

Nummer	Vraag	Antwoord
1	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.	N.a.v. de eerste marktconsultatie en eerste Nota van Antwoorden heeft de regio dit intern besproken. Het uitgangspunt is dat Logeren geboden mag worden op een vrij bed op een gezinsgerichte verblijfsplek (gezinshuis of deeltijdpleegzorg), mits dit voor het gehele traject dezelfde plek blijft.
2	Is er in de kostprijs / no-show regeling bij KDC ook rekening gehouden met vakantie (+/- 4 weken) van jeugdigen?	De regio gaat m.b.t. vakantie en geplande afwezigheid de eerder gecommuniceerde no-show regeling aanpassen. Hiervoor geldt dat de dagen dat een jeugdige tijdelijk afwezig is door vakantie is declarabel. Hieraan geldt een maximum van 14 aaneengesloten dagen per keer waarop daadwerkelijk zorg geleverd zou worden. Hierbij zijn enkel de geplande dagdelen declarabel. Indien op weekenddagen in de aaneengesloten vakantieperiode daadwerkelijk zorg zouden worden geleverd, dan tellen deze mee. Voorwaarden hierbij zijn: - Per kalenderjaar kunnen per jeugdige niet meer dan op 42 afwezigheidsdagen als gevolg van vakantie worden bekostigd (de geplande dagdelen). - De afwezige dagdelen van de jeugdige in verband met een vakantie worden alleen bekostigd indien de jeugdige voor de vakantie reeds 14 dagen zorg kreeg bij desbetreffende aanbieder.
3	Wat zijn de regelingen / afspraken van no-show bij GGZ? Uitgangspunt is 7% no show volgens deze definitie. Wij stellen voor om no show (binnen 24 uur of niet opkomen dagen voor afspraak) te verwerken in de productiviteit voor de GGZ.	De regio kiest voor de producten GGZ om een zelfde aparte no-showregeling te hanteren als voor KDC. Dit doet de regio om zo een uniforme werkwijze te hanteren binnen deze inkoop maar ook in lijn met bestaande no show regelingen van andere regionale contracten.
4	Hoe verhoudt groepsbehandeling binnen GGZ zich ten opzichte van individuele behandeling? Betreft dit een vervangend product of lichter aanvullend product?	De regio blijft groepsbehandeling als een los product hanteren waarbij de productomschrijvingen zijn aangepast om een beter onderscheid te maken tussen individueel en groep. Daarnaast past de regio de wijze van declaratie van het product aan voor de groepsbehandeling GGZ. Hiervoor zal, conform I-standaarden, een tarief gaat gelden per uur welk gedeeld dient te worden door het aantal jeugdigen. Als voorbeeld: voor 1 uur groepsbehandeling aan 3 jeugdigen dient het uurtarief gedeeld te worden door 3 (= 20 minuten per jeugdige) en het uurtarief dient ook gedeeld te worden door 3.
5	MBO-4 personeel wordt, mede gezien wetgeving, niet ingezet voor GGZ.	De regio acht MBO-4 personeel als ondersteuning, conform norm van verantwoorde werktoedeling, passend voor Deelproduct Groepsbehandeling BJGGZ. Dit zodat dit deelproduct ook in verhouding staat tot het deelproduct individuele behandeling. De regio heeft wel besloten de functiemix voor Deelproduct Groepsbehandeling BJGGZ aan te passen. Deze is nu: FWG45 10%, FWG50 10%, FWG55 10%, FWG60 30%, FWG65 30% en FWG70 10%.
6	Voorstel SGGZ medicatiecontrole te scheiden in 2 producten. 1 product voor inzet door kinderarts 100% en 1 product voor inzet door verpleegkundig specialist 100%.	De regio blijft voor SGGZ medicatiecontrole 1 product hanteren. Hierin zit de inzet door een kinderarts als ook de inzet door een verpleegkundig specialist. De regio constateert binnen de huidige contracten dat er door aanbieders al een mix van kinderarts en verpleegkundig specialist wordt ingezet. Daarnaast werd dit ook door aanbieders aangegeven tijdens de marktconsultaties.
7	Waarom kan multidisciplinaire SGGZ niet in het perceel Multi vallen? Binnen Multi komen ook de vormen individueel en groep (en gezin) en dat zou ons werk en de uitvoeringspraktijk een stuk eenvoudiger maken en sluit volgens mij aan bij de doelstellingen van de Hervormingsagenda Jeugd en standaardisatie productstructuur (via WUIVER).	Doordat binnen de regio Flevoland, de gemeenten, lokale keuzes hebben gemaakt over de inrichting van Jeugd GGZ, is het regionaal nu niet mogelijk om Jeugd GGZ onder multi op te nemen. Daarmee zal SGGZ niet in het perceel Multi gaan vallen. De regio wil daarmee voorkomen dat dezelfde producten onder verschillende percelen wordt ingekocht. Verder proberen we de productstructuur vanuit Wuiver door te voeren. Om deze reden heeft de regio dan ook het deelproduct gezinsbehandeling toegevoegd aan het segment JGGZ. Gezien dit een apart deelproduct wordt, betekent dit in de gehanteerde parameters voor de deelproducten GGZ individuele behandeling dat de 2 uur reistijd zoals opgenomen in de productiviteit wordt aangepast naar 0 uur reistijd.

8	Aandeel WO en WO+ is te laag bij GGZ producten en aandeel HBO en HBO+ is te hoog bij GGZ producten.	De regio heeft in samenspraak met TransitiePartners, mede op de input van zorgaanbieders in de marktconsultaties en Nota van Antwoorden, besloten om de functiemix voor de GGZ producten aan te passen en daarin de aandelen WO te verhogen en aandelen HBO te verlagen. Echter conform de eisen in de productomschrijvingen, norm van verantwoorde werktoedeling en het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ blijft het uitgangspunt dat er voor de verschillende deelproducten de inzet van een multidisciplinair team wordt vereist welke bestaat uit HBO (voor deelproduct groepsbehandeling BJGGZ zelfs MBO-4) tot en met WO+ personeel. De functiemixen zijn nu: - Deelproduct diagnostiek BJGGZ: FWG50 7,5%, FWG55 7,5%, FWG60 35%, FWG65 40% en FWG70 10%. - Deelproduct individuele behandeling BJGGZ: FWG50 10%, FWG55 10%, FWG60 40%, FWG65 30% en FWG70 10%. - Deelproduct groepsbehandeling BJGGZ: FWG45 10%, FWG50 10%, FWG55 10%, FWG60 30%, FWG65 30% en FWG70 10%. - Deelproduct diagnostiek SJGGZ: FWG50 7,5%, FWG55 7,5%, FWG60 30%, FWG65 45%, FWG75 5% en FWG MSP 5%. - Deelproduct individuele behandeling SJGGZ: FWG50 10%, FWG55 10%, FWG60 35%, FWG65 35%, FWG75 5% en FWG MSP 5%. - Deelproduct groepsbehandeling SJGGZ: FWG50 12,5%, FWG55 12,5%, FWG60 40%, FWG65 25%, FWG75 5% en FWG MSP 5%. Deelproduct medicatiecontrole SJGGZ blijft zoals deze was.
9	En voor wat betreft registratie groepsinterventies (GGZ groepsbehandeling) aub aansluiten op de definities zoals opgenomen in de ISD afsprakenkaart. En dit dus niet opnemen als apart product.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4.
10	Is bij de producten KDC Middelgroot en Kleinschalig ook rekening gehouden met de extra inzet van paramedici en GD-er bovenop de uren op de groep?	Ja hiermee is rekening gehouden en deze functies zijn conform productomschrijvingen meegenomen in de functiemix van deze producten.
11	Kiest de regio voor tariefdifferentiatie voor de systeemfuncties die (systeem)aanbieders bieden? En / of worden deze functies toegevoegd aan landelijke (LTA) of bovenregionale inkoop?	Nee, hier kiest de regio momenteel niet voor.
12	Er werd gesproken over no show binnen de GGZ. Vraag was of andere aanbieders zich herkennen in het genoemde percentage; wij herkennen ons in het percentage 7% dat werd genoemd.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
13	Er werd een opmerking gemaakt of multidisciplinaire SGGZ ook binnen het perceel Multi kan vallen. Wij zijn erg benieuwd naar dit antwoord, aangezien ons specifieke product niet volledig binnen het huidige voorgestelde SGGZ-perceel lijkt te vallen. Mocht dit mogelijk zijn, heeft dit dan ook gevolgen voor het bieden van crisishulpverlening of vergelijkbaar (24 uur bereikbaarheid etc.)?	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 7.
14	Wanneer kunnen wij de budgetten voor de SGGZ verwachten? Los van de tarieven gaat dat voor ons een hele bepalende factor zijn	De regio zal niet werken met specifieke budgetplafonds. Indien u doelt op de budgetten voor de a-specifieke toewijzing, dan zal de regio hierover meer informatie delen bij de publicatie van de inkoop.
15	Ik wil nog even reageren op de discussie die ontstond over de inzet van MBO4 binnen GGZ Behandeling. Binnen onze organisatie wordt geen MBO4 niveau ingezet in behandeling Jeugd. Wij zetten ze bijvoorbeeld wel in binnen preventiewerkzaamheden en bepaalde ZPM behandelingen.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 5.
16	In de ambulante jeugdhulpverlening is het een gegeven dat er sprake is van een no show percentage van tussen de 7 en 10%. We stellen voor om dit gegeven in de GGZ-tariefopbouw te verwerken in de productiviteit, in plaats van op te nemen in een contractuele afspraak per jeugdige met een maximum te declareren aantal no shows. Daardoor worden administratieve lasten bij gemeenten en aanbieders verlaagd en kunnen meer uren worden besteed aan de feitelijke jeugdhulp.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
17	Als vervolg op vraag 37 uit de 1e Nota van Antwoorden vernemen we graag waarom er hogere functie-eisen worden gesteld aan het deelproduct SGGZ diagnostiek t.o.v. SGGZ individuele behandeling. In onze praktijk is de functiemix tussen deze 2 soorten inzet meestal gelijk of zelfs lager. Hiermee wordt het tarief reëler en de uitvoering eenvoudiger als er geen onderscheid komt in de deelproducten en tarieven.	De regio verwacht hierin, zoals ook opgenomen in de eisen van de productomschrijvingen, dat er bij het deelproduct diagnostiek meer inzet is van hoger opgeleid personeel (met name WO-personeel en hoger) dan bij het deelproduct individuele behandeling.

18	<p>In de eerste nota van antwoorden wordt voor vragen over no show verwezen naar antwoord 1. Dit betreft alleen no show bij een KDC. Tijdens de ambulante GGZ behandeling is er helaas ook regelmatig sprake van no show (binnen 24 uur afgezegd of cliënt komt niet op afspraak). Dit is ongeveer 7% van de ambulante afspraken op jaarbasis. Tijdens de 2e marktconsultatie hebben wij genoemd dat wij 7% no show hebben op de individuele afspraken, dit werd in de chat onderschreven door 2 andere GGZ aanbieders. Wij noemen expliciet de no show op de individuele ambulante afspraken. No show voor een groepsafpraak is niet van toepassing omdat afwezigheid in een groep volgens de tijdschrijfgeregels voor groepen in de GGZ (zie ISD afsprakenkaart D5) leidt tot verdeling van de behandel tijd van de betrokken behandelaren over de aanwezige deelnemers van een groepsbehandeling. Ons voorstel is om no show administratief luw te compenseren door dit te corrigeren in de productiviteitsberekening per fte en daarmee in het tarief. Aub geen verrekening van bijvoorbeeld maximaal aantal no show contacten per cliënt. Dit is administratief niet bij te houden voor ons; (nu) zo'n 2.000 cliënten op jaarbasis voor 1 gemeente.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.</p>
19	<p>Verzuimpercentage: Tijdens de tweede marktconsultatie hebben we aangegeven, en ondersteund in de chat door meerdere GGZ aanbieders, dat het verzuimpercentage voor de GGZ hoger ligt en geen afbouw kent zoals voor ander jeugdzorg en gezondheidszorgsectoren. De landelijke cijfers laten dit zien. Wij verzoeken u dringend de regio te adviseren in de productiviteitsberekening per fte voor de GGZ wel rekening te houden met een hoger verzuimpercentage voor de GGZ en op dit punt differentiatie toe te kennen o.b.v. de realiteit. Wij verzoeken dan ook om voor het normatieve verzuimpercentage in de kostprijberekening 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.</p>	<p>Voor het ziekteverzuimpercentage dient conform AMvB aangesloten te worden 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 zoals dat dan ook het geval is voor GGZ. Hierbij wensen wij te benoemen dat hierin een uniforme wijze wordt gevolgd voor iedere Cao/sector zodat deze ook uniform en uitlegbaar is en daarmee ook dezelfde reële uitgangspunten worden gehanteerd en meegenomen. Hierbij wordt dan ook de trend en daarmee percentages van volledige jaren meegenomen.</p>
20	<p>Deelproduct groepsbehandeling GGZ: Tijdens de tweede marktconsultatie hebben we de regio dringend verzocht om niet af te wijken van de landelijke standaarden van het I-Sociaal Domein. Immers we zijn gezamenlijk op zoek naar zoveel mogelijk standaardisering in het land om de Jeugdwet uitvoerbaar te houden. Dit houdt o.a. in dat er geen tariefberekening voor een groep zoals opgenomen in de presentatie wordt gehanteerd (per deelnemer per uur een tarief), maar dat een tarief voor een groep wordt berekend door uit te gaan van de uniforme werkwijze zoals ISD heeft opgenomen in de afsprakenkaart D-5 (zie hieronder). Dit is de werkwijze die in de GGZ gebruikelijk is. Als men daar vanuit gaat, wordt bij een GGZ groepsbehandeling de behandel tijd (de tijd van de betrokken behandelaren) verrekend over de aanwezige patiënten. In de tweede marktconsultatie ook door de verschillende GGZ beargumenteerd dat een behandeling individueel en sommig behandelaanbod juist in een groep kan plaats vinden. Hierin is geen sprake van een andere samenstelling in de behandelformatie van een aanbieder. Een groepsbehandeling wordt niet voor een belangrijk deel door lagere FWG ingeschaalde disciplines uitgevoerd. Wij bepleiten nogmaals dat het tarief voor GGZ behandeling ongelijk ongeacht of de behandeling individueel of in een groep wordt aangeboden, gelijk is.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4.</p>
21	<p>No-show is nu niet opgenomen in de individuele behandeling GGZ. Wij zien net zoals de andere aanbieders dat het percentage no-show circa 7% is bij de individuele behandeling. Zouden jullie bij de gemeenten willen vragen of zij willen overwegen om een percentage no-show te verdisconteren in de tarieven?</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.</p>
22	<p>Voor de GGZ is niet de verwachting dat het ziekteverzuim daalt en deze is ook gestegen in 2025. Een gemiddelde pakken van de afgelopen 5 jaren zonder 2025 mee te rekenen is niet reëel. Willen jullie de manier waarop jullie nu het ziekteverzuimpercentage hebben berekend nog eens kritisch bekijken en dit meenemen in het definitieve percentage?</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 19.</p>
23	<p>Het ziekteverzuim percentage is van belang in verband met het aantal beschikbare uren in relatie tot de productiviteit. Wordt dit aangepast nu we ook met elkaar hebben geconstateerd dat er geen sprake is van een dalende trend in ziekteverzuim voor de ggz sector?</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 19.</p>

24	De enige reden wanneer we groepsbehandeling zien als een aanvullend product in de behandeling is als we dit gelijktijdig met de individuele behandeling kunnen inzetten (wat in de groep kan, doen we in een groep). Het is dus geen lichtere interventie dan individuele behandeling. Onze groepsbehandelingen vragen doorgaans inzet van de GZ-psycholoog en orthopedagoog. De gemeenten veronderstellen dat aanbieders een groepsbehandelaar inzetten (vaktherapeut), maar dat klopt niet. Die aanname kan echt niet worden gedaan. Het gestelde percentage HBO en HBO+ is te hoog en moet worden aangepast. In de nota van antwoorden geven jullie aan dat individuele behandeling een hogere vergoeding krijgt, maar feit blijft dat we dezelfde behandelaar ook kunnen inzetten voor individuele behandeling en dezelfde personeelskosten maken. Daarbij zijn er ook kosten verbonden aan het gebruik van een groepsruimte. Ons inziens zou groepsbehandeling echt niet een lagere vergoeding horen te krijgen. Kan hier nog een aanpassing in de tarieven op volgen na overleg met de regio?	Wij verwijzen hiervoor naar de antwoorden op vraag 4 en vraag 8.
25	Gemeente Almere gaf aan dat ze mee zouden nemen om groepsbehandeling wel conform de i-standaarden te laten declareren. Dus dan kan een uurtarief van €48,51 niet. Willen jullie dat ook meenemen?	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 4.
26	De meest recente productomschrijvingen zijn niet gedeeld met de aanbieders, maar graag zouden wij die wel zien, zodat we ook beter snappen waarop het kostprijsonderzoek en de uitkomsten door Transitiepartners zijn gebaseerd. Het is nu niet transparant. Gemeenten hadden het ook over een a-specifieke toewijzing. In een marktconsultatie is een bedrag van €5000,- genoemd. Maar kun je deelproducten ook stapelen (zoals wij dus groepsbehandeling aanbieden als vervanging voor een deel van de individuele behandeling)? Want we krijgen het idee dat je binnen die ene a-specifieke toewijzing van 5k zowel zowel behandeling individueel als groep moet kunnen aanbieden, maar dat lijkt niet in lijn met de i-standaarden.	De door u genoemde € 5000 wordt niet door de regio herkend. Voor de SGGZ wordt gesproken over 5000 minuten. Aspecifieke toewijzingen geeft de regio af in een budget in euro's. Het budget wordt bepaald door de 5000 minuten maal het nieuwe minutentarief. Hierbinnen kan de aanbieder zelf bepalen welke deelproducten binnen de SGGZ worden ingezet (Diagnostiek, behandeling individueel, behandeling groep, gezinsbehandeling). Dit is volgens de i-standaarden. De definitieve productomschrijvingen worden gepubliceerd op TenderNed bij de publicatie van de inkoop.
27	Vraag 28 NvA1: Bij het deelproduct Diagnostiek hebben jullie ervoor gekozen om de functiemix te handhaven. Er is een multidisciplinair team bij ons aanwezig, maar het blijft onduidelijk wat de medewerkers van schaal 50 en 55 zouden moeten betekenen in de diagnostiek. De diagnose moet worden gesteld door medewerkers met schaal 65 of hoger. Eventueel worden zij ondersteund door de basis orthopedagoog FWG 60. Kunnen jullie dit punt bespreken met de gemeenten en de functiemix voor dit deelproduct aanpassen?	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
28	Vraag 31 NvA1: Jullie geven aan dat de Regio geen verschil wil maken in medicatiecontrole voor de verschillende functies, maar jullie begrijpen toch ook wel dat bij de sggz de medicatiecontrole doorgaans bij de KJP wordt belegd (dat blijkt ook uit de input hier in deze marktconsultaties, maar ook in de marktconsultaties met de regio) en dat de 50/50 verhouding met een VS'er dan financieel niet uit kan voor de aanbieder die de KJP'er inzet? Een VS'er aantrekken voor het team is net zo'n grote uitdaging als een KJP'er. Dus we kunnen die niet zomaar aan ons personeelsbestand toevoegen en met ons vele andere aanbieders.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 6.
29	Vraag 57 NvA1: Wordt intensieve psychiatrische gezinsbehandeling (waarbij behandelaar reist naar het gezin) onderdeel van het nieuwe deelproduct gezinsbehandeling? En wordt reistijd dan wel meegenomen?	Dit wordt inderdaad onderdeel van het nieuwe deelproduct gezinsbehandeling en hierin wordt in de opbouw van de productiviteit ook rekening gehouden met reistijd.
30	Vraag 74 NvA1: Jullie geven in het antwoord aan dat de systeemtherapeut in schaal 50 zou zitten, maar dat klopt niet. Deze zit in 55 en 60. Regio IJsselland hanteert functiegerichte bekostiging en daar hebben ze ook bewust twee tariefgroepen met de functie systeemtherapeut aangehouden, want aanbieders hebben de systeemtherapeuten of in FWG 55 zitten of in FWG 60. Pas de percentages aan. Het aandeel FWG 50 is zeer laag binnen de sggz. Een vaktherapeut wordt niet standaard ingezet bij de SGGZ behandeling van iedere cliënt (is wel onderdeel van het multidisciplinaire team), maar zit nu wel in de berekening van de tarieven.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
31	Er zijn verschillende vormen van No show: ziekte, afwezigheid maar ook vakantie. Graag dit meenemen in de tariefstelling. We missen de vakantieperiode in de kostprijs. Dit is min 4 weken, waarin kinderen niet aanwezig zijn op het KDC. Graag hiermee rekening houden in het tarief.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2.
32	Hoelang mag een cliënt op vakantie? Graag hiervoor kaders ivm cliënten die een langere tijd afwezig zijn vanwege vakantie in geboorteland. Met hoeveel weken per jaar wordt rekening gehouden in de tariefstelling? Gaan we uit van 52 weken of 46 weken? (als 100%).	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2.
33	De kinderopvang is niet afhankelijk van aanwezigheid. De Kinderopvang ontvangt per kind elke maand het zelfde bedrag. Waarom is dit anders bij de KDC's? - Vergelijk met onderwijs	Kinderopvang en KDC kunnen niet met elkaar vergeleken worden. Mede omdat deze vanuit andere financieringsstromen betaald worden. De regio Flevoland heeft geen enkele invloed op de beschrijving, eisen en financiering van kinderopvang. Daarnaast hanteert de regio ook aanvullende afspraken i.v.m. afwezigheid van jeugdigen bij KDC.
34	KDC heeft extra kwetsbaar wegens kinderziektes etc. hierdoor kan de hele groep ook afwezig zijn. Geldt ook voor de andere producten. Voorstel is een percentage opnemen voor no-show. (in de productiviteit) Zodat je de administratieve lastendruk kan verwerken.	De regio kiest er voor om bij KDC voor no-show aparte declaratie-afspraken te hanteren.

<p>35 De risicomarge van 2% is erg laag. Verzoek om deze bij te stellen naar 3%, rekening houdend met transformatie- en innovatiekosten. Met 2% is er onvoldoende ruimte voor innovatie en transformatie. Eerdere onderzoeken, vanuit HHM, houden ook rekening met leegstand waardoor 3% risicomarge legitiem is. Nogmaals het verzoek om bijstelling van het risicomarge naar 3%.</p>	<p>De risico-opslag komt mede voort uit een benchmark met diverse andere regio's en onderzoeksbureaus (waaronder ook HHM). 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>
<p>36 Verwacht de regio voor de publicatie duidelijkheid te hebben over een definitieve visie t.a.v. systeemaanbieders en daarmee tariefstelling.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 11.</p>
<p>37 M.b.t. trede-verdeling: dit is geen realistisch weergave van de werkelijkheid. Nogmaals het verzoek aan de regio om inschaling bij te stellen op de werkelijke situatie binnen de regio. Partijen hebben unaniem aangegeven in de bijeenkomsten dat het tekort op de arbeidsmarkt zorgt voor een hogere inschaling. Waardoor dit de norm is geworden in plaats van afwijking.</p>	<p>Vanuit meerdere regionale aanbieders tijdens zowel de beide marktconsultaties als de eerste Nota van Antwoorden is aangegeven dat er herkenning is in de gehanteerde trede-verdeling. Hierbij wensen wij ook te benoemen dat conform de AMvB reële prijs er reële waarden per parameter per product dienen te worden gehanteerd en niet per aanbieder. Juist vanuit de ontvangen input wordt nu geconcludeerd dat de gehanteerde uitgangspunten voor de trede-verdeling als reëel kunnen worden beoordeeld. Daar komt bij dat vanwege de arbeidsmarkt krapte er al gerekend wordt met een hoger percentage van de maximale trede voor de meer specialistische functies. Dit is namelijk tussen de 95% en 98%. Tenslotte wensen wij ook te benoemen dat deze percentages hoger zijn vergeleken met de gehanteerde percentages in andere regio's.</p>
<p>38 Waarop schrijft de aanbieder in als er geen duidelijkheid is over beschikbaarheidscomponent. Hiervoor wordt het voor aanbieders een groot risico om in te schrijven. Het is voor aanbieder onduidelijk hoe dit product (Logeren) moet worden vormgegeven.</p>	<p>De regio heeft besloten om in de tariefsopbouw rekening te houden met een beschikbaarheidscomponent / leegstandvergoeding. De regio hanteert een uitgangspunt van 95% bezettingsgraad, dus er wordt een compensatie in de tariefopbouw gehanteerd voor de beschikbaarheid van 5%.</p>
<p>39 'De casusregie komt altijd voort uit de gekoppelde begeleiding of behandeling . WO geschoold personeel is daarom geen onderdeel van functieprofiel van de producten Logeren.' Dit klopt niet. In de norm werktoedeling is het een vereiste dat een WO geschoold personeelslid minstens beschikbaar is en daardoor dient hierin ook rekening te worden gehouden in de tariefstelling.</p>	<p>De regio ziet Logeren Ontwikkelingsgericht als onderdeel van een breder plan. De doelgroep die daar komt is complexer maar doel is nog steeds dat het logeren bijdraagt aan ontlasting en ruimte creëren voor de behandeling. De WO professional moet komen uit de gekoppelde begeleiding of behandeling. Verder spreekt de norm van verantwoorde werktoedeling niet over specifiek WO-opleidingsniveau maar over of een professional geregistreerd moet zijn of niet voor het uitvoeren van bepaalde werkzaamheden (HBO is daarbij ook mogelijk).</p>
<p>40 Zoals in de marktconsultatie is aangegeven is logeren in groepsverband niet rendabel. Innovatie mogelijkheden om hier anders mee om te gaan zijn erg wenselijk om op dit perceel te kunnen inschrijven. Verzoek om hier nogmaals naar te kijken.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.</p>
<p>41 Wij onderschrijven het uitgangspunt van de functiemix. Maar wij bedoelen dat er daarnaast dus sprake is van gelijktijdige inzet van meerdere functies binnen één dagdeel (multidisciplinaire behandeling). Als voorbeeld is er op een dagdeel de inzet van de begeleider in het dagdeel en daarbovenop de inzet van een behandelaar en/of GD'er. PO-uren is 1 uur per kind per week. GD is 1 uur per kind per week. Paramedici is 1 uur per kind per week. Vaktherapie is 0,5 uur per kind per week. Verzoek om dit mee te nemen in de tariefstelling.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 10. Deze inzet ziet de regio als onderdeel van het product KDC en dient volgens de regio daarmee onderdeel te zijn van de functiemix. De inzet voor KDC betreft dus niet alleen de inzet van een begeleider. Daarin stelt de regio conform de eisen van de productomschrijving dat er ook inzet is van o.a. een behandelaar en paramedici. Indien enkel de inzet van de begeleider in de functiemix zou zijn opgenomen, zou de functiemix ook niet zijn opgebouwd met functies van andere medewerkers zoals behandelaar en paramedici.</p>
<p>42 Wat is de criteria voor de indicatie van de cliënt voor welke groep de cliënt in aanmerking komt voor de producten KDC? En wie bepaalt de indicatie van de cliënt? Wordt hier uitgegaan van de zorgbehoefte van de cliënt of wordt er gekeken naar de groepsgrootte die de zorgaanbieder ter beschikking heeft?</p>	<p>Verwijzer bepaalt het product en er wordt gekeken naar zorgbehoefte van de jeugdige. Niet naar groepsgroottes die zorgaanbieder beschikbaar heeft. Het handelingskader geeft hierin ook handvaten.</p>
<p>43 Op deze bezetting voor KDC producten 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.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 41.</p>
<p>44 We missen de vakantieperiode de kostprijs voor KDC. Dit is min 4 weken, waarin kinderen afwezig zijn.</p>	<p>Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 2.</p>
<p>45 Graag ontvangt de aanbieder de productstructuur zoals de regio voorstelt op basis van het WUIVER model. Zie vraag bij nr. 46 n.a.v. Nota van antwoorden en MC dd 2 dec.</p>	<p>De productstructuur zoals de regio deze voorstelt op basis van het WUIVER model is gepresenteerd door de regio voorafgaand aan de 2de en 3de marktconsultatie voor het tariefonderzoek.</p>

46	M.b.t. trede-verdeling. Dit is geen realistisch weergave van de werkelijkheid. Nogmaals het vervoek aan de regio om inschaling bij te stellen om werkelijke situatie binnen de regio. Zoals aangegeven is in de bijeenkomst zorgt het tekort op de arbeidsmarkt voor een hogere inschaling welke nu de norm is in plaats van afwijking.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 37.
47	Akkoord met €1,16 per dagdeel. Per dag komt dit uit op €2,32. Welke extra verwachtingen zijn dan bij de huidige activiteiten van de KDC's? Er wordt op dit moment geen rekening gehouden met extra personele inzet in de huidige kostprijsmethodiek. Verzoek om dit wel op te nemen in de kostprijsmethodiek voor KDC.	De opslag van € 1,16 is enkel een opslag voor voeding. Conform productomschrijving van de regio geldt hiervoor als eis: het aanbieden van een tussendoortje en lunch binnen het dagprogramma. Hierbij heeft de regio verder geen extra verwachtingen.
48	Waarop schrijft de aanbieder in als er geen duidelijkheid is over beschikbaarheidscomponent. Hiervoor wordt het voor aanbieders een groot risico om in te schrijven. Het is voor aanbieder onduidelijk hoe dit product (Logeren) moet worden vormgegeven. Geen programma van eisen beschikbaar.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 38.
49	De ervaring leert dat bij logeren jongeren nabijheid nodig hebben. Met name bij jongeren die net nieuw zijn op een plek. Slaapwachten zijn hierdoor aan het waken en is er geen sprake sprake een slaapdienst. Voor de doelgroep KDC is er in de praktijk alleen sprake van een waakdienst.	Voor KDC blijft de regio bij het uitgangspunt dat er in de nacht een slaapwacht is.
50	De regio heeft hier nog geen definitief oordeel over. Vooralsnog houdt de regio vast aan logeren in groepsverband'. Zolang hierover geen duidelijk is, is het risico voor het product logeren erg groot voor een aanbieder. Wij zien toekomst in dit product en willen het graag vormgeven. Echter is hiervoor wel een duidelijke inhoudelijk visie nodig. Op dit moment zijn de tarieven bekend en schat de aanbieder in dat deze tarieven niet voldoende lijken om op in te schrijven.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 1.
51	In de concepttarieven zijn de tarieven van diagnostiek verschillend tussen KDC (€116,06) en BJGGZ (€137,96) en SJGGZ (€146,-). Waar komen deze verschillen vandaan aangezien disciplines en opleidingsniveau hetzelfde is. Verzoek om de tarieven gelijk te trekken.	U geeft aan dat de disciplines en opleidingsniveaus gelijk zijn voor deze producten. Echter is dit niet correct. Zoals u in de eerdere concept-productomschrijvingen vanuit de regio ook heeft kunnen zien, verschillen de omschrijvingen, doelgroepen, resultaten en ook eisen (waaronder functie-eisen) tussen deze producten. Dit maakt dus enerzijds dat er per product andere opleidingsniveaus worden meegenomen. Daarnaast zit er ook een verschil in de gehanteerde Cao's wat ook een verschil in tarief veroorzaakt.
52	De indicatie diagnostiek moet meerdere keren ingezet kunnen worden voor één cliënt. Bijvoorbeeld 1 keer voor IQ onderzoek en daarnaast een indicatie voor bijv. de WLZ aanvraag.	Dit moment staat eenmalig beschreven. Maar diagnostiek is breder getrokken. Dus het kan indien onderbouwd en benodigd vaker ingezet worden omdat het nu 'samenvoeging' is van meerdere soorten 'diagnostiek'. Ja dit kan vaker, voor iq en perspectief bepalen. Minstens een jaar dient hiertussen te zitten.
53	In de 2e marktconsultatie kostprijs dd 2 december zijn de concepttarieven met een beperkte toelichting gepresenteerd. Met deze toelichting kan de aanbieder niet goed reconstrueren of bepaalde aannames goed berekend worden ter grondslag van het tarief. Om de kostprijs goed te kunnen beoordelen is onderliggende rekenmodel noodzakelijk. Verzoek aan de regio om het rekenmodel te publiceren.	Alle gehanteerde parameters, waarden, uitgangspunten en het rekenmodel zijn transparant gedeeld en toegelicht tijdens de twee marktconsultaties. Daarin is ook toegelicht hoe de bepaalde parameters relateren aan de inhoud en dus productomschrijvingen van de regio. Deze gehanteerde waarden, percentages en bedragen zouden daarin kunnen worden vergeleken met uw eigen kostprijsberekeningen en de waarden per paramete. Het tariefonderzoek zit nog midden in het proces. Om toch inzicht te geven in het onderliggende rekenmodel zal een voorbeeldberekening meegestuurd worden als bijlage bij deze Nota van Antwoorden. Dit is een voorbeeld van de berekening voor 1 functie. Als een product uit meerdere functies wordt opgebouwd, moet daarna nog een functiemix worden toegepast. Deze berekening dient als voorbeeld, en kunt u gebruiken om andere functies na te rekenen.
54	Op 1 december is via TenderNed een nieuwe, gewijzigde productomschrijving voor het KDC gepubliceerd. Op 2 december vond de tweede marktconsultatie kostprijsonderzoek plaats, waarin onder meer de concepttarieven voor het KDC zijn toegelicht. Tussen de publicatie van de gewijzigde productomschrijving en deze marktconsultatie zat beperkte tijd. Daarnaast staat voor 18 december een extra marktconsultatie gepland die specifiek ziet op de doorgevoerde wijzigingen in de productomschrijving van het KDC. Kunt u bevestigen dat eventuele aanpassingen die uit de marktconsultatie van 18 december voortkomen, worden meegenomen in het kostprijsonderzoek en dat inschrijvers hiervan tijdig en volledig op de hoogte worden gebracht?	Ja dit kan worden bevestigd en zal worden gecommuniceerd door de regio.
55	In de wijzigingen uitgangspunten wordt niet terugkomen op FWG / Schaal opbouw. Terwijl door de schaarste op de arbeidsmarkt, nog eens extra versterkt door de schaarste in Flevoland, 50% maximale trede en 50% gemiddelde alle treden en 50% maximale trede en 50% gemiddelde van bovenste helft van de treden van FWG 60 niet realistisch is.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 37.
56	Daarnaast hebben we, conform de eisen die worden gesteld aan SGGZ, behandelaren in dienst met minimaal een HBO+ niveau (ingeschaald in FWG 55). Hbo-systeemtherapeuten (NVRG geaccrediteerd), 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.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.

57	Bij tariefopbouw is het nog niet duidelijk hoe 100% betaald ouderschapsverlof, generatiepact (80/90/100-regeling) en balansbudget hierin zijn verrekend. Dit zijn looncomponenten die bij ons sterk kostprijsverhogend werkend.	Dit is wel degelijk teruggekoppeld in de 1ste Nota van Antwoorden. In het tariefmodel is ervoor gekozen om balansbudget 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 ermee 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. Daarnaast is met ouderschapsverlof en generatiepact rekening gehouden in de opbouw van de productiviteit in het bijzonder verlof.
58	Een gemiddelde productiviteit per medewerker van 1235 - 1282 uur is in de praktijk haalbaar in ideale omstandigheden. Voor een gezonde bedrijfsvoering is het ook noodzakelijk om enige buffer te hebben, welke niet opgebouwd wordt binnen deze strak afgestelde grens. Qua buffer denken we aan zaken zoals: in- en uittrekkende medewerkers na ouderschapsverlof, nieuwe en vertrekkende medewerkers, no-shows, een suboptimale disciplinemix vanwege de moeilijke arbeidsmarkt.	Het uitgangspunt is ook dat de gehanteerde productiviteit reëel is en haalbaar voor een gemiddelde medewerker zoals u zelf benoemd.
59	Ook voor GGZ graag no-show opnemen (in de praktijk 7%).	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
60	2% risicomarge is een arbitrair percentage. De combinatie van gevraagde productiviteit en geboden uurtarieven geven weinig ruimte voor verstoringen in de bedrijfsvoering. De ervaring leert dat een verstoring al snel een negatief effect op het nettoresultaat kan hebben en dat deze niet gedekt worden met 2% risicomarge.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 35.
61	Functie indeling over productgroep niet correct. In de S-GGZ werken alleen medewerkers vanaf FWG 55. Dit vanwege de verplichte SKJ-registratie (alleen mogelijk bij HBO+). Deze medewerkers moeten een bepaalde opleiding hebben gevolgd voordat zij een groepsbehandeling mogen geven aan cliënten die S-GGZ ontvangen. In de nota van antwoorden wordt aangegeven dat groepsbehandeling als een lichter product wordt gezien. Dit is het helemaal niet. Voorheen werden cliënten individueel gezien en nu worden er meerdere cliënten in een groep gezien. Dit vraagt wat van een behandelaar t.o.v. 1 cliënt bijvoorbeeld met 3 cliënten in een groep. Aandacht aan het individu maar ook voor de groepsdynamiek. In die zin moet groepsbehandeling (of groepspsychotherapie) niet verward worden met bijvoorbeeld vaardigheidstrainingen (zoals ze bestaan in heel veel varianten).	Conform de SKJ is het voor HBO personeel ook mogelijk om zich te registreren: "SKJ-registratie voor HBO-opgeleiden is verplicht voor jeugdprofessionals die complexe en risicovolle taken uitvoeren in het jeugddomein, waarbij een relevant HBO-diploma (zoals Social Work, Pedagogiek) vaak de basis is". Verder ziet de regio 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 schaal 50. 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) behandelaars onderdeel zijn van het GGZ behandelteam.
62	Bij een groepsbehandeling worden vaak 2 behandelaars in gezet. Het gaat dan om een FWG55 met FWG 65 of een FWG 60 met een FWG 65. De inzet van een FWG 70/MSP vindt beperkt plaats.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
63	De klinisch psycholoog wordt hier ingedeeld in FWG 70. In de praktijk zitten zij in FWG 75.	Vanuit o.a. vacatures van aanbieders binnen deze regio blijkt dat voor een klinisch psycholoog FWG 70 zeer gebruikelijk is.
64	Er wordt nu uitgegaan van een verdeling 50% VS / 50% MS. In de praktijk werken we alleen met psychiaters en is de % verdeling niet correct (zie discussiebijeenkomst 02-12-2025).	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 6.
65	Bij het percentage ziekteverzuim zien wij een ander beeld waarin het ziekteverzuim niet verder daalt. Sectorbreed is deze in Q1 2025 8,3%.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 19.
66	Een PNIL-percentage van 1,16% is niet passend. Als het percentage als toeslag op de loonkosten wordt berekend is bij ons het percentage 10%. Zoals eerder aangegeven: psychiaters, en in mindere mate KP'ers en Psychotherapeuten, in loondienst nemen is erg lastig. Er wordt vaak gewerkt met ZZP'ers. Dit ondanks de toenemende dreiging van een controle door de Belastingdienst.	Zoals toegelicht zijn de PNIL-percentages zoals gepresenteerd een opslag op de tarief (kostprijs incl. risicomarge en opslag voor opleidings- en certificatiekosten). Daarmee is dit dus niet een toeslag op de loonkosten. 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 ( <a href="https://www.kvk.nl/geldzaken/rekentool-uurtarief-berekenen/">https://www.kvk.nl/geldzaken/rekentool-uurtarief-berekenen/</a> ). Dit verschil wordt dan vermenigvuldigd met het gemiddelde aandeel PNIL per Cao/sector (o.b.v. meest actuele Zorghatting, benchmark financiële prestaties zorginstellingen).
67	Onderscheid tussen diagnostiek en behandeling SGGZ. De functiemix in SGGZ-diagnostiek, individuele behandeling en groepsbehandeling is, afgezet tegen de werkelijke inzet, te laag ingeschat. De complexiteit van de doelgroep vraagt veel werkervaring en de mogelijkheid om snel te kunnen schakelen qua interventie. Binnen onze instelling wordt, zoals hierboven uitgelegd, geen behandelaars met FWG 45 en FWG 50 ingezet. Binnen SGGZ vinden wij het verantwoord om het aandeel HBO+ (FWG55) bij diagnostiek te begrenzen op max. 20%, voor een individuele behandeling is een 25% een verantwoord maximum. En dit geldt ook voor een groepsbehandeling: 25%.	Wij verwijzen hiervoor naar het antwoord op vraag 8.