jaar gehanteerd via: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=79EA2 . Tenslotte is voor de niet cliëntgebonden tijd gekeken naar rapporten van o.a. Berenschot en KPMG, maar is hierbij ook informatie gebruikt uit eigen onderzoeken van TransitiePartners, onderzoeken uit andere regio's en input van zorgaanbieders waaruit wordt geconcludeerd dat hoger opgeleid personeel meer tijd spendeert aan niet-clientengebonden tijd (bijv. opleiding) dan wat lager opgeleid personeel. Tenslotte wensen wij te benoemen dat de gepresenteerde productiviteitspercentages directe en indirecte tijd excl. reistijd betreffen.
27	De opzet lijkt generiek en mist regionale differentiatie. Is er ruimte voor regionale correcties (bijv. reistijd, vastgoedlasten, arbeidsmarktcrapte Flevoland)?	Er is wel degelijk regionale differentiatie toegepast. Dit wordt namelijk ook benoemd in de AMvB reële prijs waarin staat dat er rekening dient te worden gehouden met regio-kenmerken. Zo is de arbeidsmarktcrapte meegenomen in de berekening van de salariskosten. Voor de reistijd is, aan de hand van de geografie van de regio en Google Maps, een regionaal uitgangspunt opgesteld. Tenslotte zijn de regionale productomschrijvingen en inkoopdocumenten vanuit de concepten die met de aanbieders besproken zijn gehanteerd als basis voor de parameters in de tariefberekeningen zoals de functiemix welke is afgeleid van de specifieke functie-eisen.
28	Voor de producten diagnostiek BGGZ, diagnostiek SGGZ, individuele behandeling BGGZ en individuele behandeling SGGZ zien we dat er in de functiemix voor diagnostiek wordt gerekend met 10% inzet FWG 50 en 10% FWG 55 en voor behandeling 15% FWG 50 en 10% FWG 55. In de praktijk zien we echter dat een HBO'er (FWG 50-55) nooit een zelfstandige behandelaar is en altijd werkt in de verlengde arm voor beperkte onderdelen van een zorgtraject. Zo nemen zij vaak tests af voor diagnostiek en beoefenen vak- en systeemtherapie. Derhalve adviseren wij het aandeel HBO (FWG 50-55) voor zowel diagnostiek als behandeling te maximaleren op 10% in de functiemix voor BGGZ en SGGZ. De vrijgevallen ruimte kan worden geplust bij FWG 60 gezien de meeste inzet van deze GGZ-trajecten wordt gerealiseerd door basispsychologen.	De regio ziet in het zorglandschap van de regio Flevoland en binnen de huidige producten en bij verschillende aanbieders terug dat er wel HBO-medewerkers worden ingezet in deze schalen. Dit is ook enerzijds in lijn met de landelijke GGZ standaarden en daarmee dus ook onderdeel van het multidisciplinaire team wat wordt gevraagd vanuit de productomschrijvingen. Daarin zal de regio duidelijk aanvullen welke opleidingsniveaus per deelproduct worden geëist conform functie-eisen. Anderszijds is dit ook in lijn met de norm van de verantwoorde werktoedeling waarbij HBO (FWG 50) en HBO+ (FWG 55) behandelaren onderdeel zijn van het GGZ behandelteam.

29	Hoe wordt het balansbudget CAO GGZ verwerkt in het kostprijsmodel? In eerdere modellen hebben we gezien dat het bruto-budget (€1.000) wordt meegenomen als kosten. In realiteit zien we dat de kosten hoger zijn dan deze € 1.000 als ervoor wordt gekozen om het budget te besteden aan opleiding of aan extra verlofdagen. Wij stellen voor om een bedrag van € 800 mee te nemen én om daarnaast 9 verlofuren mee te nemen in de productiviteitsberekening. Voor de totstandkoming van het voorstel gaan we er vanuit dat keuze voor de drie opties (uitkeren, studie en verlof) gelijk zijn verdeeld. Dat leidt tot de volgende berekening: (1) 33,3% kiest voor het laten uitkeren van de € 1.000 wat resulteert in een gewogen kostenpost van € 333,33. (2) 33,3% kiest er voor om het bedrag te gebruiken voor opleidingskosten; in dit geval geldt een aanvullende toeslag van 40% waardoor de totale (gewogen) kosten voor deze groep uitkomen op € 466,60 ((€1.000*1,4)*33,3%). (3) de laatste 33,3% kiest ervoor om verlofdagen te kopen van het balansbudget. Een gemiddelde werknemer heeft een uurloon van € 37,03 en kan dus van € 1.000 ongeveer 27 verlofuren kopen. 27 verlofuren * 33,3% resulteert in 9 verlofuren. Daarmee komen de totale lasten van het balansbudget voor een gemiddelde FTE uit op € 800 kosten en 9 verlofuren extra.	In het tariefmodel is ervoor gekozen om dit volledig te verdisconteren in de productiviteit voor de GGZ en dan specifiek in het onderdeel Verlof, extra verlof, feestdagen en LFB, bijzonder verlof, etc. Wij zijn er mee bekend dat het balansbudget voor verschillende opties kan worden benut. Voor de duidelijkheid is er in het tariefmodel voor gekozen om dit voor een optie volledig te verwerken. Dit is opgenomen in de productiviteitsopbouw omdat er voor andere Cao's andere aanvullende verlofuren (mogelijk) zijn welke dan weer niet van toepassing zijn voor de Cao GGZ. Daarin ontstaat daarmee uniformiteit.
30	De risico-opslag van 2% is in de praktijk te laag om een weerstandsvermogen/buffer op te bouwen en tegelijkertijd ons zorgaanbod efficiënt en bijtijds te houden. In het snel veranderende zorglandschap van de jeugdzorg waar budgetten onder druk staan, wordt van ons als zorgaanbieder verwacht dat we wendbaar zijn en blijven investeren in innovatie, ontwikkeling van personeel en een passend zorgaanbod. Daarom achten wij een verhoging van de risico-opslag naar 3% realistischer.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4.
31	Voor het deelproduct medicatiecontrole (SGGZ) zien we dat er in de functiemix een aandeel van 50% is gereserveerd voor de verpleegkundig specialist in FWG 55. Dit klopt niet want de verpleegkundig specialist werkt eigenlijk uitsluitend vanuit FWG 65 of zelfs 70. Daarnaast willen wij meegeven dat bij medicatiecontrole en/of -begeleiding zelden sprake is van een daadwerkelijke functiemix. Alle genoemde professionals (ook de verpleegkundig specialist) mogen voor dit product regiebehandelaar zijn en zelfstandig medicatie instellen en controleren. Wie dit bij een aanbieder doet is veelal ingegeven door de beschikbaarheid op de arbeidsmarkt. In praktijk wordt de zorg dus 100% door een medisch specialist (Kinderarts/Psychiater) of verpleegkundig specialist uitgevoerd. Wij adviseren u daarom voor dit product tarieven met functie-differentiatie te hanteren; dus een apart medicatiecontrole deelproduct voor de medisch specialist en een apart medicatiecontrole deelproduct voor de verpleegkundig specialist.	De regio wenst voor het deelproduct medicatiecontrole geen verschillende tarieven te hanteren o.b.v. functie-differentiatie. Op basis van verschillende reacties van aanbieders op de marktconsultatie, onderzoek naar vacatures voor verpleegkundig specialist en waarderingssysteem FWG is de FWG voor de verpleegkundig specialist aangepast naar FWG 65.
32	Verzuimpercentage 6,8%. Dit is vrij laag. De afgelopen 5 jaar zijn niet representatief gezien de meerjarentrend laat zien dat het verzuim stijgt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 2. Het ziekteverzuimpercentage moet conform AMvB aansluiten bij een reële waarde. Door een gemiddelde te nemen over de laatste 5 jaren wordt er bijvoorbeeld ook rekening gehouden met de Corona-periode gedeeltelijk die juist voor een hoger ziekteverzuimpercentage heeft gezorgd. Daarnaast stelt de gemeente tarieven vast voor de toekomst en dient conform de AMvB dat ook te gebeuren om toekomstwaardige reële waarden. Om daarin dus ook te compenseren voor ziekteverzuim en een reële waarde te hanteren wordt gekozen voor een gemiddelde van 5 jaar. Hierin wordt huidige trend in het verzuim dan ook meegenomen.
33	Er wordt van uitgegaan de GGZ-zorg op locatie plaats vindt, wij leveren echter ambulante. Hierdoor is onze reistijd (en ook reiskosten) hoger.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
34	De overige indirecte tijd is te laag ingeschat omdat er te weinig rekening is gehouden met teamoverleg, inwerken van nieuwe collega's, algemene administratie, intervisie en kwaliteit.	U geeft aan dat de uren voor overige indirecte tijd te laag is ingeschat. Echter zoals toegelicht tijdens de 1ste marktconsultatie en ook opgenomen in de presentatie is het uitgangspunt van de regio dat indirecte tijd net als de directe tijd exclusief reistijd declarabel is. Indien u doelt op de niet-cliëntgebonden tijd, dan verzoeken wij u om een (cijfermatige) onderbouwing te geven wat volgens u reëel uren hiervoor zijn zodat wij dit mee kunnen nemen in onze analyse.
35	De aanname dat 50% in de maximale trede van een schaal zit en de andere helft een gemiddelde is van de bovenste helft van de trede is niet reëel. De werkelijkheid binnen onze organisatie is dat veel personeel in de laatste trede van de FWG zit. Dat heeft met name te maken met personeelskrapte in Flevoland en de gemiddelde hoge leeftijd van ons personeel. Om recht te doen aan de werkelijke kosten, stellen we voor om 95% van de maximale periodiek te hanteren.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.
36	De CAO GGZ is uitgangspunt voor het tarief, terwijl voor deze producten ook organisaties worden gecontracteerd die de CAO Gehandicaptenzorg of Jeugdzorg hanteren. Omdat de CAO gehandicaptenzorg vaak duurder is, vinden wij het logischer om een mix van beide CAO's te gebruiken of tarieven per CAO te gaan hanteren.	Voor de deelproducten GGZ is inderdaad de Cao GGZ in de tariefberekeningen gehanteerd omdat deze Cao zowel landelijk als regionaal door vrijwel alle aanbieders wordt gehanteerd die deze producten leveren. Deze Cao sluit ook inhoudelijk het beste aan bij deze producten. Dit sluit echter niet uit dat aanbieders welke andere Cao's hanteren niet zich mogen inschrijven voor deze producten bij de inkoop.
37	Waarom is de functiemix bij SGGZ-diagnostiek hoger dan bij SGGZ Individuele behandeling? Omdat voor beide producten eenzelfde mix van hoogopgeleid personeel wordt ingezet, stellen we voor om geen onderscheid te maken in het tarief voor diagnostiek en het geven van (complexe) behandelingen in de SGGZ.	De regio stelt in de productomschrijving hogere functie-eisen voor het deelproduct SGGZ-diagnostiek t.o.v. SGGZ individuele behandeling. Dit is doorvertaald in een hogere functiemix.
38	De functiemix in SGGZ-diagnostiek, individuele behandeling en groepsbehandeling is afgezet tegen werkelijke inzet te laag ingeschat. De complexiteit van de doelgroep vraagt veel werkervaring en de mogelijkheid om snel te kunnen schakelen qua interventie. Er is zeker mogelijkheid voor inzet HBO (+) en WO maar het zwaartepunt zal liggen bij inzet WO+. Ter vergelijking: nu lijkt maar 40% is FWG 65 of hoger (dus WO+ of hoger te zitten).	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
39	Bij HBO opgeleid personeel wordt uitgegaan van schaal 50. Gezien de huidige werkelijkheid is dit niet reëel. HBO opgeleid personeel zit vaak in FWG 55 gezien de complexiteit van de doelgroep die meer werkervaring vraagt en vanwege de schaarste op de arbeidsmarkt in Flevoland.	De regio hanteert het uitgangspunt dat hieronder onder andere de functies systeemtherapeut of vaktherapeut kunnen vallen. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.
40	Bij medicatiecontrole wordt er ervanuit gegaan dat de helft door een VS plaatsvindt, welke is ingeschaald in FWG 55. Omdat een VS een WO opgeleide functie is, welke vaak in FWG 65 is ingeschaald leidt dit niet tot een reële bekostiging.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 31.

41	De opgaven in de jeugdzorg doen in onze ogen geen recht aan de 2% opslag voor risico's en investeringen in transformatie en het verbeteren van de samenwerking. Dientengevolge stellen we voor om dit aan te passen naar 3%.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4.
42	Omdat de productdefinities van de inzet en de declarabel tijd (bijv. no show) nog niet duidelijk zijn, is het moeilijk om in deze fase van het onderzoek meer gerichte vragen te stellen. Deze duidelijkheid in productenboek en programma van eisen is dus nodig om volledige feedback en goede afweging te komen.	De input hierop en van deze Nota van Antwoorden wordt ook met de regio gedeeld. Daar de regio meer duidelijkheid hierover kan geven zullen zij dit delen met de aanbieders en zal dit indien van toepassing ook worden verwerkt in de tariefberekeningen.
43	No - show wordt niet meegenomen. De vraag is om hier wel rekening mee te houden voor KDC en Logeren. Twee typen no - show. Ziekte/verzuim op korte termijn afmelding. En no-show in het bezettingspercentage. Het punt van ziekte en verzuim is lastiger te voorkomen. Het stuk van bezettingspercentage is wel in te regelen. Maar volledige dekking is niet reëel. Voorstel is 7% voor ziekte en 3% voor bezetting (ook meer afspraken bij andere zorgdiensten (5x tandarts in een jaar)). Daarnaast een bezettingspercentage (pakweg 95%)	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.
44	Opbouw productiviteit bij een groep (KDC en Logeren) is onduidelijk. De kostprijssturing van een groepsactiviteit is op basis van een rooster, wat vergelijkbaar is met een verblijfslocatie. Zou dit aangepast kunnen worden? Baseer de kostprijs op een rooster van een dagdeel/Etmaal. Hierdoor is ook zichtbaarder hoe het rooster van een groepsactiviteit werkt. Specifiek voor KDC: 8 uur begeleiding per groep kinderen. Daarbovenop nog inzet van PO'er, paramedici en gedragsdeskundigen.	De productiviteitsopbouw is per loonschaal gepresenteerd en toegelicht tijdens de 1ste marktconsultatie. De regio wenst een uniforme tariefberekening voor alle producten binnen deze inkoop.
45	Bezetting van medewerkers op cliënten is 1 op 4 voor KDC. Er is geen verschil tussen onderwijs- en WLZ-perspectief. De vraag is om dit wel aan te passen gezien het verschil in zorgvraag. Voorstel is om 1 op 4 voor onderwijsperspectief te doen en 1 op 3 voor WLZ-perspectief. Dit heeft te maken met de zorgzwaarte van de cliënt.	De regio heeft besloten om de productstructuur voor KDC te wijzigen en deze aan te passen naar productstructuur van WUIVER. Hierin is een verschil tussen producten qua groeps grootte. De nieuwe opbouw van het tarief en gehanteerde uitgangspunten wordt teruggekoppeld in de 2de marktconsultatie.
46	Op deze bezetting is nog geen rekening gehouden met de uren-inzet van de PO-uren, paramedici en gedragsdeskundigen. Kunnen de uren van de PO'er gedragsdeskundige en paramedici er bovenop toegevoegd worden? Dus naast de inzet van de begeleider op de groep. Extra uren bepaling voor de PO-uren, paramedici en gedragsdeskundigen. In het uurtarief wordt middels de functiemix wel een mix berekent en wel rekening gehouden met paramedici en gedragsdeskundigen. Maar in de bepaling van bezetting niet. Want daar wordt uitgegaan van 1 op 4. Dat zou betekenen dat in die 1 op 4 ook de uren van de PO, paramedici en gedragsdeskundigen in zitten. Verzoek graag opnemen in kostprijs onderzoek: 1 uur per cliënt per week GD. 1 uur per cliënt per week PO. 1 uur per cliënt per week paramedici.	In de berekening van de tarieven is rekening gehouden met een functiemix. Dit is een vertaling van de productomschrijving van de regio en specifiek de functie-eisen die de regio stelt voor de producten. Daarin staat beschreven welke medewerkers voor welke producten dienen te worden ingezet. Doordat in de functiemix met verschillende functies wordt gerekend, zit de door u genoemde inzet in de tariefberekening opgenomen.
47	Kostprijsmethodiek gaat nu uit dat gedurende het jaar een KBC volledig geopend is. Dit is niet de werkelijkheid. In de vakantiemaanden is er sluiting van bepaalde groepen. Zou u het seizoenspatroon in het jaar voor de opening van een KBC kunnen toevoegen? In onze interne organisatie rekenen wij met een bezetting van 75% in juli, 50% in augustus en 80% in december. Dit verschilt per jaar (ligt aan het aantal werkdagen). De praktijk leert dat in vakantieperiodes cliënten ook op vakantie gaan. In dat geval sluiten KBC's ook bepaalde groepen en voegen ze die samen. Hierdoor is er minder opbrengsten en is het de bedoeling dat medewerkers ook verlof opnemen.	Hetgeen wat u beschrijft omvat de onderdelen no-show en bezettingsgraad. Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.
48	De salarisschalen is niet conform de landelijke jeugdzorg situatie. Loonschaal FWG40 wordt in de praktijk FWG45 in jeugdzorgd schaal 7 is schaal 8. Zou u dit kunnen aanpassen? Door de krapte op de arbeidsmarkt, wordt snel FWG45 ingezet.	De regio heeft besloten om de productstructuur voor KDC te wijzigen en deze aan te passen naar productstructuur van WUIVER. Hierin is een verschil tussen producten qua groeps grootte. De nieuwe opbouw van het tarief en gehanteerde uitgangspunten wordt teruggekoppeld in de 2de marktconsultatie.
49	Op dit moment wordt uitgegaan van 50% maximale trede. Dit is niet de realiteit. Onze organisatie zit op 90% van de maximale trede. Ook hier speelt dezelfde problematiek een rol van de krapte van de arbeidsmarkt. Gezien de problematiek komt het voor dat functies die in FWG60 geschaald zouden moeten worden, zelfs bij andere partijen FWG65 aangeboden krijgen. Dit betekent dat wij in de toekomst mogelijk ook deze stap moeten zetten en functies in FWG65 zetten ipv FWG60.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.
50	De maaltijdvergoeding is gebaseerd op NIBUD €1,16. Dit is gebaseerd op ontbijt. Dit is niet de realiteit voor de lunch bij een KDC. Het voorstel is om te beginnen met het NIBUD tweede broodmaaltijd. Maar daarnaast zijn er nog extra voedingskosten gedurende het dagdeel zoals limonade en koekjes. Dit betreft alleen de materiële kosten van de lunch. Dit betreft nog niet de personele inzet en opleidingskosten voor hygiëne eisen etc. zodat hierin ook de pauzes genomen kunnen worden. Hierin kunnen de medewerkers elkaar afwisselen	De maaltijdvergoeding van NIBUD zoals opgenomen in de tarieven zijn gebaseerd op tweede broodmaaltijd en niet op ontbijt. Hierin wordt de regel voor "man 14-50 jaar" van het NIBUD gehanteerd.
51	In de kostprijs voor Logeren is weinig/geen rekening gehouden met een beschikbaarheidscomponent. De vraag is om een beschikbaarheidscomponent toe te voegen. Deze toe te voegen, of de kostprijsberekening vanuit een standaard rooster te berekenen. Dan is de beschikbaarheidscomponent al meegenomen. Het zal bij logeren voorkomen dat er wel medewerkers geroosterd worden (3 maanden van tevoren) en cliënten niet aanwezig zullen zijn	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
52	De kostprijsberekening is gebaseerd op 20 uur op een dag. Dit komt omdat er 4 uur is verwijderd als slaapdienst. Vraag is om dit te herzien. Aan de ene kant is er met de nieuwe CAO een vergoeding die de medewerkers op kunnen eisen. Daarom is de huidige methodiek niet altijd toepasbaar. Aan de andere kant komt het ook voor dat de slaapdienst vaak volledig uitbetaald wordt gezien de doelgroep van het logeren. Dan wordt het niet meer een slaapdienst maar een nachtdienst. Enerzijds dus de nieuwe CAO GHZ en anderzijds dus dat slaapdienst omgezet zullen worden in een nachtdienst.	Dit uitgangspunt blijft gehanteerd doordat de regio bij de eis blijft dat er in de nacht een slaapwacht is en geen wakende wacht.
53	In de productomschrijving van ontwikkelingsgericht bij logeren moet er wel een WO medewerker in de functiemix zitten. Deze is in de kostprijsberekening niet meegenomen. De vraag is om dit aan te passen. De productomschrijvingen aan te laten sluiten met de kostprijsberekeningen. De gedragsdeskundige (FWG 60-65/JW schaal 10-11) dient meegenomen te worden.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 9.

54	Tijdens de marktconsultatie werd aangegeven dat de onderbouwing van de indirecte cliëntgebonden tijd toegelicht zou worden. De vraag is om dit te delen. Graag zien wij de onderbouwing/overzicht wat onder indirect clientgebonden tijd valt, tegemoet. Dat is met name van toepassing voor de KBC en het product logeren.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
55	Op dit moment wordt uitgegaan van een risicomarge van 2%. Eerdere onderzoeken voor Jeugdhulp met verblijf wordt uitgegaan van 3% ivm mogelijk leegstand. Dit komt uit onderzoek van bureau HHM. De vraag is om ook voor deze producten een risicomarge van 3% te hanteren. Verzoek om Risicomarge naar 3% aan te passen. Het risico bij verblijfsproducten zijn hoger dan bij ambulante producten.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4. Indien de regio ervoor kiest om tegemoet te komen aan leegstand ofwel beschikbaarheidscomponent, dan wordt dit als aparte parameter opgenomen.
56	Er is nog onvoldoende zicht hoe logeren inhoudelijk wordt vormgegeven waardoor het nu niet mogelijk is om input te leveren op de parameters. Graag kaders geven waaraan logeren moet voldoen. Logeren in groepsverband is in het verleden gebleken niet rendabel te zijn. Is het mogelijk om logeren anders dan een groep in te richten. Bijv. logeerouders? Feitelijk is dit een product wat nog nader ontwikkeld moet worden voor de reguliere jeugdhulp.	De regio heeft hier nog geen definitief oordeel over. Vooralsnog houdt de regio vast aan logeren in groepsverband.
57	Reistijd 2% is te weinig voor aanbieders die outreachend werken. Bij intensieve psychiatrische gezinsbehandeling dan reist de behandelaar iedere week gemiddeld 1 uur naar het gezin/school etc.. Bij meerdere gezinnen kan 2% per fte niet uit.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
58	De uitgangspunten omtrent no-show zien we graag terug in de nota van antwoorden	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.
59	De dalende trend ziekteverzuim zien we graag terug in de nota van antwoorden	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2.
60	De bron PNIL aandeel per sector lezen we graag terug in nota van antwoorden	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 5.
61	We vernemen graag hoe de regio en TransitiePartners kijken naar systeemaanbieders in de nota van antwoorden.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 6. De visie van TransitiePartners hierop is wat betreft dit onderzoek en deze inkoop niet relevant.
62	We vinden het jammer dat er geen actuele productbeschrijvingen zijn meegenomen bij dit kostprijsonderzoek. Wij hebben eerder feedback aangeleverd op de productomschrijvingen, maar weten niet wat er nu is meegenomen. We willen verzoeken om goed te kijken naar de ggz standaarden.	De meest actuele productomschrijvingen zijn wel degelijk meegenomen in dit tariefonderzoek. Tijdens de marktconsultatie is enkel aangegeven dat dit input van de marktconsultatie vanuit de regio van 5 november niet is meegenomen. Zoals toegezegd zal dit wel worden meegenomen voor de 2de marktconsultatie.
63	Slide 7 – in de GGZ Cao wordt ouderschapsverlof aanvullend geboorteverlof voor 100% vergoed, terwijl het UWV maar 70% vergoedt. Het lijkt erop dat deze extra kosten niet zijn meegenomen. Kunnen jullie deze meenemen?	Hierin is rekening gehouden in de opbouw van de productiviteit in het bijzonder verlof.
64	Slide 8 - Wat is het verschil bij materiele kosten en kapitaallasten tussen individueel en groep?	Voor groepsproducten wordt een hoger percentage hiervoor meegenomen vanwege de ruimte, zorg voor de groepssetting en de aanvullende kosten die aanbieders maken. Denk hierbij o.a. aan grotere locatie, spellen en materiaal wat benodigd is voor de groepsproducten.
65	Slide 9 – Hoe zit LFB voor de GGZ erin verwerkt? Van 500 naar 1000 euro gegaan in de nieuwe CAO. En zie ook de vraag bij slide 7.	LFB is opgenomen in de productiviteit voor de Cao GGZ. Wij vermoeden dat u hierbij doelt op balansbudget. Hiervoor verwijzen wij naar het antwoord op vraag 29.
66	Slide 9 Er zou nog een document gedeeld worden waaruit blijkt wat het gemiddelde verzuim per cao over de afgelopen vijf jaar is. Deze zien we graag tegemoet.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2.
67	Slide 9 WO personeel krijgt meer opleidingsuren en HBO personeel krijgt voor SKJ registratie meer opleidingsuren binnen de ggz. Kunnen jullie laten zien hoe dit wordt meegenomen?	Dit is inzichtelijk gemaakt op slides 10 tot en met 13 van de presentatie van de marktconsultatie.
68	Slide 10 - Wat wordt onder indirect cliëntgebonden tijd verstaan? Gaat dit enkel over de reistijd? Zo ja, dan kunnen vraag 13 en 14 als niet verzonden worden beschouwd.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3. Het uitgangspunt van de regio, zoals ook opgenomen op slide 9, is dat indirecte tijd ook declarabel is exclusief reistijd.
69	Slide 14 – Er zou volgens mij nog gedeeld worden waar de PNIL inzet per CAO vandaan komt.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 5.
70	Slide 14 – Waarop is de risicomarge van 2% gebaseerd? We horen dat dit percentage gangbaar is, maar gezien verzuim, arbeidsmarktcrapte en pnil lijkt 3% meer reëel.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
71	Sheet 15 t/m 18 - In de huidige functiemix van Noordoostpolder en Urk zit geen mbo of hbo personeel (zowel bggz als sggz is vanaf HBO+). Hoe kan het dat dit nu wordt gevraagd in de producten, want dat sluit niet aan op de huidige praktijk.	Dit tariefonderzoek heeft betrekking op de nieuwe inkoop van de regio per 1-1-2027. Daarvoor hanteert de regio nieuwe inkoopdocumenten als ook productomschrijvingen. Daarin worden o.a. de functie-eisen ook opgenomen per product. Dit maakt dat een vergelijking met de huidige producten van de huidige contracten per gemeente niet mogelijk is. Dit is appels met peren vergelijken.
72	Slide 16 – bij BGGZ zou je ook 5% MSP moeten doen. Schaal 50 en 55 is niet realistisch voor diagnostiek. Welke taken voeren die medewerkers uit?	De regio hanteert het uitgangspunt voor BGGZ dat er geen inzet is van de MSP. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.
73	Slide 17 – bij BGGZ zou je ook 5% MSP moeten doen. Schaal 50 is niet realistisch voor behandeling. Welke taken voeren die medewerkers uit?	De regio hanteert het uitgangspunt voor BGGZ dat er geen inzet is van de MSP. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.
74	Slide 17 – Bij SGGZ zetten we doorgaans geen behandelaren in met schaal 50. Welke functie zou de behandelaar in schaal 50 hebben die in ons SGGZ team zou moeten zitten?	De regio hanteert het uitgangspunt dat hieronder onder andere de functies systeemtherapeut of vaktherapeut kunnen vallen. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.
75	Slide 18 – Groepsbehandeling zou dezelfde verhouding moeten hebben als individuele behandeling. Schaal 45 en 50 zijn niet realistisch voor behandeling groepen. Welke taken voeren die medewerkers uit bij het draaien van een groep? We hebben het wel over ggz groepen. Ons inziens zijn schaal 45 en 50 absoluut niet passend en komt ook niet overeen met de werkelijkheid. Onze groepen worden vaak door 1-2 behandelaren gerund en dat is doorgaans schaal 60. Wij hebben geen behandelaren in schaal 45 en 50 én bijna ook niet in schaal 55.	De regio hanteert het uitgangspunt dat hieronder de functies sociaal werker, systeemtherapeut of vaktherapeut kunnen vallen. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.
76	Slide 19 – Verzoek om 100% MSP toe te voegen, want dit sluit aan bij de werkelijke situatie. Wij hebben geen VS'er. Daarnaast mag een VS'er niet alle taken doen die een MSP mag doen. Waarop is het percentage VS'er gebaseerd?	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
77	Is er ook rekening gehouden met kolfverlof?	Zoals toegelicht tijdens de marktconsultatie valt dit onder bijzonder verlof, dus hier is rekening meegehouden.
78	Hoe zit het met (eventuele)budgetplafonds in de SGGZ. Wanneer er een kostendekkend tarief is berekend, maar je een heel krap budget krijgt, moet je eigenlijk voor een lager tarief dan dekkend zorg inzetten.	De regio heeft nog geen besluit genomen over eventuele budgetplafonds en de hoogte hiervan. Indien deze er wel komen is het uitgangspunt dat deze reëel zijn.

<p>79</p> <p>In de productiviteitsberekening gaat u uit van een percentage ziekteverzuim over de afgelopen 5 jaar conform CBS. Tijdens de toelichting in de marktconsultatie onderbouwde u dit uitgangspunt met de uitspraak dat er nu sprake is van een dalende trend in het ziekteverzuim. Volgens het CBS in samenwerking met AZW (Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn) zijn de verzuimpercentages voor de jeugdzorg: [link naar CBS]. Voor de GGZ liggen de verzuimpercentages hoger dan de jeugdzorgpercentages. In het kostprijsmodel maakt u gelukkig ook dit onderscheid.</p> <p>Wij zien geen dalende lijn in verzuim die zich doorzet in 2025. En helaas is een dalende lijn ook niet te verwachten in 2026 en verder. Oorzaken voor verzuim zijn naast de somatische oorzaken ook verzuim door stress en burn out o.a. door hoge werkdruk, emotionele belasting, complexe problematiek, tekorten op arbeidsmarkt.</p> <p>Deze laatste verzuimtriggers zien we niet snel wijzigen met positieve invloed op verzuim. Wij verzoeken dan ook om voor het normatieve verzuimpercentage in de kostprijsberekening niet uit te gaan van het gemiddelde verzuimpercentage over de laatste 5 jaar, maar kijkend naar een realistische prognose voor 2026 en verder wat aansluit bij de realiteit waar zorgaanbieders mee te maken hebben. Op basis van een lineaire prognose, gerekend met verzuimcijfers vanaf 2020 voor de jeugdzorg, zou het verzuimpercentage voor de komende jaren uitkomen op: 7,64% (2026), 7,96% (2027), 8,28% (2028), 8,61% (2029) en 8,93% (2030). Voor de GGZ zal een vergelijkbare trend qua stijging te verwachten zijn. Graag zouden we uw berekening van de prognoses willen zien en de uitkomst daarvan opgenomen in het kostprijsmodel.</p>	<p>Zoals toegelicht in de marktconsultatie is er voor het ziekteverzuim van de afgelopen jaren gekeken naar het ziekteverzuimpercentage per jaar. Dit betreft dus 2020-2024 doordat 2025 nog niet is afgerond. Hierin is voor de sectoren/branches GGZ, GHZ en Jeugdzorg zeker in de afgelopen 3 jaren een dalende trend zichtbaar.</p>
<p>80</p> <p>Deelproducten BGGZ en SGGZ: In het kostprijsmodel gaat u uit van een formatieverdeling voor de GGZ voor FWG45 tot en met AMS (loonschaal KJpsychiaters). Hierbij een aantal opmerkingen met het verzoek deze te verwerken in het kostprijsmodel:</p> <p>Over het algemeen zijn de zorgaanbieders voor BGGZ en SGGZ niet heel groot in formatie wat ingezet wordt in Flevoland, de variatie in behandeldisciplines over zoveel FWG schalen lijkt ons niet realistisch.</p>	<p>Zoals toegelicht tijdens de marktconsultatie is de basis van de gepresenteerde functiemix per product de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken. Indien er een wijziging plaatsvindt op de gepresenteerde functiemix van een of meerdere producten is dat benoemd in deze Nota van Antwoorden en wordt dit teruggekoppeld tijdens de 2de marktconsultatie. Daarnaast zal hierbij dan indien van toepassing ook de productomschrijvingen aangepast worden.</p>
<p>81</p> <p>FWG 45 en FWG50 zetten wij en gezien de reacties tijdens de marktconsultaties andere GGZ aanbieders niet in. Deze moeten dan ook uit het kostprijsmodel voor de GGZ.</p>	<p>De regio wenst groepsbehandeling in te kopen als apart deelproduct. Hierbij wenst de regio meer inzet van groepsbehandelingen en hier ook data over te ontvangen via het berichtenverkeer. Daarnaast ziet de regio groepsbehandeling als een lichter product ten opzichte van individuele behandeling. Hierin heeft groepsbehandeling meerwaarde ten opzichte van individuele behandeling gezien de aandacht voor interpersoonlijk functioneren. Voor de FWG 45 en FWG 50 hanteert de regio het uitgangspunt dat hieronder onder andere de functies sociaal werker, systeemtherapeut of vaktherapeut kunnen vallen. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.</p>
<p>82</p> <p>In de diagnostiekfase zullen vooral de hoogste disciplines ingezet worden, niet FWG55 en FWG60.</p>	<p>Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28. De regio erkent wel dat er hogere opgeleide medewerkers meer taken en inzet uitvoeren voor diagnostiek. Om deze reden wordt er ook een hogere functiemix gehanteerd t.o.v individuele behandeling en groepsbehandeling.</p>
<p>83</p> <p>Medicatiecontacten gebeuren alleen door de arts, de KJpsychiater, niet door FWG55.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 31.</p>
<p>84</p> <p>De behandeling individueel of in een groep gebeurt door dezelfde formatie behandelaren. Immers groepsbehandeling is een bepaalde behandelinterventie. In het kostprijsmodel wordt nu met de inzet van FWG45 en FWG50 gesuggereerd dat het een soort verblijfsgroep is. Dit is echt een verschil tussen jeugdzorg en jeugd GGZ. GGZ biedt geen verblijf of dagbesteding maar biedt GGZ behandeling. Wat ons betreft is er dan ook geen verschil tussen de kostprijs voor individuele of groepsbehandeling. De psychiater zal geen groep draaien, wordt op individuele behandeling of kan in patiëntbespreking van een groep wel betrokken worden.</p> <p>Ga in de berekening van tarief voor groepen uit van de uniforme werkwijze zoals ISD heeft opgenomen in de afsprakenkaart D-5. Dit is de werkwijze die in de GGZ gebruikelijk is. Als men daar vanuit gaat, is er geen apart tarief voor een groep maar wordt de behandelijd verrekend over de aanwezige patiënten. Het uurtarief voor behandeling is daarmee gelijk ongeacht of de behandeling individueel of in een groep wordt aangeboden.</p>	<p>De regio wenst groepsbehandeling in te kopen als apart deelproduct. Hierbij wenst de regio meer inzet van groepsbehandelingen en hier ook data over te ontvangen via het berichtenverkeer. Daarnaast ziet de regio groepsbehandeling als een lichter product ten opzichte van individuele behandeling. Hierin heeft groepsbehandeling meerwaarde ten opzichte van individuele behandeling gezien de aandacht voor interpersoonlijk functioneren.</p>
<p>85</p> <p>In het tariefmodel wordt vergoeding voor woon-werkverkeer niet separaat benoemd. Graag cijfermatig onderbouwen hoe dit is meegenomen. Medewerkers komen bij ons voor een groot deel van buiten Flevoland en betalen wij meer dan gemiddeld aan vergoedingen voor woon-werkverkeer.</p>	<p>De kosten voor woon-werkverkeer zijn verdisconteerd in de overhead. Dit conform de definitie zoals toegelicht in de marktconsultatie en zoals Berenschot in hun benchmarks deze ook hanteert: Wij rekenen ook het merendeel van de materiële kosten en uitbestedingskosten tot het primair proces. Zoals kosten voor huisvesting, afschrijvingen, huur en rente, voeding, hotelmatige zaken en opleiding en woon-werkverkeer, dienstreizen en materialen voor verpleging en verzorging.</p>
<p>86</p> <p>Voor reguliere functies: 50% maximale trede en 50% gemiddelde alle treden: Uit toekomstscenario's blijkt dat Flevoland een regio is waarbij er een groot tekort is aan arbeidsmarktpotentieel en in de toekomst dit alleen maar groter wordt. Zie voor toelichting van het toenemende arbeidstekort in de GGZ in Flevoland het bijgevoegd rapport De Flevolandse Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn Prognose "2023-2033" van Flever. Om als werkgever in een krappe arbeidsmarkt voor zorg en welzijn in een regio (Flevoland) met een mismatch tussen de vraag naar werknemers en het beschikbare aanbod, aantrekkelijk te blijven en nieuwe medewerkers te werven, is het nodig om medewerkers goed te betalen.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.</p>
<p>87</p> <p>Inschaling van duurder en specialistischer personeel vanaf FWG 60: We hebben geen HBO- en HBO-behandelaren in dienst. Dit is ook niet conform de eisen die worden gesteld aan SGGZ, dit vraagt naar ons inzicht minimaal een HBO+ niveau. HBO+ (vak- en systeemtherapeuten) worden ingeschaald in FWG 55. Master psychologen en orthopedagogen in FWG 60. GZ'ers en OG'ers worden ingeschaald in FWG 65, KP'ers in FWG 75. Medisch specialisten worden ingehuurd als ZZP'er.</p>	<p>Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.</p>

88	We maken in de toerekening van materiële kosten en kapitaalslasten geen onderscheid tussen individueel en groep.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 64. Dit onderscheid wordt ook herkend vanuit andere aanbieders en door de regio.
89	Graag cijfermatig en uitsplitsen per cao. Binnen de GGZ was het ziekteverzuim in het eerste kwartaal van 2025 8,3%. In het tweede kwartaal was dit 7,5%.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2. Daarnaast is het ziekteverzuim per cao opgenomen op slides 10 tot en met 13 van de presentatie van de 1ste marktconsultatie.
90	Productiviteit, Opleiding: Graag cijfermatig onderbouwen en uitsplitsen per sector.	De uren opleiding in de productiviteit per cao is opgenomen op slides 10 tot en met 13 van de presentatie van de 1ste marktconsultatie. Hierin is rekening gehouden dat hoger opgeleid personeel, bijv. WO (103,29 uren), meer uren besteedt dan lager opgeleid personeel, bijv. HBO (56,34 uren).
91	Productiviteit, Innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg: Graag cijfermatig onderbouwen en uitsplitsen per sector.	De uren Innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg in de productiviteit per cao is opgenomen op slides 10 tot en met 13 van de presentatie van de 1ste marktconsultatie. Hierin is rekening gehouden dat hoger opgeleid personeel, bijv. HBO (45,07 uren), meer uren besteedt dan lager opgeleid personeel, bijv. MBO (18,78 uren).
92	Productiviteit, Overig niet productief: Graag cijfermatig onderbouwen en uitsplitsen per sector	De uren Overig niet productief in de productiviteit per cao is opgenomen op slides 10 tot en met 13 van de presentatie van de 1ste marktconsultatie. Hierin is rekening gehouden dat hoger opgeleid personeel, bijv. HBO (45,07 uren), meer uren besteedt dan lager opgeleid personeel, bijv. MBO (18,78 uren).
93	Productiviteit, Indirect cliëntgebonden tijd: Graag cijfermatig onderbouwen en uitsplitsen per sector.	De indirecte cliëntgebonden tijd betreft enkel reistijd in de productiviteitsopbouw. Alle overige indirecte cliëntgebonden tijd is declarabel conform uitgangspunt van de regio.
94	Graag cijfermatig onderbouwen hoe 100% betaald ouderschapsverlof, generatiepact (80/90/100-regeling) en balansbudget hierin zijn meegenomen. Dit zijn onderdelen die zijn opgenomen in de CAO GGZ. Gemiddeld genomen zijn bij ons 6-8% van de behandelaren met 100% betaald ouderschapsverlof en maken gemiddeld 3-4% van de behandelaren gebruik van de generatiepact regeling. Ca. 10% van de behandelaren zet het balansbudget in voor opleiding/ontwikkeling en heeft daarmee recht op 40% opslag.	Wij verwijzen hiervoor naar de antwoorden op vraag 29 en vraag 63.
95	In de berekening wordt geen rekening gehouden met no-shows, deze graag meenemen.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.
96	In- en uittredende medewerkers na betaald ouderschapsverlof, nieuwe en vertrekkende medewerkers zijn niet direct 68% declarabel en hebben dus een drukkend effect op de productiviteit. Dit graag meenemen in de berekening. 68% is mogelijk als alles ideaal verloopt: Intakes, diagnostiek en behandelingen worden goed gepland, de disciplinemix binnen een team is goed op elkaar afgestemd. De werkelijkheid is niet ideaal en daarmee is 68% nauwelijks haalbaar. Graag cijfermatig onderbouwen welk percentage van de instellingen dit productiviteitspercentage daadwerkelijk structureel haalt.	Bij de opbouw van de productiviteit zijn wettelijke (Cao) uitgangspunten en verdere reële waarden gehanteerd waarbij rekening is gehouden met de verschillen per sector/Cao en per opleidingsniveau. Daarnaast betreft deze 68% die door u wordt benoemd de tijd voor zowel directe als indirecte cliëntgebonden tijd. Deze wordt dus als reëel gezien. Dit blijkt ook uit een vergelijking met andere regio's en eigen onderzoeken en ervaringen van TransitiePartners.
97	Door het op ZZP-basis inhuren van psychiaters en deels KP'ers is het PNIL-percentage bij ons hoger	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 5. De genoemde percentages PNIL betreffen niet het aandeel PNIL zoals toegelicht tijdens de marktconsultatie, maar de opslag voor PNIL in het tarief.
98	We hebben in de SGGZ geen behandelaren in FWG 45 (MBO) en 50 (HBO); GGZ vraagt naar ons inzicht minimaal een HBO+ niveau. Zelf zien we niet zo'n duidelijke scheidslijn tussen inzet medewerkers bij diagnostiek, behandeling en groepsbehandeling. Zowel diagnostiek als behandeling (wat in de praktijk vaak overlappend is) vraagt een mix van hoge en middelhoge kennis en kunde en wordt daarom uitgevoerd door diverse medewerkers met verschillende taken en verantwoordelijkheden. Groepsbehandeling binnen de specialistische GGZ wordt meestal ingezet om een serie individuele behandeling te kunnen bundelen, wat zowel inhoudelijke als efficiëntie voordelen heeft, maar wat zeker niet minder kennis en kunde vraagt (soms zelfs meer gezien de bijkomende groepsdynamische processen). Ook bij de basis-GGZ zien we weinig argumenten om te differentiëren binnen de discipline-mix, wel denken we dat ten opzichte van de specialistische GGZ relatief iets minder hoogopgeleide medewerkers volstaat.	De regio wenst groepsbehandeling in te kopen als apart deelproduct. Hierbij wenst de regio meer inzet van groepsbehandelingen en hier ook data over te ontvangen via het berichtenverkeer. Daarnaast ziet de regio groepsbehandeling als een lichter product ten opzichte van individuele behandeling. Hierin heeft groepsbehandeling meerwaarde ten opzichte van individuele behandeling gezien de aandacht voor interpersoonlijk functioneren. Voor de FWG 45 en FWG 50 hanteert de regio het uitgangspunt dat hieronder onder andere de functies sociaal werker, systeemtherapeut of vaktherapeut kunnen vallen. Dit conform de functie-eisen zoals door de regio vastgesteld in de productomschrijvingen welke ook door de regio meermaals met de aanbieders is besproken.