

	A	B	C	D
1	Ref. Nr.	Onderwerp	Vraag	Antwoord
			in het excelbestand Nvl vraag 76, transgenderzorg, antwoord is: transgenderzorg is wel deels los beschreven onder Hoogspecialistische GGZ maar betreft inderdaad geen los product.... In de opdrachtbeschrijving wordt Transgenderzorg bij hoofdstuk 3 en 4 wel als los product beschreven en staat nergens vermeld dat het onder GGZ Hoog specialistisch valt. 1. Waar is te vinden dat GGZ Transgenderzorg onder GGZ Hoog specialistisch valt? 2. Wij bieden nu GGZ specialistisch en willen GGZ transgenderzorg gaan bieden, is dit mogelijk zonder aan de voorwaarden voor GGZ Hoog specialistisch te voldoen?	Enkel de indicatiestelling genderdysforie valt onder GGZ Hoogspecialistisch. Een behandelingsfase zonder medische behandeling valt onder de overige hulpvormen binnen segment 4 of afhankelijk van de complexiteit van de problematiek in segment 1. Wanneer een jeugdhulpaanbieder meer kerncompetenties wil benoemen en hier specifieke aandacht op wil vestigen is hierin bij de open vragen rondom de gunningscriteria ruimte om dit te doen.
2	235	transgenderzorg	vraag 80 gaat over het invulblad van de kerncompetenties, het antwoord is to/m punt 4 leesbaar, daarna niet meer, kunt u de volledige tekst nog eens publiceren?	De aanbestedende dienst licht de gevraagde invulvelden als volgt toe: 1. Kenmerken van de organisatie waar de kerncompetentie is opgedaan Met dit veld wordt bedoeld op de organisatie waarbinnen de referentieopdracht is uitgevoerd. Dit betreft de zorgaanbieder en niet de inhoudelijke beschrijving van producten of zorgvormen. Relevante kenmerken kunnen zijn: type jeugdhulpaanbieder, schaal/omvang, doelgroep en positionering, voor zover relevant voor de context van de opgedane kerncompetentie. 2. Naam en telefoonnummer contactpersoon Hier dient de contactpersoon van de referentieopdracht bij de opdrachtgever/contractpartij van de betreffende opdracht te worden vermeld. Dus niet de contactpersoon van de inschrijver, maar van de partij die de referentie kan verifiëren (bijvoorbeeld gemeente, zorgkantoor of andere opdrachtgever). 3. Datum aanvang + looptijd referentieopdracht Hier dient de daadwerkelijke periode van uitvoering van de referentieopdracht te worden vermeld (startdatum en einddatum, of indien lopend: startdatum en "heden"). Het volstaat niet om uitsluitend de looptijd van een huidige raamcontract te vermelden, tenzij de referentieopdracht daadwerkelijk onder dat contract is uitgevoerd en de opgegeven periode de feitelijke uitvoeringsperiode betreft waarbinnen de kerncompetentie is opgedaan. 4. Bijbehorende contractwaarde (per jaar) Gevraagd wordt naar de gemiddelde of jaarlijkse waarde van de referentieopdracht. Indien de opdracht meerdere jaren loopt, dient de contractwaarde per jaar (gemiddeld of per afzonderlijk jaar indien relevant) te worden opgegeven.
3	236	antwoord op vraag 80 niet volledig leesbaar	Vervolg antwoord	Indien de contractwaarde fluctueert, kan een gemiddelde jaarwaarde worden gehanteerd, mits dit expliciet wordt vermeld. 5. Dubbele vraag naar kerncompetentie De herhaling van de vraag naar kerncompetenties is bedoeld om zowel: de benoeming van de kerncompetentie (welke competentie), als de toepassing daarvan binnen de referentieopdracht (hoe is deze ingezet) te kunnen onderscheiden. Beide velden dienen dus ingevuld te worden, waarbij het ene veld de selectie/benoeming betreft en het andere de concrete toepassing binnen de opdracht. 6. Beschrijving van de referentieopdracht Hier dient een inhoudelijke beschrijving van de uitgevoerde referentieopdracht te worden gegeven, waaruit blijkt dat de opgegeven kerncompetentie daadwerkelijk is toegepast. Een loutere verwijzing naar een contract is niet voldoende. De beschrijving dient in ieder geval te bevatten: doelgroep; aard van de geleverde jeugdhulp; omvang/setting (bijv. ambulant/poliklinisch); de rol van de aanbieder; en een toelichting op hoe de kerncompetentie in de praktijk is toegepast. Het opnemen van een casus is toegestaan, maar niet verplicht, zolang de beschrijving voldoende concreet en verifieerbaar inzicht geeft in de uitvoering van de opdracht.
4				
5	237	vraag 80, bijlage 11 en pagina 22 van aanbestedingsprocedure	op pagina 22 van aanbestedingsprocedure staat beschreven dat per kerncompetentie maximaal 1 referentieopdracht mag worden aangeleverd. Dit betekent dat de volledige kerncompetentie bij slechts 1 opdrachtgever uitgevoerd kan worden. Is dit correct of kunnen ook meerdere opdrachtgevers bij elkaar voldoen aan de kerncompetentie (waardoor mogelijk meerdere referentieopdrachten per kerncompetentie ingevuld worden)?	Zoals het er vermeld staat betekent dit dus inderdaad dat de referentieopdracht bij 1 opdrachtgever uitgevoerd dient te zijn. Er mogen niet meerdere referentieopdrachten per kerncompetentie ingevuld worden.
6	238	Vervolg vraag 234, ADHD+	U stelt als het gaat om ADHD+; ADHD + betreft een werkwijze binnen Hart van Brabant waarover losse afspraken van kracht zijn. Deze aanpak valt wel onder specialistische jeugdhulp binnen Hart van Brabant maar niet binnen segment 3 en 4, waarover deze aanbesteding gaat. Wij zijn gespecialiseerd zorgaanbieder in het diagnosticeren en behandelen van ADHD en wij bieden diagnostiek en behandeling en ook medicamenteuze handelingen worden door ons gedaan. Ons inziens valt dit onder de specialistische jeugdhulp die u inkoop in segment 4. Onze vraag: Wanneer valt in uw regio ADHD-zorg (diagnostiek, behandeling én medicatie-controle) binnen segment 4 en wanneer valt het onder de definitie ADHD+. Graag een nadere toelichting hierop.	Sinds 1 januari 2016 valt ADHD-zorg door kinderartsen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Om die reden maakt de Regio Hart van Brabant afspraken met een aantal Brabantse ziekenhuizen over de financiering van deze zorg. Dit aanbod omvat de specialistische ggz geleverd door kinderartsen in het ziekenhuis: diagnostiek, psycho-educatie en medicamenteuze behandeling. Deze zorg kenmerkt zich door een gecombineerd somatisch en GGZ-karakter. Jeugdigen met een vermoeden van ADHD+ worden doorverwezen naar de polikliniek kindergeneeskunde van het ziekenhuis. De verwijzing vindt plaats door een huisarts of jeugdarts. Bij de polikliniek komt de jeugdige onder behandeling van een regiebehandelaar, namelijk een kinderarts. Naast de intake, anamnese, diagnostiek en opstellen van het behandelplan is de kinderarts verantwoordelijk voor psycho-educatie en medicamenteuze behandeling (indien nodig). Na voldoende stabilisatie van de jeugdige kan deze worden terugverwezen naar de huisarts en neemt de huisarts het regiebehandelaarschap over. De huisarts neemt dan de controle en bijstelling van de medicatie vervolgens op zich. Indien er (nog) geen voldoende stabilisatie is van de jeugdige, kan deze worden doorverwezen naar een specialistische jeugdhulpaanbieder voor verdere behandeling en/of begeleiding in segment 4.
7	239	aanbesteden als combinatie	Wanneer we als combinatie aanbesteden, mogen wij dan nog steeds ieder ons eigen AGB code gebruiken voor het berichtenverkeer? (zoals dat nu ook is binnen ons samenwerkingsverband)	De regio is voorstander van één AGB-code, omdat de combinatie zich dan richting regio en verwijzers nadrukkelijk toont als één integrale partij. Daarnaast verbetert dit de administratieve en declaratieprocessen aanmerkelijk, evenals de monitoring op basis daarvan. Als er specifieke redenen zijn die het werken met één AGB-code voor u bemoeilijken, ontvangen wij graag de onderbouwing hiervan bij uw inschrijving.
8	240	MDFT segment 4	Klopt onze aanname dat MDFT ook enkelvoudig in segment 4 kan worden ingezet?	Naar oordeel van Aanbestedende dienst is dit een nieuwe vraag en deze worden in deze fase niet meer beantwoord, zoals beschreven in het aanbestedingsdocument paragraaf 3.5.2.
9	241	MDFT	Kan MDFT zowel in segment 1 als segment 4 worden ingezet?	Naar oordeel van Aanbestedende dienst is dit een nieuwe vraag en deze worden in deze fase niet meer beantwoord, zoals beschreven in het aanbestedingsdocument paragraaf 3.5.2.
10	242	Alternatieven voor Verblijf	Zijn er ontwikkelingen in ambulante zorgvormen die een alternatief zijn voor de IZ+verblijf?	Naar oordeel van Aanbestedende dienst is dit een nieuwe vraag en deze worden in deze fase niet meer beantwoord, zoals beschreven in het aanbestedingsdocument paragraaf 3.5.2.
11	243	Vervolg vraag 234, ADHD+	U stelt als het gaat om ADHD+; ADHD + betreft een werkwijze binnen Hart van Brabant waarover losse afspraken van kracht zijn. Deze aanpak valt wel onder specialistische jeugdhulp binnen Hart van Brabant maar niet binnen segment 3 en 4, waarover deze aanbesteding gaat. Wij stellen ook ADHD-medicatie in wanneer het onderzoek elders verricht is (dus door een andere ggz aanbieder die geen arts/voorschrijver in dienst heeft). Kan dit in uw regio ook binnen segment 4? En wanneer gaat dit via ADHD+? Graag uw toelichting.	Sinds 1 januari 2016 valt ADHD-zorg door kinderartsen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Om die reden maakt de Regio Hart van Brabant afspraken met een aantal Brabantse ziekenhuizen over de financiering van deze zorg. Dit aanbod omvat de specialistische ggz geleverd door kinderartsen in het ziekenhuis: diagnostiek, psycho-educatie en medicamenteuze behandeling. Deze zorg kenmerkt zich door een gecombineerd somatisch en GGZ-karakter. Jeugdigen met een vermoeden van ADHD+ worden doorverwezen naar de polikliniek kindergeneeskunde van het ziekenhuis. De verwijzing vindt plaats door een huisarts of jeugdarts. Bij de polikliniek komt de jeugdige onder behandeling van een regiebehandelaar, namelijk een kinderarts. Naast de intake, anamnese, diagnostiek en opstellen van het behandelplan is de kinderarts verantwoordelijk voor psycho-educatie en medicamenteuze behandeling (indien nodig). Na voldoende stabilisatie van de jeugdige kan deze worden terugverwezen naar de huisarts en neemt de huisarts het regiebehandelaarschap over. De huisarts neemt dan de controle en bijstelling van de medicatie vervolgens op zich. Indien er (nog) geen voldoende stabilisatie is van de jeugdige, kan deze worden doorverwezen naar een specialistische jeugdhulpaanbieder voor verdere behandeling en/of begeleiding in segment 4.

	A	B	C	D
			Opdrachtnemer draagt, indien gevraagd en naar mogelijkheid, bij aan de capaciteit/deskundigheid van het MET en de flexibele schil daar omheen. Opdrachtnemer gaat ermee akkoord dat hiervoor niet extra kan worden gefactureerd. Vraag: Wanneer de regio werkzaamheden van de aanbieder verwacht is het niet redelijk hier geen vergoeding tegenover te stellen. Kan u aangeven op welke wijze hier compensatie voor is/ gaat zijn?	Hier komt geen compensatie voor. Zie antwoord vraag 49 Nv1
12	244	Bijlage 2 opdrachtbevestiging blz 27 punt 26		
13	245	n.a.v. vraag 20 Nv1	Begrijpen wij goed dat wij enkel personeelswisselingen moeten melden wanneer er sprake is over zorgen continuïteit van zorg. Kan de regio tevens toelichten waarom zij het noodzakelijk en proportioneel acht om zich te mengen in personele vervangingsvraagstukken binnen zorgorganisaties, terwijl aanbieders reeds gehouden zijn te voldoen aan de gestelde kwaliteits-, registratie- en continuïteitseisen?	Ja dat begrijpt u goed. De regio vraagt aan aanbieders om melding te maken als zij verwachten dat zij niet (meer) kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteits-, registratie en continuïteitseisen.
14	246	n.a.v. vraag 22 Nv1	Als de garantiestelling wordt afgebouwd, bestaat het risico op discontinuïteit van zorg. Dit is onwenselijk voor de cliënt. De vraag is hoe de gemeente de problemen die als gevolg van deze discontinuïteit ontstaan, denkt te voorkomen of op te vangen.	Garantstellingen zullen alleen afgebouwd worden als dit geen gevolgen heeft voor de continuïteit van zorg.
15	247	n.a.v. vraag 31	Hoe verwacht de gemeente dat er samengewerkt wordt als er geen toestemming van jeugdige/ouder wordt gegeven voor het delen van informatie?	Indien er geen toestemming wordt gegeven door de jeugdige/ ouder kan het individuele behandelplan niet afgestemd worden met het onderwijs. De jeugdige/ouders dienen hiervan en van de eventuele consequenties op de hoogte worden gebracht.
16	248	n.a.v. vraag 49	Allereerst: bijzonder lange en onleesbare tweede zin. Ten tweede: lees ik daar goed dat de regio zegt dat ze overgaan naar een standisering over alle organisaties heen van hoe er gewerkt wordt? Indien ja, op welke manier wordt er rekening gehouden met de grote verschillen tussen partijen afhankelijk van het type zorg dat er wordt geleverd? Kan de gemeente dit antwoord duidelijker opschrijven. Wij begrijpen het antwoord niet.	Wat in deze zin naar voren komt is dat de samenwerking met het MET een op maat; per casus en per jeugdhulpaanbieder anders, samenwerking is die zeer sporadisch voorkomt. De inhoud van zo'n proces is dan ook niet in een standisering te vangen. De manier waarop en het moment waarop we met MET schakelen is hierin wel uniform mogelijk en voor elke gemeente toegankelijk.
17	249	n.a.v. vraag 51	Betekent het inzet op groepsbehandeling binnen ambulante setting, dat de gemeente altijd verwacht groepsbehandeling te gaan bieden en individueel enkel als groepsbehandeling niet kan/werkt?	correct
18	250	n.a.v. vraag 60	De regio geeft aan dat de huidige terminologie gehandhaafd blijft en dat partijen tijdens de uitvoering praktische werkafspraken kunnen maken over de invulling en benaming van rollen. Juist dit roept bij ons vragen op. Indien in de overeenkomst expliciet wordt gesproken over een "coördinator", maar partijen in de praktijk een andere rolomschrijving, taakverdeling of benaming hanteren, ontstaat het risico dat de contractuele werkelijkheid afwijkt van de uitvoeringspraktijk. Kan de regio toelichten welke rechtsgevolgen zij verwacht wanneer de feitelijke werkwijze afwijkt van de terminologie en rolbeschrijving in de overeenkomst? En welke interpretatie is in dat geval leidend: de praktisch werkbare afspraak die partijen in de uitvoering hebben gemaakt of de letterlijke tekst van de overeenkomst? Indien de overeenkomst uiteindelijk leidend blijft, waarom kiest de regio er dan niet voor om de terminologie vooraf eenduidig en passend vast te leggen, zodat interpretatieverschillen en discussies tijdens de uitvoering worden voorkomen?	Als hierover verwarring ontstaat zal de aanbestedende dienst dit al verifiëren alvorens gegund wordt en worden bij de start van de overeenkomst hier concrete afspraken (en ook rolbeschrijving, taakverdeling etc.) over vastgelegd. Hierdoor zal dan uiteindelijk de praktische werkbare afspraak ook leidend zijn.
19	251	n.a.v. vraag 62/63	"De regio geeft aan dat het uitgangspunt is dat de voorschrijvend psychiater betrokken blijft gedurende het zorgproces en de medicatiecontrole. Dit uitgangspunt onderschrijven wij. Een uitgangspunt is echter wezenlijk iets anders dan een acceptatieplicht. In de praktijk kunnen zich situaties voordoen waarin de voorschrijvend psychiater niet langer betrokken kan of wil blijven, bijvoorbeeld door een wijziging van behandelaar, een conflict, een verzoek van de cliënt tot overstap, capaciteitsproblemen of andere inhoudelijke ontwikkelingen. In dergelijke gevallen zal een andere psychiater moeten beoordelen of overname van de medicatiecontrole verantwoord en passend is. Een psychiater kan zich op grond van de WGBO, de KMG-beroepsregels en de professionele standaarden van de NVP niet vooraf committeren aan het overnemen van medicatiecontroles zonder eerst zelfstandig te beoordelen of verantwoorde zorgverlening mogelijk is. De psychiater blijft immers persoonlijk verantwoordelijk voor het voorschrijven en monitoren van medicatie. Kan de regio toelichten hoe zorgorganisaties volgens haar dienen te handelen wanneer een psychiater op inhoudelijke of professionele gronden concludeert dat overname van de medicatiecontrole niet verantwoord is? En is de regio bereid de bepaling zodanig aan te passen dat expliciet ruimte bestaat om op zorginhoudelijke gronden van overname af te zien, zodat psychiaters niet in strijd hoeven te handelen met hun wettelijke en professionele verantwoordelijkheden?"	Uitgangspunt van de regio blijft gelijk, bij uitzonderingen kan contact worden opgenomen met de contractmanager.
20	252	n.a.v. vraag 66 & 69	De huidige omschrijving van specialistische zorg lijkt vooral een afbakening te bevatten ten opzichte van segment 1, zonder inhoudelijk te specificeren welke problematiek, zorgwaarde, behandelvormen of complexiteitskenmerken onder specialistische zorg binnen dit segment worden verstaan. Kan de regio deze definitie nader concretiseren, zodat voor verwijzers, aanbieders en gemeenten eenduidig duidelijk is welke cliënten en zorgvragen binnen dit segment vallen? Juist gezien de landelijke beweging vanuit de hervormingsagenda jeugd om te komen tot meer uniformiteit, eenduidigheid en vermindering van interpretatieverschillen tussen gemeenten, achten wij een negatieve afbakening ("alles wat niet onder segment 1 valt") onvoldoende concreet voor een consistente uitvoering. Hoe voorkomt de regio dat deze formulering leidt tot verschillen in interpretatie tussen gemeenten, verwijzers en aanbieders, waardoor vergelijkbare cliënten in de praktijk in verschillende segmenten worden geplaatst? En is de regio bereid de doelgroepomschrijving inhoudelijk verder te specificeren zodat een meer uniforme regionale uitvoering wordt bevorderd?	Met het oog op segmentloos werken in de toekomst kan de regio verschillen in interpretaties niet voorkomen. Graag verwijzen we voor nu naar de huidige doelgroepdefinitie die in ontwikkeling is en blijft.
21	253	n.a.v. vraag 71 & 72	De regio verwijst naar de kostprijs van een "gemiddeld efficiënt werkende aanbieder" en stelt dat inzet van PNIL niet zonder meer tot meerkosten leidt. Kan de regio toelichten hoe deze aanname zich verhoudt tot de huidige arbeidsmarktrealiteit binnen de jeugdhulp en GGZ, waarin aanbieders vanwege schaarste, ziekteverzuim, zwangerschapsverlof, verloop en opstaande vacatures regelmatig genooddakt zijn om tijdelijk extern personeel in te zetten om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen? Begrijpen wij correct dat de regio deze kosten beschouwt als een ondernemersrisico, ook wanneer de inzet van PNIL niet voortkomt uit een beleidskeuze van de aanbieder maar uit aantoonbare arbeidsmarktschaarste? Daarnaast valt op dat de regio bij meerdere kostencomponenten (zoals generatiereregelingen, arbeidsmarkteffecten en andere moeilijk normeerbare kosten) verwijst naar de risico-opslag. Kan de regio inzichtelijk maken welke concrete kostenposten geacht worden uit deze risico-opslag te worden gefinancierd en hoe is vastgesteld dat de omvang van deze opslag hiervoor toereikend is? Indien de regio van mening is dat aanbieders deze kosten binnen de bestaande tarieven moeten opvangen, kan zij dan onderbouwen hoe dit zich verhoudt tot het uitgangspunt van een reële kostprijs wanneer aantoonbare, structurele en niet vermijdbare arbeidsmarktkenmerken buiten de tariefberekening worden gehouden? Tot slot verzoeken wij de regio toe te lichten waarom zij bij de tariefonderbouwing uitgaat van een theoretisch gemiddelde aanbieder, terwijl de feitelijke arbeidsmarktontwikkelingen in de jeugdhulp en GGZ juist laten zien dat de inzet van tijdelijke vervanging voor veel aanbieders geen uitzondering maar een structureel onderdeel van de bedrijfsvoering is geworden.	Zoals de regio aangeeft in de beantwoording van vraag 71 Nv1 heeft 1 doel PNIL niet zondermeer tot extra kosten te leiden. Dit ligt ook aan de wijze waarop een organisatie dit inricht. De AMvB reële tarieven stelt dat de tarieven passend moet zijn voor een gemiddeld efficiënt werkende aanbieder. Dit is geen theoretisch kader, de regio gaat uit van een gemiddeld efficiënte aanbieder, waarbij een aanbieder in haar bedrijfsvoering specifieke keuzes mag maken, maar deze niet in de tariefbepaling meegenomen hoeft te worden. De risico opslag is niet bedoeld voor specifieke, afzonderlijk te alloceren posten, maar bedoeld om een weerstandvermogen op te bouwen; voor het opvangen van incidentele of uitzonderingssituaties, zodat een organisatie niet meteen in financiële problemen komt bij een calamiteit. Een aantal kostensoorten die vragensteller benoemt zijn onderdeel van de parameters, zoals ziekteverzuim. Niet alle specifieke regelingen zijn in een kostprijsmodel te vatten. Er is sprake van enige globaliteit en het gaat om de samenstelling van de parameters. De regio is bewust niet per parameter aan de lage kant gaan zitten en heeft in dit kader ook bureau HHM om advies gevraagd. Uiteindelijk wil de regio erop wijzen dat zij ervoor kiest de bestaande tarieven te handhaven, die gemiddeld iets hoger zijn dan de herijkte tarieven zouden zijn.
22	254	n.a.v. vraag 77	Tolkeninzet kost geld (ook als dat middels AI gaat); deze extra belasting wordt op de aanbieder afgewenteld met al krappe marges. Wat maakt dat gemeenten aanbieders hierbij niet tegemoet willen komen? Acht zij zorg aan anderstaligen niet van belang?	Wij volgen hierin de landelijke richtlijnen.
23	255	n.a.v. vraag 89	In het van ervaringsdeskundigen kan alleen plaatsvinden wanneer zij hiervoor adequaat zijn geschoold. Welke opleidings- of kwalificatieniveaus van ervaringsdeskundigen (niveau 1 t/m 5) komen volgens de gemeente voor vergoeding in aanmerking?	De uren van ervaringsdeskundigen zijn declarabel indien het opleidingsniveau voldoet aan de normen benoemd in de functiemix.
24	256	n.a.v. vraag 94	De regio geeft aan de definitie van de vorige inkoopronde te hebben gevolgd. Kan de regio toelichten op basis van welke inhoudelijke, juridische of kwaliteitsmatige overwegingen de Verpleegkundig Specialist en de Jeugdarts niet zijn opgenomen in de lijst van mogelijke regiebehandelaren? Beide beroepsgroepen zijn BIG-geregistreerd en vervullen binnen de jeugdhulp en specialistische GGZ in de praktijk regelmatig een regulier binnen hun deskundigheidsgebied. Kan de regio aangeven of sprake is van een bewuste uitsluiting? Zo ja, op welke wettelijke, professionele of inhoudelijke grondslag is deze beperking gebaseerd? Indien geen inhoudelijke of juridische belemmeringen bestaan, is de regio dan bereid deze beroepsgroepen alsnog op te nemen als mogelijke regiebehandelaar binnen hun eigen deskundigheidsgebied, zodat wordt aangesloten bij de actuele praktijk, arbeidsmarktrealiteit en beschikbare behandelcapaciteit? Wil de regio datzelfde doen met de Kinder en Jeugdpsychologen NIP?	De regio bevestigt dat de verpleegkundig specialist GGZ de regiebehandelaar kan zijn. Indien de jeugdarts geen specifieke GGZ kennis heeft en ook niet als zodanig geregistreerd staat, kan deze niet als regiebehandelaar optreden. Indien de jeugdarts deze GGZ specialisatie wel heeft is hij ook bevoegd om als regiebehandelaar op te treden. Met betrekking tot de kinder- en jeugdpsychologen NIP verwijzen wij naar de productbeschrijving van de producten GGZ Hoog specialistisch en GGZ specialistisch.

	A	B	C	D
			De regio lijkt de klinisch psycholoog te behandelen als een "duurdere psychotherapeut", terwijl de functie juist breder is en daarom hoger wordt beloond. Dat verschil moet dan óf in het salaris óf elders in de tariefopbouw terug te vinden zijn. De regio geeft aan dat klinisch psychologen die worden ingeschaald in FWG 80 doorgaans naast uitvoerende werkzaamheden ook managementtaken vervullen. Juist daarin verschilt de functie van klinisch psycholoog van die van psychotherapeut. Kan de regio toelichten waarom in de tariefberekening uitsluitend wordt uitgegaan van de uitvoerende behandelingen van de klinisch psycholoog, terwijl de voor de functie kenmerkende taken op het gebied van regievoering, inhoudelijke aansturing, supervisie, opleiding, kwaliteitsborging en management niet zichtbaar zijn verwerkt in de kostprijs? Indien de regio van mening is dat deze taken reeds elders in de tariefopbouw zijn meegenomen, kan zij aangeven in welke kostencomponenten dit precies is verwerkt? Daarnaast verzoeken wij de regio te onderbouwen op basis van welke objectieve brongegevens wordt geconcludeerd dat klinisch psychologen in de uitvoering "doorgaans" in FWG 75 worden gehonoreerd, aangezien binnen de GGZ FWG 80 voor klinisch psychologen veelvuldig voorkomt, ook wanneer zij naast behandelwerkzaamheden verantwoordelijk zijn voor inhoudelijke sturing, opleiding en kwaliteitsborging binnen teams.	Bureau HHM heeft aangegeven dat, wanneer een klinisch psycholoog gewaardeerd wordt op FWG 80, deze ook managementtaken uitvoert. In de 'producten' van segment 4 zijn de directe en indirecte cliëntcontacturen als basis voor de tariefbepaling meegenomen. Management is onderdeel van de overhead. De managementtaken vallen onder de opslag overhead. Daarnaast handhaaft de regio het antwoord bij vraag 120 waarin bureau HHM heeft aangegeven te zien dat klinisch psychologen in de uitvoering doorgaans in FWG75 worden gehonoreerd.
25	257	n.a.v. vraag 120		
26	258	n.a.v. vraag 200	Artikel 3.19.1 kent opdrachtgever verstrekende bevoegdheden, waaronder tariefaanpassingen en beëindiging van de overeenkomst, maar bevat geen objectieve criteria voor wanneer sprake is van "niet nakomen" en geen stapsgewijze escalatieladder van herstelmaatregelen naar sancties. Kan de regio toelichten hoe zij voorkomt dat hierdoor een situatie ontstaat waarin de beoordeling van tekortkomingen en de keuze van de sanctie grotendeels afhankelijk zijn van de discretionaire beoordeling van opdrachtgever? Is de regio bereid expliciet op te nemen dat: eerst sprake moet zijn van een aantoonbare tekortkoming; de aanbieder een redelijke hersteltermijn krijgt; de gekozen maatregel proportioneel moet zijn ten opzichte van de aard en ernst van de tekortkoming; beëindiging van de overeenkomst uitsluitend als ultimum remedium kan worden ingezet?	Aanbieders kunnen uitgaan van een professionele opdrachtgever, die hier heel secuur mee omgaat. Uiteraard is aanbestedende dienst bereid om de genoemde toevoeging op te nemen.
27	259	n.a.v. vraag 114, 118, 119, 121	Het hogere ziekteverzuim moeten wij dus opvangen met een risico opslag van 2%. Dit risico-opslag moeten wij ook al gebruiken voor jubileumuitkering, generatierегeling, ouderschapsverlofm vergoeding woon-werk verkeer. Hoe verwacht u dat 2% dan nog voldoende is? De 2% is bedoeld voor innovatie en ontwikkeling.	De regio handhaaft het antwoord bij vraag 121 en verwijst voor deze vraag ook naar het antwoord bij vraag 253. Daarnaast is de 2% opslag bedoeld voor algemene risico's binnen de bedrijfsvoering en niet voor innovatie en ontwikkeling. De vergoeding voor woon-werk verkeer valt niet onder de risico-opslag, maar is apart meegenomen.
28	260	vraag 70	Er wordt gevraagd mee te denken in de kosten van de intake: De regio geeft oi geen antwoord op de vraag. Wil de regio hier wel op antwoorden? Onder intake verstaat de regio; de intake is het proces waarin de jeugdhulpaanbieder, voorafgaand aan het aanvragen van een beschikking, onderzoekt of de jeugdige en het gezinssysteem passend zijn binnen het aanbod en de expertise van de aanbieder. Dit proces omvat het verzamelen en beoordelen van relevante informatie, het verhelderen van de hulpvraag, het afstemmen met betrokken partijen en het gezin, en het bepalen of de benodigde ondersteuning door de aanbieder kan worden geboden. De intake vormt de basis voor de besluitvorming over het al dan niet aanvragen van een beschikking en het starten van de jeugdhulp.	In de dialoogsessies van de vorige inkoop is eerder besproken dat een intake geen onderdeel is van de directe hulpverlening en is meegenomen in de overhead. In de opdrachtbeschrijving is in uitvoeringsvoorwaarden 15 opgenomen dat enkel direct en indirect cliëntgebonden tijd gedeclareerd mag worden. In de definities staat onder direct-clientcontracttijd dat het de tijd is waarin een begeleider/behandelaar in het kader van de begeleiding of behandeling contact heeft met jeugdige. "In het kader van begeleiding of behandeling" impliceert dat enkel de uren die geleverd worden voor begeleiding/behandeling gedeclareerd mogen worden. Tevens in het SAP is opgenomen dat de 'beoordeling' plaatsvindt vóór verzoek om toewijzing en de directe hulpverlening pas start na versturen start-zorg bericht (zie pagina 13, SAP)
29	261	vraag 70	Bij de omschrijving van de regio lijkt de regio een andere woordkeuze te gebruiken dan de aanbieders. Met intake wordt namelijk de start van de diagnostische proces bedoeld om te komen tot een goed advies richting beantwoording van de hulpvraag. De regio lijkt met zijn omschrijving met intake te bedoelen wat bij aanbieders screening wordt genoemd. Wil de regio deze woordkeuze aanpassen om verdere verwarring te voorkomen?	Dit betreft inderdaad een begripsverwarring.
30	262	vraag 97	Begrijpen wij het antwoord van de regio correct dat een systeemtherapeut die geregistreerd staat bij de NVRG kwalificeert als professional in de zin van artikel 4.3 lid 2 van de Verordening Jeugdhulp Tilburg 2026 en derhalve zelfstandig inzetbaar is binnen deze opdracht zonder aanvullende SKJ-registratie maar wel onder de verplichte supervisie door een BIG-geregistreerde professional?	correct
31	263	102	De regio lijkt ervan uit te gaan dat de doelgroep, functiemix en tarieven met elkaar in balans zijn. Kan de regio toelichten hoe zij deze conclusie rijmt met de signalen uit de praktijk dat binnen segment 4 regelmatig cliënten worden behandeld met een zorgwaarde die de veronderstellingen onder de tariefberekening overstijgt? Hoe voorkomt de regio dat een situatie ontstaat waarin aanbieders vanuit hun professionele verantwoordelijkheid constateren dat verantwoorde zorg tegen de beschikbare tarieven niet uitvoerbaar is, met als gevolg dat het aanbod voor deze doelgroep juist afneemt in plaats van toeneemt?	Deze signalen hoort de regio erg graag onderbouwd terug in de accountgesprekken met contractmanagement, zodat we we hierop actie kunnen ondernemen wanneer dit noodzakelijk is.
32	264	107	Wanneer vaktherapie wordt aangeboden binnen een multidisciplinaire setting wordt dit inderdaad apart beschik onder de code vaktherapie". het tarief is al opgebouwd uit een mix van goedkopere en duurdere disciplines, en een aparte beschikking voor vaktherapie kan zowel financieel als administratief onredelijke effecten veroorzaken. Kan de regio toelichten hoe deze werkwijze zich verhoudt tot het uitgangspunt van multidisciplinaire behandeling binnen de HSGGZ-tarieven? Daarbij verzoeken wij de regio specifiek in te gaan op: de onderbouwing van een afzonderlijke bekostiging van vaktherapie, terwijl de inzet van deze discipline reeds onderdeel vormt van de kostprijsopbouw van de HSGGZ-tarieven; het risico op dubbele tariefsystematiek waarbij onderdelen van het multidisciplinaire team afzonderlijk worden bekostigd; de extra administratieve lasten die ontstaan door aanvullende beschikkingen, wijzigingen in zorgoewijzingen , opstellen van aparte BP's, en registratieverplichtingen gedurende een lopend behandeltraject.	Uitgangspunt van de Regio is dat er met de inzet van verschillende producten binnen 1 gezinssysteem of jeugdige ook tegemoet kan gekomen kan worden aan het uitgangspunt van multidisciplinaire behandeling zoals verwacht wordt binnen HSGGZ. Vaktherapie is geen onderdeel van de kostprijsopbouw van de HSGGZ-tarieven. Daar is juist een eigen tarief voor met een eigen functiemix. Het apart beschikken van vaktherapie zorgt voor meer transparantie in deze inzet. De administratieve lasten wegen niet op tegen de voordelen van dit inzicht als we vaktherapie op een uniforme manier inzetten in de regio en de kwaliteitsverbetering die we hiernä jagen.
33	265	109	Indien de concrete inrichting van het werkproces nog onderwerp van overleg is, hoe kunnen aanbieders op dit moment beoordelen of de verplichting om een BPJ op te stellen voorafgaand aan de beschikking uitvoerbaar, rechtmatig en administratief haalbaar is? De regio lijkt hiermee immers reeds een verplichting vast te leggen, terwijl de wijze waarop deze verplichting in de praktijk moet worden uitgevoerd nog niet definitief is vastgesteld.	De regio houdt vast aan het uitgangspunt dat het BPJ opgesteld dient te zijn voordat er een beschikking afgegeven wordt. Over het werkproces gaan we de komende periode in gesprek met onze verwijzers en de gecontracteerde aanbieders. Het uitgangspunt blijft voor nu ongewijzigd.
34	266	110	De regio geeft aan dat deze termijnen als uitgangspunt zijn geformuleerd, maar tevens dat zij noodzaak is hieraan vast te houden. Kan de regio verduidelijken welke status deze termijnen hebben: betreft dit een inspanningsverplichting (streefnorm) of een resultaatsverplichting waarop aanbieders worden beoordeeld of aangesproken? Indien sprake is van een streefnorm, welke consequenties verbindt de regio aan situaties waarin een aanbieder, ondanks aantoonbare inspanningen, deze termijnen niet kan realiseren vanwege de huidige arbeidsmarktkrapte, beschikbare behandelcapaciteit of een toegenomen zorgvraag? Daarnaast verzoeken wij de regio toe te lichten hoe zij de risico's weegt die kunnen ontstaan wanneer aanbieders worden gedwongen deze termijnen na te streven, zoals het ontstaan van interne wachtlijsten tussen intake en behandeling, hogere werkdruk voor professionals en mogelijke negatieve effecten op de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van zorg. Acht de regio deze gevolgen een verantwoordelijkheid van de aanbieder of een voorzienbaar gevolg van de door de regio gestelde uitgangspunten?	Dit betreft een inspanningsverplichting. De regio verwacht dat de aanbieder zich voldoende inspant om te voldoen aan de streefnorm. Indien dit niet kan worden behaald kan dit besproken worden met de contractmanager.
35	267	111	Dank voor uw antwoord. Wij begrijpen hieruit dat er een regionaal afwegingskader bestaat, maar dat gemeenten zelfstandig kunnen bepalen of, wanneer en in welke omvang zij de Toets Medisch Domein toepassen. Hiermee zijn echter de volgende onderdelen van onze vraag nog niet beantwoord: Hoe wordt geborgd dat gemeenten proportioneel omgaan met het opvragen van medische en zorginhoudelijke informatie, mede in het licht van de AVG, het medisch beroepsgeheim en het uitgangspunt van dataminimalisatie? Hoe wordt voorkomen dat aanbieders per gemeente worden geconfronteerd met verschillende informatieverzoeken, aanvullende onderbouwingen of afwijkende uitvoeringspraktijken, terwijl sprake is van één regionale overeenkomst? Indien gemeenten zelf kunnen bepalen op welke wijze zij de Toets Medisch Domein uitvoeren, welke waarborgen zijn er dan dat de administratieve lasten voor aanbieders niet per gemeente verschillen? Kan de regio het genoemde regionale afwegingskader beschikbaar stellen, zodat aanbieders vooraf kunnen beoordelen welke informatie noodzakelijk, proportioneel en rechtmatig kan worden opgevraagd? Begrijpen wij correct dat gemeenten binnen hetzelfde regionale contract verschillende uitvoeringspraktijken mogen hanteren? Zo ja, hoe verhoudt zich dit tot het streven naar uniforme regionale uitvoering en gelijke behandeling van aanbieders? Wij verzoeken de regio bovenstaande vragen alsnog afzonderlijk te beantwoorden.	Dit zijn allemaal algemene richtlijnen. Op bepaalde punten is het lokaal misschien net iets anders geregeld. Dit heeft te maken met de capaciteit en de inrichting van lokale toegangen. Dit geeft ruimte om er lokaal voor te kiezen om niet alle ophogingen t/m 40% zonder inhoudelijke onderbouwing toe te kennen. Bovendien is het bij beschikkingen waarvan de verwijzer de toegang was, van belang om te weten of de resultaten wijzigen. In dat geval moet er altijd een FOA worden aangeleverd en moet de aanvraag door de toegang opgepakt worden.

	A	B	C	D
			De regio geeft in haar antwoord aan hoe je eventueel minder psychiaters kunt inzetten, maar niet hoe je de psychiaters betaalt die je volgens wet- en regelgeving nog steeds nodig hebt. Indien de markt voor kinder- en jeugdpsychiaters structureel hogere salarissen vraagt dan waarmee in de kostprijs rekening is gehouden, hoe verwacht de regio dan dat aanbieders voldoende gekwalificeerde psychiaters aantrekken en behouden? En indien dit niet mogelijk blijkt, erkent de regio dan dat dit gevolgen kan hebben voor de beschikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van deze zorgvorm? Daarnaast is het inzetten van andere disciplines, zoals de verpleegkundig specialist ook schaars, en is daarmee het antwoord van de regio naar onze mening niet afdoende.	Indien een jeugdhulpaanbieder zich inschrijft voor een product waarbij randvoorwaardelijk is dat er een psychiater betrokken is, gaan we er als Regio ook vanuit dat aan deze verwachtingen wordt voldaan. Binnen de Regio zien we echter ook de kwetsbaarheid van deze schaarse functies. Mocht dit consequenties hebben voor de te bieden jeugdhulp gaan we hierover graag tijdig in gesprek en is contractmanagement daarvoor de juiste vorm.
36	268	112		
37	269	114	De regio verwijst naar een meerjarige trend, maar onderbouwt deze niet verder. De regio onderbouwt het percentage van 6,7% met een meerjarige trend om incidentele uitschieters te voorkomen. Uit de meest recente AZW Trendrapportage GGZ 2025 blijkt echter dat het ziekteverzuim in de GGZ gedurende een periode van tien jaar vrijwel continu is gestegen van 5,1% naar 7,4% en dat in Q1 2025 zelfs een verzuimpercentage van 8,3% werd gemeten. Kan de regio toelichten waarom zij een percentage van 6,7% representatief acht voor de contractperiode, terwijl zowel de recente cijfers als de meerjarige trend juist wijzen op een structureel hoger verzuimniveau? Bron: https://www.azwinfo.nl/longread/de-staat-van-de-arbeidsmarkt-geestelijke-gezondheidszorg-2025-trendrapportage/	De regio heeft de meerjarige trend onderbouwd in de notitie "reflectie tarieven segment 4". De regio beweegt mee met de trend en heeft het ziekteverzuim t.o.v. de eerdere tariefsberekening in 2022 verhoogt. Zoals ook aangegeven is het ziekteverzuim met gericht beleid aan te passen. Met de totale set van aanpassingen is de regio van mening dat zij tot passende tarieven zou komen. De regio kiest ervoor de bestaande tarieven, die gemiddeld hoger zijn dan de herijkte tarieven, te handhaven. Daarmee denkt de regio passende tarieven te bieden.
38	270	115	De regio gaat in haar berekening uit van de aanname dat jaarlijks gemiddeld 1% van de medewerkers gebruikmaakt van betaald ouderschapsverlof. Kan de regio toelichten op welke brongegevens, sectoranalyses of arbeidsmarktgegevens deze aanname is gebaseerd? De GGZ kent van oudsher een personeelsbestand waarbij een aanzienlijk deel zich bevindt in de leeftijdscategorie waarin gezinsvorming en daarmee het gebruik van ouderschapsverlof relatief vaak voorkomt. Zowel mannen als vrouwen kunnen gebruik maken van dit ouderschapsverlof. Kan de regio onderbouwen waarom een percentage van 1% representatief wordt geacht voor deze sector en doelgroep van medewerkers? Daarnaast geeft de regio aan dat de aanvullende werkgeverslast van 30% tijdens betaald ouderschapsverlof niet expliciet is verwerkt in het tarief. Hoe verhoudt dit zich tot het uitgangspunt van een reële kostprijs, wanneer deze kosten voortvloeien uit wettelijke arbeidsvoorwaarden en voor aanbieders niet vermijdbaar zijn? Indien de feitelijke benutting van betaald ouderschapsverlof hoger blijkt te liggen dan de door de regio gehanteerde 1%, erkent de regio dan dat de huidige tariefonderbouwing deze werkgeverslasten structureel onderschat?	De regio gaat niet uit van deze 1%. De regio heeft het vermoeden dat dit weinig voor komt en heeft in vraag 115 van de Nvl deel 1 aangegeven wat de consequenties zijn ALS 1% hiervan gebruik maakt.
39	271	121	De regio geeft aan dat voor generatieregelingen geen genommerde en onderbouwde aannames beschikbaar zijn en verwijst daarom naar de risico-opslag. Begrijpen wij hieruit correct dat de kosten van generatieregelingen niet expliciet zijn meegenomen in de tariefopbouw, maar geacht worden te worden gedekt uit de algemene risico-opslag? Indien dat het geval is, kan de regio toelichten hoe zij onderscheid maakt tussen enerzijds onvoorzienbare bedrijfsrisico's en anderzijds voorzienbare arbeidsvoorwaardelijke kosten die voortvloeien uit de cao GGZ en de demografische opbouw van het personeelsbestand? Daarnaast verzoeken wij de regio inzichtelijk te maken welke kostenposten geacht worden uit de risico-opslag te worden bekostigd. Uit de beantwoording van meerdere vragen lijkt immers te volgen dat verschillende niet expliciet berekende kostencomponenten (waaronder generatieregelingen) worden verwezen naar dezelfde risico-opslag. Kan de regio onderbouwen dat de omvang van deze opslag toereikend is om deze kosten daadwerkelijk te dekken? Hoe voorkomt de regio dat de risico-opslag hierdoor feitelijk wordt gebruikt als verzamelpost voor niet of onvoldoende onderbouwde kostencomponenten, terwijl deze kosten onderdeel uitmaken van een reële kostprijs?	De regio handhaaft het antwoord bij vraag 121 en verwijst voor deze vraag ook naar het antwoord bij vraag 253.
40	272	123	De regio licht toe dat de berekening van de niet-cliëntgebonden tijd grotendeels is gebaseerd op de productiviteitsopbouw uit 2022. Daarmee is echter nog niet beantwoord welke activiteiten geacht worden binnen deze tijd te vallen en waarom de beschikbare uren hiervoor toereikend zijn. Kan de regio inzichtelijk maken: hoeveel uur niet-cliëntgebonden tijd per FTE is opgenomen; welke activiteiten hieronder vallen (zoals supervisie, interventie, opleidingen, kwaliteitsactiviteiten of no-shows en niet-declarabele intakeactiviteiten geacht worden binnen deze tijd te worden opgevangen; en op basis waarvan de regio concludeert dat deze uren toereikend zijn voor een gemiddeld efficiënt werkende aanbieder in 2026? (cliëntgebonden indirecte tijd en algemene niet-cliëntgebonden tijd worden door elkaar gehaald. Terwijl die financieel en operationeel totaal verschillend zijn. Om een voorzet te geven: dit verstaat de aanbieder onder indirecte niet cliëntgebonden activiteiten. Teamoverleg, locatieoverleg, afdelingsoverleg, jaarplangesprekken, functioneringsgesprekken, verzuimgesprekken, interventie, supervisie, werkbegeleiding, kwaliteitsbesprekingen, incidentbesprekingen, audits, certificeringen, verplichte scholingen, deskundigheidsbevordering, BIG-herregistratieactiviteiten, SKJ-herregistratieactiviteiten, opleidingsdagen, implementatie van nieuwe werkwijzen, ICT-trainingen, het inwerken van nieuwe collega's, deelname aan projectgroepen, no-shows (indien niet declarabel), opgevallen agenda-uren, niet-opvulbare tussenruimte en niet-cliëntgebonden reistijd. Heeft de regio het over deze activiteiten en zo ja: nogmaals hoeveel uur niet cliëntgeboden indirecte tijd is er per FTE opgenomen?	De regio verwijst hiervoor naar de bijlage bij Nvl deel 1 "Berekening tarieven + Rekensalaris". Onder het aantal niet-cliëntgebonden uren vallen de activiteiten die de vraagsteller noemt: opleiding/intervisie, algemene administratie, algemeen overleg en pauzes, behalve no show, deze valt hier niet onder.
41	273	124	De regio antwoordt dat met "het wettelijk kader verplichte GGZ erkende zorg" wordt bedoeld op de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Kan de regio toelichten welke concrete verplichtingen of eisen hieruit voortvloeien voor aanbieders binnen het product HSGGZ Jeugd? Daarnaast verzoeken wij de regio te verduidelijken hoe deze eis zich verhoudt tot het feit dat de Wvggz in beginsel betrekking heeft op verplichte geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en niet op reguliere specialistische jeugdhulp. Begrijpen wij correct dat de regio hiermee niet bedoelt dat aanbieders van HSGGZ Jeugd moeten beschikken over een Wvggz-aanwijzing of Wvggz-functies uitvoeren? Indien de regio wel aanvullende eisen beoogt te stellen ten aanzien van Wvggz-kennis, Wvggz-beschikbaarheid of Wvggz-uitvoering, verzoeken wij deze eisen expliciet te omschrijven zodat voor aanbieders duidelijk is welke verplichtingen onderdeel uitmaken van de opdracht.	Met "het wettelijk kader verplichte GGZ erkende zorg" wordt verwezen naar het algemene wettelijke kader, waaronder de Wvggz. Voor HSGGZ Jeugd leidt dit niet tot specifieke aanvullende verplichtingen op grond van de Wvggz. De regio beoogt hiermee niet dat aanbieders: - beschikken over een Wvggz-aanwijzing; - Wvggz-functies uitvoeren. Wel wordt verwacht dat aanbieders handelen conform geldende wet- en regelgeving en, indien nodig, afstemmen met ketenpartners die verantwoordelijk zijn voor zorg binnen het Wvggz-kader. Er worden hiermee geen aanvullende eisen gesteld ten aanzien van Wvggz-kennis, -beschikbaarheid of -uitvoering.
42	274	correct	Begrijpen wij correct dat de in de aanbestedingsstukken genoemde termijn van 24 uur hiermee komt te vervallen en zal worden aangepast naar 72 uur, zodat de contractstukken in lijn zijn met uw beantwoording?	correct
43	275	134	De regio geeft aan dat de overheadwaarden voor de jeugdzorg ontbreken in de VNG-rekentool en daarom wordt aangesloten bij de benchmark care van Berenschot en de GGZ-waarden uit de VNG-rekentool. Kan de regio aangeven op welke concrete analyses, brongegevens en benchmarkonderzoeken deze conclusie is gebaseerd? Daarnaast verzoeken wij de regio toe te lichten waarom geen gebruik wordt gemaakt van de specifiek voor de jeugdhulp beschikbare benchmarkgegevens, waaronder de Benchmark Jeugd 2025, waarin een overheadpercentage van ruim 46% wordt gerapporteerd. Op basis waarvan concludeert de regio dat een benchmark afkomstig uit de cure-sector een betere afspiegeling vormt van de overhead in de specialistische jeugdhulp dan een benchmark die specifiek is gebaseerd op jeugdhulpaanbieders? Indien de regio van mening is dat de uitkomsten van de Benchmark Jeugd 2025 niet representatief zijn, verzoeken wij de regio dit inhoudelijk te onderbouwen. Zonder deze onderbouwing lijkt sprake van het selecteren van een lagere benchmarkwaarde, terwijl meer sectorspecifieke en recentere gegevens beschikbaar zijn die wijzen op substantieel hogere overheadkosten. Is de regio bereid de overheadopslag te herijken op basis van de meest actuele en sectorspecifieke benchmarkgegevens, zodat de tarieven beter aansluiten bij de werkelijke kostenstructuur van aanbieders binnen de jeugdhulp?	De regio maakt gebruik van de care benchmark van berenschot en niet die van cure zoals in de vraag is opgenomen. We beschikken niet over de benchmark informatie waar de vraagsteller op doelt. Bureau HHM ziet doorgaans dat de waarden van de jeugdzorg tussen die van de GGZ en GHZ uitkomst. Veiligheidshalve nemen we daarom de overheadwaarde van de GGZ, omdat deze hoger uitkomt.

	A	B	C	D
44	276	140	De regio geeft aan dat de doelgroepdefinitie van segment 1 leidend is voor de segmentkeuze en dat dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van verwijzers en zorgaanbieders. In de praktijk zien wij echter dat door capaciteitsproblemen binnen het hoogspecialistische GGZ-aanbod cliënten met een zorgvraag die inhoudelijk past binnen segment 1 regelmatig terechtkomen in of langdurig verblijven binnen segment 4. Dit lijkt bovendien toe te nemen. Kan de regio toelichten hoe zij voorkomt dat hierdoor een verschuiving ontstaat van hoogspecialistische problematiek naar segment 4, terwijl de tarieven en voorwaarden van segment 4 niet zijn gebaseerd op deze doelgroep? Daarnaast verzoeken wij de regio aan te geven hoe zij de financiële houdbaarheid van aanbieders binnen met name de HSGGZ beoordeelt wanneer zij in toenemende mate cliënten behandelen met een zorgzwaarte die feitelijk past binnen segment 1, zonder dat daar een passend bekostigingsniveau tegenover staat. Verwacht de regio in deze situatie dat aanbieders dergelijke cliënten op inhoudelijke gronden afwijzen wanneer verantwoorde zorgverlening binnen de segment 4-tarieven niet mogelijk is? En zo ja, hoe waarborgt de regio dan dat deze jeugdigen niet tussen wal en schip raken en zonder passend zorgaanbod komen te zitten? Indien de regio dit niet wenselijk acht, welke concrete maatregelen neemt zij dan om te voorkomen dat de gevolgen van schaarste in segment 1 feitelijk worden afgewenteld op aanbieders in segment 4?	We hanteren in de Regio de doelgroepdefinitie om heldere afbakening te hebben over wat in segment 1 hoort en wat in andere segmenten opgepakt zou moeten worden. Wanneer onenigheid bestaat met de verwijzer (dit zal in dergelijke casussen veelal de gemeentelijke toegang of de Gi zijn) is het wenselijk om met elkaar in gesprek te blijven en in gezamenlijkheid op te schalen (Contractmanagement, Segment Expertise Team (SET)) wanneer er geen overeenstemming gevonden wordt. Het is niet de bedoeling dat aanbieders in segment 4 jeugdhulp gaan verlenen die door schaarste niet in segment 1 opgepakt kan worden zoals deze vraag suggereert. Om zowel binnen segment 1 als binnen segment 4 de juiste inhoudelijke gesprekken hierover te kunnen blijven voeren is het raadzaam om dergelijke signalen ook in de accountgesprekken mee te nemen zodat de Regio desgewenst vervolgacties kan uitzetten.
45	277	145	Begrijpen wij het antwoord van de regio correct dat een aanbieder gehouden is een cliënt te accepteren, ook wanneer de aanbieder op inhoudelijke gronden concludeert dat de zorgvraag niet passend is binnen het toegewezen segment en dat de behandeldoelen binnen dit segment redelijkerwijs niet kunnen worden behaald? Indien dit juist is, hoe verhoudt deze verplichting zich tot de professionele verantwoordelijkheid van de aanbieder en regiebehandelaar om uitsluitend zorg te leveren die passend, doelmatig en verantwoord is? Daarnaast verzoeken wij de regio toe te lichten wie verantwoordelijk is voor de inhoudelijke, kwalitatieve en financiële gevolgen indien een aanbieder vooraf aangeeft dat de zorgvraag feitelijk een ander segment vereist, maar desondanks gehouden wordt de cliënt binnen het toegewezen segment te behandelen. Begrijpen wij tevens correct dat de regio hiermee van aanbieders verwacht dat zij zorg leveren waarvan zij vooraf al hebben vastgesteld dat deze mogelijk niet passend of toereikend is? Zo nee, welke handelingsmogelijkheden heeft een aanbieder dan concreet wanneer inhoudelijk consensus met de verwijzer uitblijft?	We hanteren in de Regio de doelgroepdefinitie om heldere afbakening te hebben over wat in segment 1 hoort en wat in andere segmenten opgepakt zou moeten worden. Wanneer onenigheid bestaat met de verwijzer (dit zal in dergelijke casussen veelal de gemeentelijke toegang of de Gi zijn) is het wenselijk om met elkaar in gesprek te blijven en in gezamenlijkheid op te schalen (Contractmanagement, Segment Expertise Team (SET)) wanneer er geen overeenstemming gevonden wordt. Het is niet de bedoeling dat aanbieders in segment 4 jeugdhulp gaan verlenen die door schaarste niet in segment 1 opgepakt kan worden zoals deze vraag suggereert. Om zowel binnen segment 1 als binnen segment 4 de juiste inhoudelijke gesprekken hierover te kunnen blijven voeren is het raadzaam om dergelijke signalen ook in de accountgesprekken mee te nemen zodat de Regio desgewenst vervolgacties kan uitzetten.
46	278	149	De regio stelt dat deze systematiek de cao-ontwikkelingen de afgelopen jaren goed tot uitdrukking heeft gebracht. Kan de regio deze stelling onderbouwen met een vergelijking tussen de feitelijke kostenontwikkeling van GGZ-aanbieders en de ontvangen indexering over de afgelopen vijf jaar? Zonder deze onderbouwing is niet toetsbaar of de indexering daadwerkelijk kostendekkend is geweest, met name voor functies waarvoor sprake is van structurele arbeidsmarktschaarste.	De opmerking van de regio is gebaseerd op de resultaten van de herijking. In deze herijking zijn, wat betreft de ontwikkelingen in kosten, de parameters ingevuld op prijspeil 2026. Hieruit blijkt dat de tarieven met de herijkte waarden iets lager uitkomen dan de tarieven gebaseerd op de parameters 2022 met indexering.
47	279	152	De regio geeft aan dat aanbieders een eigen verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van hun kostenstructuur en bedrijfsvoering. Tegelijkertijd geeft de regio aan juist af te willen van uitsluitend volumegerichte afspraken en verwacht zij van aanbieders een actieve bijdrage aan de beoogde stelselverandering. Kan de regio toelichten hoe zij verwacht dat aanbieders deze stelselverandering realiseren wanneer de tariefssystematiek primair gebaseerd blijft op productievolumes, terwijl de beoogde transformatie juist vraagt om extra investeringen in samenwerking, netwerkvorming, afstemming met partners, domeinoverstijgend werken, consultatie, governance en gezamenlijke verantwoordelijkheid in de regio? Deze activiteiten brengen immers structurele kosten met zich mee die zich niet direct vertalen naar declarabele cliëntgebonden productie en daarmee veelal leiden tot een hogere overhead. Begrijpen wij correct dat de regio enerzijds verwacht dat aanbieders investeren in verregaande en duurzame samenwerkingsvormen, maar anderzijds van mening is dat de daarmee samenhangende kosten volledig voor rekening en risico van aanbieders komen? Indien dat het standpunt van de regio is, hoe verhoudt zich dit tot het uitgangspunt van reële tarieven en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de transformatieopgave? En op basis waarvan acht de regio het redelijk om aanbieders te verplichten hun bedrijfsvoering en kostenstructuur fundamenteel aan te passen ten behoeve van regionale beleidsdoelen, zonder dat hiervoor een expliciete financiële compensatie of bekostigingssystematiek is ingericht? Tot slot verzoeken wij de regio toe te lichten hoe de financiële continuïteit van aanbieders wordt geborgd wanneer enerzijds een volumedaling wordt beoogd en anderzijds een intensivering van niet-productieve, maar wel noodzakelijke samenwerkings- en transformatieactiviteiten wordt verwacht.	De regio heeft aangegeven de huidige tarieven, die gemiddeld iets hoger zijn dan de herijkte tarieven, te willen handhaven in kosten, de parameters ingevuld op de transformatie. Ten aanzien van de transformatie stelt de regio geen nieuwe vragen aan aanbieders en hoeft u niet overlegvormen te gaan intensiveren.
48	280	Vraag 78	Begrijpen wij correct dat de regio zich het recht voorbehoudt om gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen aan te brengen in de aard, omvang, werkwijze of uitvoeringsvoorwaarden van de opdracht, terwijl de opdrachtnemer geen mogelijkheid krijgt de overeenkomst tussentijds te beëindigen indien dergelijke wijzigingen leiden tot disproportionele organisatorische, inhoudelijke of financiële gevolgen? Kan de regio toelichten hoe dit zich verhoudt tot het uitgangspunt van een evenwichtige contractuele verhouding tussen opdrachtgever en opdrachtnemer? Daarnaast verzoeken wij de regio aan te geven welke bescherming een opdrachtnemer heeft indien gedurende de looptijd wijzigingen worden doorgevoerd die leiden tot: substantieel hogere uitvoeringslasten; aanvullende personele of organisatorische verplichtingen; gewijzigde zorginhoudelijke verwachtingen; of een aantoonbaar negatief effect op de financiële haalbaarheid van de opdracht. Begrijpen wij correct dat de regio van aanbieders verwacht dat zij dergelijke wijzigingen accepteren en blijven uitvoeren, ook wanneer deze afwijken van de uitgangspunten waarop de inschrijving en bedrijfsvoering oorspronkelijk zijn gebaseerd? Zo ja, hoe beoordeelt de regio de inschrijfbaarheid en contracteerbaarheid van een overeenkomst waarbij de opdrachtgever zich eenzijdig wijzigingsbevoegdheden voorbehoudt zonder een vergelijkbaar beschermingsmechanisme voor opdrachtnemers?	De regio neemt kennis van uw vragen en interpretatie van de wijzigingsbepalingen. De overeenkomst voorziet, mede gelet op de aard van de opdracht binnen het sociaal domein, in een bevoegdheid voor de regio om gedurende de looptijd wijzigingen door te voeren. Deze bepaling is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan (wijzigingen in) wet- en regelgeving, beleidskaders en maatschappelijke ontwikkelingen, alsmede om de continuïteit en doelmatigheid van de ondersteuning te waarborgen. De regio is van mening dat de overeenkomst, inclusief de daarin opgenomen wijzigingsbepalingen, voldoet aan de geldende kaders van het aanbestedingsrecht en het contractenrecht. In dat kader geldt dat van professionele marktpartijen mag worden verwacht dat zij bij inschrijving rekening houden met een zekere mate van dynamiek en onzekerheid in de uitvoering van de opdracht. De regio herkent zich dan ook niet in de veronderstelling dat sprake zou zijn van een onevenwichtige contractuele verhouding. De wijzigingsbevoegdheid is naar het oordeel van de regio passend en proportioneel, gegeven de aard en context van de opdracht.
49			Vervolg antwoord	Ten aanzien van de door u genoemde mogelijke gevolgen merkt de regio op dat de overeenkomst geen generieke aanspraak geeft op aanvullende compensatie, heronderhandeling of beëindiging in geval van wijzigingen. Of en in hoeverre aanpassing van afspraken aan de orde is, wordt per situatie beoordeeld, mede afhankelijk van de aard en omvang van de betreffende wijziging. Daarbij blijft overkort gelden dat opdrachtnemers gehouden zijn de overeenkomst na te komen conform de geldende afspraken, inclusief wijzigingen die binnen de contractuele kaders worden doorgevoerd. Van aanbieders wordt verwacht dat zij deze contractuele systematiek betrekken bij hun inschrijving en bedrijfsvoering. Indien een partij van oordeel is dat de in de overeenkomst opgenomen risicoverdeling of wijzigingsmogelijkheden niet aanvaardbaar zijn, staat het die partij vrij om af te zien van inschrijving. De regio ziet, gelet op het voorgaande, geen aanleiding om de betreffende bepalingen aan te passen.
50	281	Vraag 107	Wanneer de vaktherapeut apart beschikt moet worden, moet er dan ook een aparte BBJ komen? zo ja, dan betekent dit verhoging van de administratieve lasten. Waarom kiest de regio hiervoor?	Het betekent dat er aparte afgebakende doelstellingen voor dat product moeten worden beschreven en dat dit daarmee meetbaarder en specifischer in kaart gebracht wordt waarvoor Vaktherapie wordt ingezet maar ook wanneer een traject afgerond is. Dit in vergelijking met dat de inzet van vaktherapie onderdeel is van een totale behandeling en het minimaal te filteren is in doelen en inzet. Dit geeft minimale extra lasten in administratie maar zorgt kwalitatief voor meer uniforme informatie over dit product. Een los BPI is enkel nodig als vaktherapie later wordt toegevoegd.
51	282	Vraag 98/100	Kunt u toelichten hoe uw alternatief "beter werkende processen afdelen" eruit ziet?	Wij verwijzen hiervoor naar de website zorginregiohartvanbrabant.nl onder "wijziging jeugdhulp". Hier staat per verwijzer en per situatie beschreven welke acties er ondernomen moeten worden. In de meeste gevallen betekent dit een mail te sturen naar de betreffende lokale Toegang.
52	283	Vraag 89	Kunt u aangeven welk opleidingsniveau geschoolde ervaringsdeskundigen moeten hebben, dit is niet geheel duidelijk.	De uren van ervaringsdeskundigen zijn declarabel indien het opleidingsniveau voldoet aan de normen benoemd in de functieimx.
53	284	Vraag 101	Is het dan mogelijk om declaraties die na 1 maart worden ingediend "on hold" te zetten, omdat wij als aanbieder zijnde bijvoorbeeld niet tijdig toewijzingen hebben ontvangen. Wij denken dan aan een brief waarin wordt bevestigd dat er achterstanden zijn bij de gemeente en als zo een brief akkoord is dat eventuele niet tijdig ingediende declaraties alsnog worden uitbetaald. Wij verzoeken u dringend ter voorkoming van extra administratieve lasten de landelijke richtlijn aan te houden. Per 1 april ontvangt u ook de gecontroleerde productieverantwoording. Graag uw reactie.	Indien geleverde zorg niet tijdig gedeclareerd kan worden vanwege het ontbreken van een toewijzing dient de aanbieder hierover tijdig (voor 1 maart) contact op te nemen met berichtenverkeer/ contractmanagement.

	A	B	C	D
			U geeft aan dat bij de digitale sessie heeft gevraagd om onderbouwing aan te leveren bij de kanttekeningen van HHM. Maar elke omkering of vraag omtrent opbouw van tarief wordt van tafel geschoven. We krijgen allemaal hetzelfde antwoord namelijk dat HHM aangeeft dat het klopt of volgens het landelijk gemiddelde is. Maar onderbouwing daarvoor krijgen wij niet in de antwoorden. Hoe denkt u dan op reële tarieven te komen? en wilt u de onderbouwingen geven voor de adviezen van HHM?	De regio stelt de tarieven vast aan de hand van een kostprijsmodel conform de AMvB reële tarieven. de gehanteerde parameters en adviezen van bureau HHM zijn gedeelt met alle inschrijvers middels de reflectie-notitie tarieven van de regio en tijdens de digitale aanbestedersessie, waardoor volledige transparantie is geboden over de onderbouwing van het tariefmodel. Bij de vragen die wij ontvangen hebben, is helaas geen feitelijk onderbouwing geleverd. De regio is ervan overtuigd dat met deze getoetste aanpak, waarvan de beantwoording op de vragen van de aanbidders onderdeel is, de vastgestelde tarieven reëel en toereikend zijn, mede omdat zij gebaseerd zijn op een transparant proces.
54	285	Vraag 156		
			Ik snap het antwoord op vraag 112 niet. Wij vragen waarom de KJP salaris maximaal 100% is berekend en niet 110% (zoals veel partijen deze vraag hebben gesteld). Vervolgens geeft u aan dat u de functiemix heeft aangepast. Maar dit zijn twee verschillende onderwerpen. Naar onze mening haal je hier twee verschillen aspecten door elkaar die apart gezien moeten worden. Als inzet van product anders is dan past je de functiemix aan. Als het maximum van het salaris anders is past je het % maximum salaris aan. Kan u dit beter uitleggen?	Het klopt dat in het antwoord op vraag 112 twee antwoorden door elkaar zijn gegeven. De vraagsteller stelt dat veel partijen hebben aangegeven dat de KJP op 110% berekend zou moeten worden. We zien dat deze vraag echter maar door 1 partij is gesteld.
55	286	Vraag 112		We hebben de inschaling voor de KJP nogmaals bekeken. Op basis van vacatureteksten voor KJP in de regio zien we geen aanwijzingen dat de KJP's standaard op 110% worden uitbetaald en daarom handhaven wij de inschaling van 100%.
			De regio adviseert om in overleg te treden met de verwijzer wanneer de aanbieder op inhoudelijke gronden van oordeel is dat hoogspecialistische diagnostiek of behandeling (segment 1) noodzakelijk is, terwijl formeel een verwijzing naar segment 4 is afgegeven. Daarmee is echter nog niet beantwoord welke handelingsmogelijkheden de aanbieder heeft indien na dit overleg geen overeenstemming wordt bereikt en de aanbieder op professionele gronden blijft concluderen dat de benodigde zorg niet passend, toereikend of verantwoord geleverd kan worden binnen segment 4. Begrijpen wij correct dat de regio verwacht dat een aanbieder een cliënt accepteert, ook wanneer de aanbieder inhoudelijk tot de conclusie komt dat de benodigde zorg feitelijk buiten de scope van segment 4 valt? Zo nee, welke concrete bevoegdheid heeft de aanbieder dan om hiervan af te wijken?	De Regio is van mening dat overleg en eventueel gezamenlijk opschalen de oplossing is. Op deze manier wordt meegerekend wat het meest passend is voor een situatie en hierin kan ook een jeugdhulpaanbieder uitgebreid aangeven wat zijn/haar afwegingen zijn om te concluderen dat deze jeugdhulp buiten de scope van segment 4 valt. De toegang kan binnen de regio opschalen als er onenigheid is over benodigde inzet.
56	287	Vraag 146		
			Uit de reflectie op de tarieven en de beantwoording van de vragen ontstaat bij ons het beeld dat de regio bij vrijwel alle kostencomponenten die wijzen op hogere uitvoeringskosten (zoals arbeidsmarktschaarste, PNL, ouderschapsverlof, generatieregelingen, stijgende overhead, samenwerkingskosten, transformatieopgaven en hogere personeelslasten) ervoor kiest deze niet of slechts beperkt in de tariefopbouw te verwerken. Daarbij wordt veelvuldig verwezen naar de risico-opslag, de eigen verantwoordelijkheid van aanbidders of het uitgangspunt van een gemiddeld efficiënt werkende aanbieder. Kan de regio toelichten hoe zij heeft geborgd dat de herijking van de tarieven daadwerkelijk heeft plaatsgevonden vanuit een objectieve beoordeling van de reële kosten van zorgverlening, en niet primair vanuit de opgave om de financiële impact voor gemeenten te beperken? Daarnaast verzoeken wij de regio inzichtelijk te maken welke kostencomponenten uit de door aanbidders aangedragen signalen daadwerkelijk hebben geleid tot een opwaartse aanpassing van de tarieven en welke niet. Op basis van de beantwoording van deze vraag, maar ook de vele andere vragen die over het tarief gesteld zijn, lijkt immers dat een groot deel van de actuele kostenontwikkelingen wel wordt erkend, maar uiteindelijk niet wordt vertaald naar de tariefstelling.	Voor de herrekening van de tarieven hebben wij het onafhankelijke bureau HHM ingehuurd. Elke gebruikte parameter is toegelicht in de notitie "reflectie tarieven segment 4". De herijkte tarieven komen gemiddeld genomen lager uit dan de huidige tarieven Segment 4. De regio heeft ervoor gekozen om de huidige tarieven te handhaven en denkt hiermee passende tarieven te bieden. Overigens heeft de regio geen onderbouwing ontvangen van aanbidders, zoals gevraagd, waarom de herijkte parameters niet zouden voldoen. De opmerkingen betreffen met name vragen over enkele losse onderdelen terwijl het bij een tariefmodel gaat om het hele samenstel. Zowel in de gekozen parameters als de keuze de tarieven niet neerwaarts aan te passen, denkt de regio passende tarieven te bieden voor de gevraagde producten.
57	288	Vraag 150		
			Om eenvoudiger de informatie uit het Excel publicatie Nvl 2 te kunnen filteren hierbij het verzoek dit bestand ook zonder beveiliging beschikbaar te stellen.	Prima. De versie die geupload is op 29/5 is de versie die onderdeel uitmaakt van het contract. Deze NVI wordt in PDF geupload (voor het contract) en in Excel (voor de leesbaarheid).
58	289	Algemeen		
			Julie antwoorden dat er geen rechtsvorm nodig was voor een samenwerkingsverband en het ook niet de bedoeling is dat samenwerkingsverbanden om deze reden zouden stoppen. Echter, in de opdrachtbeschrijving staat dat de penvoerder de declaraties moet doen in het berichtenverkeer. Mogen we aannemen dat deze voorwaarden dan ook niet meer gelden?	De regio is voorstander van één AGB-code, omdat de combinatie zich dan richting regio en verwijzers nadrukkelijk toont als één integrale partij. Daarnaast verbetert dit de administratieve en declaratieprocessen aanmerkelijk, evenals de monitoring op basis daarvan. Als er specifieke redenen zijn die het werken met één AGB-code voor u bemoeilijken, ontvangen wij graag de onderbouwing hiervan bij uw inschrijving.
60	291	Vraag en antwoord		
			Wij hebben als aanbieder dezelfde soort vragen als de vragen die reeds gesteld zijn in vragenronde 1, hier is nog geen antwoord op. Wanneer kunnen we de antwoorden verwachten gezien de kans op aanbesteden eindigt op 23 juni?	Nota van Inlichtingen 1 is gepubliceerd op 29 mei 2026. Check het bestand onder de map 'Nota van Inlichtingen' in de Documenten module van TenderNed.
			Bij referentienummer 167 geven jullie aan: qua rekensalaris komen wij o.b.v. de functiemix op: € 97.005 (incl EIU/VT) voor GGZ hoog specialistisch. Bij referentienummer 164 wordt aangegeven dat het klopt dat het referentiesalaris exclusief vakantietoelage, EIU, ORT, werkgeverspremies, pensioenpremie, overhead en risico opslag is. In het document 20260430 Reflectie tarieven segment 4, Hart van Brabant wordt een rekensalaris aangegeven van €7.219 per maand voor GGZ hoog specialistisch. Dan is het jaarbedrag incl. EIU en VT tocht: (€7.219 * 12 - € 86.628) + (€ 86.628 * 8%) + (€ 86.628 * 8,33%) = € 100.774	In de berekening van de vraagsteller is er geen rekening gehouden met de inschaling van 95%. Voor de berekening van het rekensalaris verwijst de regio naar de bijlage "berekening tarieven = rekensalaris" zoals gepubliceerd bij de NVI deel 1.
61	292	antwoord op vraag in referentienummer 167		
			In referentienummer 167 wordt aangegeven dat het rektarief op jaarbasis € 97.005 (incl EIU/VT) betreft en inclusief werkgeverslast en pensio: € 123.385. In het document - 20260430 Reflectie tarieven segment 4, Hart van Brabant - wordt aangegeven dat de werkgeverslasten 19,46% zijn en daardoor is het percentage voor pensioen nog maar 7,45%. Dit is binnen de GGZ toch een veel te laag percentage?	Volgens de berekening komt de pensioenpremie voor dit product niet uit op 7,45%. Bij de documenten in TenderNed is de berekening van de tarieven toegevoegd als bijlage. Inclusief de opbouw van het rekensalaris. De verwarring bij de vraagsteller wordt waarschijnlijk verklaard door de werkgeverslasten; die zijn namelijk in de basis weliswaar 19,46%, maar het rekensalaris ligt hier boven het maximum premieloon, over het meerdere worden geen premies geheven. Per saldo is het percentage sociale lasten daarom lager dan 19,46%. Voor dit product is het werkgeversaandeel van de pensioenpremie 11,26%.
62	293	Pensioenpremie		
			Kan er voor de referentie in bijlage 11 (Bijlage 11 – Referentie-invalblad ten behoeve van kerncompetentie Aanbesteding Jeugd Segment 4.) ook worden verwezen naar Hart van Brabant zelf indien er in de voorliggende jaren voor deze regio gewerkt is?	Ja, dat kan.
63	294	Referentie-invalblad ten behoeve van kerncompetentie door HVN		
			Als organisatie bieden wij transgendersonderzoek, maar geen hoogspecialistische GGZ beschreven zoals in de productomschrijving. Op basis van het antwoord op vraag 76 gaan wij nu twijfelen of wij dan wel transgendersonderzoek aan kunnen bieden. Is het mogelijk om in te schrijven voor dit product zonder hoogspecialistische GGZ te bieden?	Het vaststellen van genderdysforie kan enkel gedaan worden vanuit het product Transgendersonderzoek consultatie. Behandeling/begeleiding rondom transgendersonderzoek, los van vaststellen of er sprake is van genderdysforie, kan wel vallen onder transgendersonderzoek. Op elk product kan los inschrijven worden.
64	295	Vervolg vraag op NVI vraag 76		
			Wij willen graag onze aanname checken: U geeft aan dat wij bij een verwijzing uit medisch domein of GI zelf het integraal plan van aanpak moeten maken. Wanneer de verwijzing van de toegang komt, maken zij dit integraal plan van aanpak. Klopt onze aanname?	Wanneer de gemeentelijke toegang of GI verwijst is er integraal en systemisch naar een totale situatie gekeken. Bij een verwijzing vanuit het medische domein mist dit integrale beeld en plan soms waardoor dit opgepakt dient te worden door de jeugdhulpaanbieder. Wanneer er informatie mist of een uitgebreide afstemming behoeft, kan er contact worden opgenomen met de gemeentelijke toegang of GI, maar ook bij een verwijzing vanuit het medische domein.
65	296	Vervolg vraag op NVI vraag 13		
			U geeft aan dat we uren moeten invullen voor de beschikbare capaciteit. Bedoelt u hiermee uren naar rato van fte? Of verwacht u hier een ander inzicht in uren?	inderdaad beschikbare uren
66	297	Vervolg vraag op NVI vraag 3		
			Vraag 187: Dank voor uw reactie, hiermee is onze vraag echter niet geheel beantwoord. De vraag was of ontbinding (zoals bedoeld in artikel 7.3) niet geldt als de overtreding (zoals bedoeld in artikel 7.1 en/of 7.2) de ontbinding niet rechtvaardigt? Of zal bij elke overtreding (zoals bedoeld in artikel 7.1 en/of 7.2) per definitie worden ontbonden?	In de basis is het zo dat het recht tot ontbinding uit artikel 7.3 geldt in de gevallen omschreven in artikel 7.1 en 7.2. Indien de overtreding de ontbinding niet rechtvaardigt (en dit dus echt casueel bekeken moet worden), worden er passende afspraken over gemaakt.
67	298	Bijlage 6 - Algemene Inkoopvoorwaarden (VGN)		
			Vervolg vraag 203: Dank voor uw reactie. Er is ook geen bezwaar tegen het terugvorderen van deze bedragen. Nu echter specifiek wordt gerefereerd aan het "per ongeluk" overmaken van bedragen, is het onredelijk als de opdrachtnemer daarover rente zou moeten betalen. De "fout" ligt dan immers bij de Opdrachtgever. We verzoeken u om te bevestigen dat in dergelijke gevallen geen rente wordt geheven aan de Opdrachtnemer.	Opdrachtgever bevestigt dat in deze gevallen geen rente wordt geheven aan Opdrachtnemer.
68	299	Bijlage 5 - Concept Overeenkomst Jeugdhulp		
			Vervolg vraag 212: Dank voor uw reactie. Wij begrijpen dat u over dergelijke situaties geïnformeerd wil worden. Kunt u echter bevestigen welke situaties vallen onder artikel 1.11.3 (zodat u in die situaties geïnformeerd wordt)? Dit blijft o.j. onvoldoende uit de huidige tekst.	Dit betreft in de gevallen waarbij het zeggenschap over Opdrachtnemer voor 50% of meer in handen komt van een derde rechtspersoon.
69	300	Bijlage 5 - Concept Overeenkomst Jeugdhulp		
			Vervolg vraag 218: Dank voor uw reactie. Volledigheidshalve merken wij nog op dat enkel in het eerste deel (voor Opdrachtgever) verwezen hoeft te worden naar artikel 1.13.1. Dit laatste artikel bevat namelijk enkel een opzeggrond voor Opdrachtgever (niet voor Opdrachtnemer). Overigens geldt artikel 3.30.4 niet voor beide partijen, zoals u stelt, maar enkel voor Opdrachtnemer.	Beide opmerkingen zijn juist inderdaad. Artikel 1.13.1 betreft alleen een opzegmogelijkheid voor Opdrachtgever, en artikel 3.30.4 betreft alleen een opzegmogelijkheid voor Opdrachtnemer.
70	301	Bijlage 5 - Concept Overeenkomst Jeugdhulp		
			Vervolg vraag 217: Dank voor uw reactie. Volledigheidshalve merken wij nog op dat in antwoord 218 nog wordt verwezen naar artikel "1.5.". Dit zou artikel "1.5.1." moeten zijn.	Dit klopt inderdaad. De verwijzing zou moeten zijn 1.5.1
71	302	Bijlage 5 - Concept Overeenkomst Jeugdhulp		
			Originele vraag (ref. nr 74) - vervolg vraag: U stelt dat het balansbudget á € 1.000 per FTE is opgenomen in de berekening en geeft tevens aan dat er 35 uur per FTE aan verlof voor 'levensfase budget' is opgenomen. In het document Reflectie tarieven segment 4 is echter niets terug te vinden over het balansbudget en ook niet over een eventuele berekening hiervan. Graag wijzen wij u op het feit dat het balansbudget in de CAO GGZ iets anders is dan het levensfasebudget (LFB). De laatste regeling is al sinds 2010 onderdeel van de CAO en staat volledig los van het balansbudget welke pas recentelijk is geïntroduceerd. Zoals eerder aangegeven kan een gemiddelde werknemer (1 FTE) rond de 30 uur verlof extra per jaar opnemen middels deze balansbudget-regeling. Dit komt bovenop het verlof afkomstig uit het levensfasebudget. Daarom willen we u nogmaals vragen om te beoordelen of het logisch is dat het gemiddeld aantal verlofuren in vergelijking met 2022 is afgenomen terwijl de verlofregelingen in de CAO GGZ juist ruimer zijn geworden. We vragen u om aan te geven hoe het balansbudget concreet is verwerkt in de kostprijs en om de onderbouwing hiervan toe te voegen aan de documentatie. Daarnaast verzoeken we u om de post balansbudget op te nemen in de kostprijsberekening.	Het balansbudget is opgenomen als opslag. Het betreft €1.000 euro per FTE, naar rato van de cao mix. Het balansbudget wordt in een financiële component meegenomen in de tariefopbouw en niet in termen van extra verlofuren. Voor de berekening verwijst de regio naar de bijlage "berekening tarieven = rekensalaris" zoals gepubliceerd bij de NVI deel 1. Hierin is te zien hoe het balansbudget is opgenomen in het rekensalaris en daarmee dus onderdeel is van de kostprijsberekening.
72	303	Tarieven		

	A	B	C	D
			Originele vraag (ref. nr 71) > vervolgvraag: U stelt dat er geen reden is om een opslag voor PNIL te hanteren omdat u verwacht dat een gemiddeld efficiënte zorgaanbieder een gezonde 'contractmix' hanteert tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst. Uiteraard streven wij als zorginstelling ernaar om een zo gezond mogelijke mix te hanteren en idealiter gezien zijn we zo minimaal als mogelijk afhankelijk van externe behandelaars. Maar door de enorme schaarste in de markt aan kundig en gekwalificeerd personeel is er geen ontkomen aan om met extern personeel te werken. Daarnaast hanteert HHM in kostprijsonderzoeken en tariefrapporten van andere regio's exact dezelfde kostprijsopbouw en overheadpercentages maar wordt er dan wel rekening gehouden met een extra opslag voor personeel niet in loondienst. Wij verzoeken u een opslag PNIL in de kostprijs op te nemen om te komen tot een reëel en marktconform tarief.	De regio handhaaft het antwoord op vraag 71 en verwijst ook naar het antwoord op vraag 253
73	304	Tarieven		
			Vraag 73. Zie uw antwoord op vraag 62 en 63, uw uitgangspunt is dat betrokken psychiater/kinderarts de medicatiecontrole blijft uitvoeren. Daarmee zou het tarief overeenkomstig met de inzet van de betreffende psychiater/kinderarts ook 100% MS moeten zijn en niet 40% WO++. Wij verzoeken u het tarief aan te passen	Het tarief wordt niet aangepast. De huidige functiemix is op basis van een onafhankelijk advies opgesteld en daarbij gaan wij ervan uit dat deze passend is.
74	305	Reflectie tarieven segment 4		