

nr. 1. Parameter	2. Vraag	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	REACTIE	
1	0. Kostprijsmodel en aanpak	De regio noemt als eerste parameter "1. Maandsalaris en inschaling". Wil de regio, naast de loondienstconstructie, ook rekening houden met bijvoorbeeld een franchiseconstructie? Hier is geen sprake van een loondienstconstructie.	Wij stellen voor de parameter aan te passen, zodanig dat ook andere constructies dan de loondienstconstructies verdisconteerd worden.	De franchise is een wettelijk erkende constructie, getuige onder meer de recente toevoegingen aan het burgerlijk wetboek hierover. Zie verder onze bijgevoegde kostprijsberekening.	Het kostprijsmodel wordt gebruikt om de hoogte van een reëel tarief te bepalen. Aanbieders zijn vrij in de manier waarop ze de inzet van hulpverleners bekostigen.
2	0. Kostprijsmodel en aanpak	De regio lijkt uit te gaan van één gezinshuisproduct en dus van één intensiteit van gezinshuiszorg. Wil de regio overwegen om meerdere intensiteiten voor gezinshuiszorg te introduceren?	Wij stellen voor om verschillende intensiteiten van gezinshuiszorg te hanteren: licht, midden, zwaar.	XXX plaatst kinderen met het equivalent van een 3LVG, maar ook 2 en 1 LVG. Deze verschillen zijn moeilijk op te vangen middels één gezinshuisproduct/één intensiteit. Dit geeft ook de mogelijkheid om met de tijd de gezinshuiszorg af te schalen.	Nee, de huidige productbeschrijvingen zijn leidend
3	0. Kostprijsmodel en aanpak	Tijdens het overleg is duidelijk geworden dat over de segmentbeschrijvingen nog veel vragen zijn gesteld en dat ze niet kloppen met de wet- en regelgeving. Hierdoor gaan wij er vanuit dat de segmentbeschrijvingen nog worden aangepast. Hoe kunnen wij als aanbieders dan nu al reageren op de parameters uit voor wat ons betreft 'foute' segmentbeschrijvingen?	Afwachten met parameters definitief maken totdat de segmentbeschrijvingen definitief zijn en de gestelde vragen beantwoord zijn.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Voor nu zijn de huidige productbeschrijvingen leidend. Bij de aanbesteding worden de definitieve productbeschrijvingen gepubliceerd.
4	0. Kostprijsmodel en aanpak	In het document staat opgenomen dat de gemeenten bepalen wat een reëel tarief is, hoe waarborgen de gemeenten dat ze in 2022 een kostendekkend tarief betalen?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Doot het uitvoeren van het kostprijsonderzoek inclusief de huidige marktconsultatie en via indexatie van de reële tarieven 2021.
5	0. Kostprijsmodel en aanpak	Waar wordt de nota van inlichtingen gepubliceerd? En is er daarna nog een tweede vragenronde en/of mogelijkheid tot reactie van de aanbieders?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Via deze Nvl zijn alle in de marktconsultatie gestelde vragen beantwoord. Na publicatie van de aanbestedingsdocumenten kunnen aanbieders vragen stellen in de Nota van Inlichtingen.
6	0. Kostprijsmodel en aanpak	In hoeverre houdt HHM rekening met reeds gepubliceerde benchmarks in de jeugdzorg, met name het Berenschot onderzoek? Het lijkt erop dat er niet consequent met bepaalde onderzoeken rekening is gehouden.	Consequent rekening houden met landelijke onderzoeken zoals Berenschot.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Om tot reële parameterwaarden te komen kunnen benchmarks en uitkomsten van kostprijsonderzoeken helpen. Maar daarnaast zijn regionale kenmerken ook van belang bij het bepalen van reële waarden. Derhalve zijn Berenschot of andere rapporten niet leidend.
7	1. Maandsalaris en inschaling	De functiemix klopt niet bij de specialistische jeugdzorg. De functie HBO bestaat bij ons voor 10% uit schaal 8 en 90% uit schaal 9	10% schaal 8 en 90% schaal 9 bij HBO producten	Vanuit de jeugdwet moet een groot percentage medewerkers SKJ geregistreerd zijn. De huidige medewerkers in schaal 8 stromen na eeb EVC traject nog door naar schaal 9	Noch het functieboek JZ, noch in vacatures voor jeugdzorgwerkers C, zien we dat een SKJ-registratie leidt tot inschaling in schaal 9.

8	1. Maandsalaris en inschaling	93% van de max is voor XXX niet reëel. Kan dit worden aangepast?	96%	Het aandeel medewerkers die in de max van de schaal zijn ingedeeld is groot. Eenmaal behaalde trede kan niet zomaar teruggedraaid worden. Wel worden nieuwe medewerkers in een lagere trede ingeschaald. Het aantrekken van nieuwe medewerkers is erg moeilijk.	De gekozen waarden van 93% is uitkomst van een breed gedragen onderzoek en weerspiegelt de verhouding tussen zittende en nieuwe medewerkers bij een gemiddeld efficiënte aanbieder. Wij zien geen aanleiding deze waarde aan te passen naar aanleiding van deze vraagsteller.
9	1. Maandsalaris en inschaling	Funciemix: waar is de mix bij HBO 50% schaal 8, 50% schaal 9 op gebaseerd?	HBO jeugdzorgwerker C (groep) = 100% schaal 8. HBO jeugdzorgwerker B (ambulant) = 100 % schaal 9. Deze kun je niet zomaar 'even' middelen.	Jeugdzorgwerkers B en C worden hier in 1 groep gezet terwijl het functiegebouw in de CAO daar onderscheid in maakt. JZW C op de groep zit in schaal 8 (100%) en JZW B ambulant zit in schaal 9 (100%).	Zowel jeugdzorgwerker C als B zijn HBO geschoold. We zien wel dat jeugdzorgwerker C vaak op een groep wordt ingezet en jeugdzorgwerker B meer ambulante. In het kostprijsmodel koppelen we echter de schalen aan het opleidingsniveau, niet aan de vraag of het product ambulant wordt geleverd, of in en groepsverblijfsetting.
10	1. Maandsalaris en inschaling	Funciemix: waar is de mix bij WO+ op gebaseerd?	WO+ zit 100% in schaal 12.	WO is in de CAO de gedragswetenschapper B, die is ingeschaald in schaal 11 (staat ook zo in de funciemix). WO+ is in de CAO de gedragswetenschapper A, die is ingeschaald in schaal 12. Er is geen 50% schaal 11 bij.	In het functieboek JZ staat bij de gedragswetenschapper B (schaal 11): Academisch/ Academisch+ werk- en denkniveau.
11	1. Maandsalaris en inschaling				
				Deze passage is zeer duidelijk en zeer welkom!	
12	1. Maandsalaris en inschaling	Funciemix	aanpassing van de funciemix of anderszijds verwerken.	op welke wijze worden de behandelstaf (bestaande uit algemene functies die beschikbaar zijn meegenomen b.v. medische dienst, bereikbaarheid gedragsdeskundige, kinderpsychiater, maatschappelijk werk, clientondersteuning) meegenomen in de berekening. De beschikbaarheid van deze functies komen voort uit de sector eisen zoals GGZ of OBC (orthopedagogische behandelcentrum) speelt o.a. in segment 1	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de beschikbaarheid van functies.
13	1. Maandsalaris en inschaling	Binnen de Jeugd-GGZ wordt geen gebruik gemaakt van MBO'ers, dit mag niet volgens de wet- en regelgeving. Hoe kan het dat deze wel benoemd staan bij de GGZ?	Funciemix die er ligt schrappen en een inzet optuigen die voldoen aan kwaliteitstatuut GGZ en SKJ norm verantwoordelijke werktoedeling mogelijk maakt.	MBO'ers tellen niet mee binnen de GGZ. O.b.v. het wettelijk kader norm verantwoorde werktoedeling van de SKJ is de inzetbaarheid van MBO/niet SKJ geregistreerden nagenoeg nihil.	Wij kennen geen regels die de inzet van MBO-opgeleide medewerkers verbiedt. Het kwaliteitskader Jeugd en de norm 'werktoedeling' gaan uit van een passend niveau, waarbij in bepaalde gevallen een registratie (BIG en/of SKJ) noodzakelijk is. Dat betekent dat de inzet van MBO-opgeleide medewerkers wel degelijk mogelijk is.

14	1. Maandsalaris en inschaling	HBO personeel in de GGZ heeft niet de verdeling 80/20, waar heeft de regio dit aandeel op gebaseerd? In alle overige schalen GGZ wordt met 50/50 gerekend, dit lijkt een inconsistentie in het voordeel van de betaler.	50% schaal 50 - 50% schaal 55	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	De verdeling is o.a. gebaseerd op de Handreiking jeugd-GGZ inspanningsgericht van de VNG. Daar zien we HBO-opgeleid personeel terug in schaal 50 en HBO+ opgeleid personeel (b.v. de SPV-er) in schaal 55. Daarom hebben we hier de verhouding 80%-20% gehanteerd.
15	1. Maandsalaris en inschaling	Bij het segment dagbehandeling in de GGZ (VZO) is geen inzet van MBO'ers mogelijk conform wet- en regelgeving. Daarnaast is de inzet van MBO'ers binnen deze doelgroep niet passend.	MBO'ers niet meetellen binnen de GGZ	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 13.
16	1. Maandsalaris en inschaling	93% van de max is voor XXX niet reëel. Kan dit worden aangepast?	96%	Het aandeel medewerkers die in de max van de schaal zijn ingedeeld is groot. Eenmaal behaalde trede kan niet zomaar teruggedraaid worden. Wel worden nieuwe medewerkers in een lagere trede ingeschaald. Het aantrekken van nieuwe medewerkers is erg moeilijk.	Zie het antwoord op vraag 8
17	1. Maandsalaris en inschaling	Funciemix: waar is de mix bij HBO 50% schaal 8, 50% schaal 9 op gebaseerd?	HBO jeugdzorgwerker C (groep) = 100% schaal 8. HBO jeugdzorgwerker B (ambulant) = 100 % schaal 9. Deze kun je niet zomaar 'even' middelen.	Jeugdzorgwerkers B en C worden hier in 1 groep gezet terwijl het functiegebouw in de CAO daar onderscheid in maakt. JZW C op de groep zit in schaal 8 (100%) en JZW B ambulant zit in schaal 9 (100%).	Zie het antwoord op vraag 9
18	1. Maandsalaris en inschaling	Funciemix: waar is de mix bij WO+ op gebaseerd?	WO+ zit 100% in schaal 12.	WO is in de CAO de gedragswetenschapper B, die is ingeschaald in schaal 11 (staat ook zo in de funciemix). WO+ is in de CAO de gedragswetenschapper A, die is ingeschaald in schaal 12. Er is geen 50% schaal 11 bij.	Zie het antwoord op vraag 10
19	1. Maandsalaris en inschaling	HBO+ wordt in de funciemix niet meegenomen in de ambulante hulp, terwijl hier wel een andere salarisschaal bij hoort	HBO+ meenemen in de funciemix	Voor (specialistische) ondersteuning op HBO+niveau wordt SZL juist gevraagd door de gemeenten in Noord-Limburg. Zie cao VVT, GGZ en GHZ Sociaal Werk Jeugdzorg	De funciemix voor perspectief 1 en 2 wordt aangepast: <ul style="list-style-type: none"> • Perspectief 1: MBO 15%, HBO 70%, HBO+ 10%, WO 5% (Was MBO 15%, HBO 80%, WO 5%.) • Perspectief 2: HBO 20%, HBO+ 10%, WO 60%, WO+ 10% (Was HBO 25%, WO 65%, 10% WO+.)
20	1. Maandsalaris en ins	De inzetmix komt aardig overeen met de praktijk, de inschaling echter niet. Kunt u dit aanpassen naar een meer realistische inschaling?	HBO: FWG 60 (80%) en FWG 65 (20%) HBO+ en WO: FWG 65 (100%)	Het gros van de HBO geschoolde medewerkers zit in onze organisatie in FWG60 (of hoger) van CAO GGZ.	De koppeling van schalen aan opleidingsniveau is gebaseerd op verschillende bronnen en getoetst aan vacatures. HBO geschoold personeel in FWG 60 zien we daarin niet terug.

21	2. Opslagen	In de documentatie beschrijft u dat er een grote bandbreedte aan overhead is en u overweegt verschillende percentages te hanteren. Wij adviseren om hiervoor gebruik te maken van duidelijke categorisering van organisaties. Dit maakt het reeel en transparant.	Toevoegen opslag per categorie aanbieder	Conform beleid in Noord-Oost Brabant: Voor systeemaanbieders hanteert de regio een opslagpercentage van 40% Systeemaanbieders (of grote zorgconsortia) zijn jeugdhulpaanbieders die relatief op grote schaal zorg organiseren en die fungeren als ketenpartner, vaak regionaal en/of landelijk actief met een hiërarchische vorm van aansturing. Voor dit soort organisaties geldt in de regel dat ook sprake is van hogere administratieve lasten en kosten van kwaliteit en registratie. Deze jeugdhulpaanbieders beschikken over een relatief zware zorginfrastructuur en leveren een intensieve bijdrage aan inhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen van het zorglandschap. Vaak is uiteenlopende ondersteunende expertise beschikbaar welke als achtervang beschikbaar is bij levering van uiteenlopende producten voor de regio.	We onderscheiden twee categorieën: Micro-aanbieders met een overhead van 15% Reguliere aanbieders met een overhead van 35%.
22	2. Opslagen	Jullie hebben gevraagd of ik aan wilde geven bij welke producten wij ORT moeten betalen. Dit is voor de producten Begeleiding Individueel Midden en Zwaar	5% ORT 30% en 5% ORT 45%	Onze medewerkers bieden 11% van de geboden zorg, zorg tijdens "onregelmatige uren". O.a. begeerde omgangsregelingen die worden opgelegd door de rechtbank	Dank voor de informatie. Overigens leidt dit niet tot aanpassing van de ORT bij de betreffende producten.
23	2. Opslagen	pagina 6. Tabel ORT Kunt u een toelichting geven op de wijze waarop % (basis voor ORT)? Berekend is?			De wijze waarop bij de ORT hebben berekend nemen we op in de definitieve versie van de notitie.
24	2. Opslagen	Gezinshuizen: wordt de ORT, slaapdienstvergoeding en uitbetaling vitaliteitsbudget meegenomen in de berekening van de kosten voor gezinshuisouders?	rekening houden met CAO	Gezinshuisouders krijgen hun vitaliteitsverlof, ORT en slaapdienstvergoeding conform CAO uitbetaald, dat zien wij niet terug in de opslagen bij dit product.	Voor gezinshuizen werken wij met de bepalingen uit bijlage 3 van de cao Jeugdzorg
25	2. Opslagen	ORT: Jullie gaan uit van 0% ORT terwijl een aantal van de XXX ambulante hulp in avond of weekend biedt.	ORT meenemen volgens de cao's	Vanuit inhoud en kwaliteit van de hulpverlening is aanwezigheid in de vroege ochtenduren of avonduren zeer gewenst in de ambulante hulp in veel gezinnen. Dit voorkomt tevens problemen op andere levensdomeinen (bijvoorbeeld ivm continu vrij moeten vragen van werk voor afspraken) en werkt daardoor stressverlagend. Zie cao VVT, GGZ en GHZ Sociaal Werk Jeugdzorg	De regio gaat ervan uit dat deze hulp overwegend tijdens de 0% ORT -uren wordt geleverd. Dus ma t/m vrij tussen 07.00 en 20.00 uur en zat tussen 08.00 en 12.00 uur. Dat er incidenteel buiten deze tijdvakken wordt geleverd, leidt niet tot een opslag voor ORT in het standaardtarief.
26	2. Opslagen	In welke parameter wordt arbeidsongeschikth	Arbeidsongeschiktheid meenemen		Arbeidsongeschiktheid is meegenomen in de opslag sociale lasten (WAO/IVA/WGA basispremie)
27	2. Opslagen	In de productbeschrijving wordt de 24-uurs bereikbaarheid bij MST benoemd. In de 'opbouw reële tarieven' komt deze nergens terug. Kunt u aangeven hoe deze bereikbaarheid in de kostprijs wordt verwerkt?	Hanteren van een opslag voor de 24-uurs bereikbaarheid bij MST	MST kent een 24-uurs bereikbaarheid.	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de beschikbaarheid van functies.

28	3. Sociale Lasten	pagina 8. Premiedifferentiatie WW	90% aanstelling onbepaalde tijd / 10 % bepaalde tijd	Gelet op de arbeidsmarktsituatie (boeien, binden en behouden) wordt personeel in vaste dienst genomen; percentage ligt 5% hoger dan gekozen norm.	Dit voorstel past bij de ambitie van de cao-partners om te streven naar zoveel mogelijk personeel in vast dienstverband. Echter, wij krijgen veel signalen dat veel organisaties een 'flexibele schil' beschikbaar hebben. Daarom handhaven we het voorgestelde percentage van 85% in vaste dienst en 15% niet.
29	3. Sociale Lasten	pagina 8. PNIL	% voor opslag PNIL	personeel niet in loondienst is duurder dan personeel in loondienst. Gelet op de krapte op de arbeidsmarkt is het vaker nodig dan wenselijk om PNIL in te zetten. We missen een opslagpercentage voor de extra kosten	We rekenen hier geen extra opslagpercentage voor.
30	3. Sociale Lasten	In soortgelijke modellen voor kostprijsofbouw zien we ook percentages terug tot ruim 30% voor de component sociale lasten. Het is ons niet duidelijk hoe deze tot verschillende percentages kan leiden? In 2018 toonde Berenschot al 30,1%.	Naar boven bijstellen op basis van soortgelijke modellen.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	De vraagsteller geeft niet aan welke component in de sociale lasten niet goed vastgesteld zou zijn. Derhalve zien wij geen aanleiding de voorgestelde opbouw aan te passen.
31	3. Sociale Lasten	Kunt u aangeven hoe u op een gemiddelde van 9,3% werkgeverslasten in de pensioenpremie komt voor 2021?	hanteren van 9,6% werkgeverslasten in de pensioenpremie voor 2020 en daarnaast de verhoging van 1,5% in 2021 meenemen.	Werkgeverslasten in de pensioenpremie zijn in 2021 hoger dan uw berekening.	We zijn uitgegaan van de nieuwe percentages en franchises per 2021. Deze hebben we toegepast op de gemiddelde salarissen in het rekenmodel (93% van de salarismix + VT, EJU en eventuele ORT).
32	4. Opslag Overhead	NoordLimburg overweegt diverse overhead% te hanteren (tussen de 20 - 50%) met differentiatie naar product en/of de aard/omvang van de dienstverlener, afhankelijk van wat uit deze consultatie bij zorgverleners wordt opgehaald. Overhead% wordt als een opslag op de totale kosten van het personeel in de directe dienstverlening meegenomen. (dus niet op totaal kosten van een organisatie). Per product verschilt in de praktijk de overhead dus ook het overhead%. Deze werkwijze past derhalve bij onze praktijk. Uitgevraagde spreiding is misschien te delen met de aanbieders om daarin gezamenlijk de afwegingen te maken en tot een standpunt te komen?			Zie het antwoord op vraag 21

33	4. Opslag Overhead	pagina 9. Overheadpercentage 20-50%		Kunt u aangeven welke criteria een rol gaan spelen bij het hanteren van verschillende overheadpercentages?	Zie het antwoord op vraag 21
34	4. Opslag Overhead	De opslag Overhead van 30% van de benchmark Berenschot is het aandeel van de overhead in de totale kosten, niet de opslag op de loonkosten. Het percentage als opslag op de loonkosten ligt dan ook veel hoger dan 30%. Is hier rekening mee gehouden?	De overhead opslag op de loonkosten valt niet in de genoemde range van tussen de 20%-50%. Voorstel is om deze te verhogen.	Wij hebben deelgenomen aan de benchmark 2020 (over de jrr 2019) van Berenshot en kunnen daaruit concluderen dat we slechts 1,3% van de benchmark afzitten. Overigens is de benchmark GGZ in dat onderzoek 21,4% van de totale kosten en omgerekend 66% als opslag op de loonkosten waarbij de kosten voor huisvesting en andere kosten direct gerelateerd aan het primair proces niet eens als overhead zijn aangemerkt. Hierdoor zou het percentage nog hoger worden t.b.v. jullie rekenmethodiek. Kortom het opslag percentage "Overhead" op de loonkosten ligt ver buiten de gehanteerde range.	De verhouding tussen een aandeel van 21,4% in de kosten en de genoemde opslag van 66% ontgaat ons. De argumentatie bij de voorgestelde wijziging maakt duidelijk hoe belangrijk de definitie van de opslag overhead is. Zie ook het antwoord op vraag 21.
35	4. Opslag Overhead	Waarom wordt in de kostprijs geen rekening gehouden met een opslag overhead voor ambulante producten?	Ook een opslag voor ambulante producten	In de kostprijs voor ambulante behandeling wordt geen rekening gehouden met overheadkosten die wij als systeemvoorziening moeten maken. Daarbij moet gedacht worden aan tolkkosten voor een toenemende cliëntenpopulatie die de NL taal niet machtig is. Een aanzienlijk opleidingsbudget om de kennis en kunde in de regio op peil te houden en bij te dragen aan de landelijke kwaliteit van zorg. En daarnaast extra kosten in psychiaters en verschillende soorten piketdiensten om voor de regio en bovenregionaal een 24-7 beschikbaarheid van klinische capaciteit en een doorlopende beschikbaarheid van crisisinterventies paraat te houden. Dit kan niet enkel vanuit de directe tijd gefinancierd die we leveren wanneer hier ook daadwerkelijk een beroep op gedaan wordt. Al deze zaken beschikbaar en standby houden en doorontwikkelen zijn ook noodzakelijke kosten waar de gemeenten op rekenen en die vereist zijn in het zorglandschap.	Zie het antwoord op vraag 21

36	4. Opslag Overhead	In ons geval is 50% niet toereikend, dit heeft te maken met o.a. het volgende punt 12. Hoe wordt daarmee omgegaan in de opslag? Hoe wordt dit mee gefinancierd?		In de kostprijs voor ambulante behandeling wordt geen rekening gehouden met overheadkosten die wij als systeemvoorziening moeten maken. Daarbij moet gedacht worden aan tolkkosten voor een toenemende cliëntenpopulatie die de NL taal niet machtig is. Een aanzienlijk opleidingsbudget om de kennis en kunde in de regio op peil te houden en bij te dragen aan de landelijke kwaliteit van zorg. En daarnaast extra kosten in psychiaters en verschillende soorten piketdiensten om voor de regio en bovenregionaal een 24-7 beschikbaarheid van klinische capaciteit en een doorlopende beschikbaarheid van crisisinterventies paraat te houden. Dit kan niet enkel vanuit de directe tijd gefinancierd die we leveren wanneer hier ook daadwerkelijk een beroep op gedaan wordt. Al deze zaken beschikbaar en standby houden en doorontwikkelen zijn ook noodzakelijke kosten waar de gemeenten op rekenen en die vereist zijn in het zorglandschap.	Zie het antwoord op vraag 21
37	4. Opslag Overhead	Is in opslag% ook rekening gehouden met voorzieningen tbv regio? (formatie psychiaters, crisis/achterwacht, opleidings/-kennisinstituut)		In de kostprijs voor ambulante behandeling wordt geen rekening gehouden met overheadkosten die wij als systeemvoorziening moeten maken. Daarbij moet gedacht worden aan tolkkosten voor een toenemende cliëntenpopulatie die de NL taal niet machtig is. Een aanzienlijk opleidingsbudget om de kennis en kunde in de regio op peil te houden en bij te dragen aan de landelijke kwaliteit van zorg. En daarnaast extra kosten in psychiaters en verschillende soorten piketdiensten om voor de regio en bovenregionaal een 24-7 beschikbaarheid van klinische capaciteit en een doorlopende beschikbaarheid van crisisinterventies paraat te houden. Dit kan niet enkel vanuit de directe tijd gefinancierd die we leveren wanneer hier ook daadwerkelijk een beroep op gedaan wordt. Al deze zaken beschikbaar en standby houden en doorontwikkelen zijn ook noodzakelijke kosten waar de gemeenten op rekenen en die vereist zijn in het zorglandschap.	De kosten van dergelijke voorzieningen maken, voor zover die niet direct declarabel zijn, deel uit van de personele overhead. Zie daarom het antwoord op vraag 21

38	4. Opslag Overhead	Wij zien geen tolkkosten opgenomen in het onderzoek, waarom zijn deze niet opgenomen?	Tolkkosten meenemen in de berekening.	In de kostprijs voor ambulante behandeling wordt geen rekening gehouden met overheadkosten die wij als systeemvoorziening moeten maken. Daarbij moet gedacht worden aan tolkkosten voor een toenemende cliëntenpopulatie die de NL taal niet machtig is. Een aanzienlijk opleidingsbudget om de kennis en kunde in de regio op peil te houden en bij te dragen aan de landelijke kwaliteit van zorg. En daarnaast extra kosten in psychiaters en verschillende soorten piketdiensten om voor de regio en bovenregionaal een 24-7 beschikbaarheid van klinische capaciteit en een doorlopende beschikbaarheid van crisisinterventies paraat te houden. Dit kan niet enkel vanuit de directe tijd gefinancierd die we leveren wanneer hier ook daadwerkelijk een beroep op gedaan wordt. Al deze zaken beschikbaar en standby houden en doorontwikkelen zijn ook noodzakelijke kosten waar de gemeenten op rekenen en die vereist zijn in het zorglandschap.	De incidentele kosten van een tolk maken deel uit van de overheadkosten. Zie het antwoord op vraag 21
39	4. Opslag Overhead	Vervoerskosten zijn niet opgenomen in het onderzoek, waarom zijn deze niet opgenomen?	Vervoerskosten opnemen in de berekening.	In de kostprijs voor ambulante behandeling wordt geen rekening gehouden met overheadkosten die wij als systeemvoorziening moeten maken. Daarbij moet gedacht worden aan tolkkosten voor een toenemende cliëntenpopulatie die de NL taal niet machtig is. Een aanzienlijk opleidingsbudget om de kennis en kunde in de regio op peil te houden en bij te dragen aan de landelijke kwaliteit van zorg. En daarnaast extra kosten in psychiaters en verschillende soorten piketdiensten om voor de regio en bovenregionaal een 24-7 beschikbaarheid van klinische capaciteit en een doorlopende beschikbaarheid van crisisinterventies paraat te houden. Dit kan niet enkel vanuit de directe tijd gefinancierd die we leveren wanneer hier ook daadwerkelijk een beroep op gedaan wordt. Al deze zaken beschikbaar en standby houden en doorontwikkelen zijn ook noodzakelijke kosten waar de gemeenten op rekenen en die vereist zijn in het zorglandschap.	Vervoerskosten maken geen standaard deel uit van de tarieven, omdat ouders primair verantwoordelijk voor het vervoer zijn. Voor uitzonderlijke situaties is een vergoeding mogelijk die aanbieders die het vervoer zelf organiseren aanvullend kunnen declareren. Er loopt nog een toets op de tarieven daarvoor. Voor de overige incidentele extra kosten verwijzen we naar antwoord 21 over de overhead en de antwoorden op specifieke vragen die daarover zijn gesteld (zoals de vragen 37 en 38).

40	4. Opslag Overhead	Kunt u de uitwerking voor het percentage overhead verder toelichten? Een bandbreedte van 20-50% is erg ruim.	hanteren van een overheadpercentage van 30-35%	Dit is een realistisch percentage en geeft meer duidelijkheid dan uw voorstel. Daarnaast zijn wij verplicht om per team licentiekosten te betalen aan MST Services USA en een vergoeding per team aan MST Nederland (voor o.a. opleidingsdagen en onafhankelijke resultaatmeting). Deze kosten komen ook in onze overhead terug.	voor MST zie reactie bij vraag 27. Voor overhead zie het antwoord bij vraag 21
41	5. Productiviteit	Wat is de reden dat de regio kiest om indirect clientgebonden tijd - welke benodigd is voor het leveren van de ondersteuning - niet op te nemen in het tarief?	Indirect clientgebonden tijd opnemen in het tarief	De gemeente eist van aanbieders dat er op veel vlakken vastlegging plaatsvindt, zodat aanbieders de juiste verantwoording kunnen bieden aan gemeenten. Dit vereist dat onze medewerkers ook administratieve taken uitvoeren. Het is dan ook redelijk dat de gemeente deze tijd vergoedt - gezien zij ook eisen stelt die dit noodzakelijk stellen. Dit laat uiteindelijk in de monitoring voor beide partijen ook beter zien wat de daadwerkelijke inzet is voor inwoners van gemeenten.	De indirect clientgebonden tijd is verdisconteerd in het tarief. De uren inzet per traject betreffen direct clientgebonden uren.
42	5. Productiviteit	Wilt u het verzuimpercentage aanpassen naar de huidige realiteit?	Verzuimpercentage gebaseerd op landelijk gemiddelde.	Wij vinden uw aannames met betrekking tot het ziekteverzuim discutabel. Uw gehele model is gebaseerd op feitelijke informatie, echter kiest u er bij ziekteverzuim voor om de cijfers van Vernet in twijfel te trekken. Daarnaast benoemt u ziekteverzuim als een variabele waar men - met goed beleid - invloed op uit kan oefenen. Dit is maar tot op een bepaalde hoogte de waarheid en zeer complex aan te tonen, omdat veel variabelen hierin een rol spelen (denk aan gemiddelde leeftijd, doelgroep cliënten). Daarnaast heeft de coronacrisis ook een duidelijke invloed op het verzuim, waar een werkgever ook slechts beperkte invloed op kan uitoefenen. Ons voorstel is om te kiezen voor een verzuimpercentage dat jaarlijks overeenkomt met de stand van zaken (kan meegenomen worden met indexerings van de tarieven?). Het derde kwartaal van 2020 liet al een gemiddelde van 6,6% zien. Daarmee wordt de VVT en GHZ zelfs tekort gedaan, maar sluit al beter aan dan het huidige voorstel.	Rond het landelijk gemiddelde verzuimcijfer geldt per definitie een bandbreedte die mede wordt veroorzaakt door organisaties met actief verzuimbeleid (onder het gemiddelde) en organisaties daarboven. Ons is niet duidelijk waarom dit landelijk gemiddelde voor de regio meer reëel zou zijn dan een percentage daar (vlak) onder, vanuit de wetenschap dat hierop met actief beleid invloed is uit te oefenen.

43	5. Productiviteit	Ziekteverzuimpercentage niet reëel, waar is dit op gebaseerd?	7,30%	2020 kende verzuimpercentages van boven de 10% waarbij sprake is/was van een Corona-effect. Maar ook zonder Corona-effect ligt het 12 maands verzuimpercentage ruim boven 7%. De hoge en toenemende werkdruk wordt hierbij als onderbouwing gegeven. XXX stuurt strak op verzuim waarbij diverse initiatieven zijn en worden ondernomen om het verzuim zo laag mogelijk te houden. Zo wordt altijd gekeken naar wat een medewerker wel kan in plaats van niet kan. Zelfs dan blijft het verzuim boven 7%.	De inschatting voor een reële afslag voor verzuim als gevolg van ziekte, is gebaseerd op de periode van voor Corona. De langetermijn effecten van de pandemie zullen moeten worden gezien. Vooralsnog gaan we ervan uit dat de werkgever door zorgvuldig verzuimbeleid met name de meldingsfrequentie en het kort verzuim kan beïnvloeden, daarom is de 100 uur gemiddeld verzuim een reëel uitgangspunt voor het tarief.
44	5. Productiviteit	Aandeel overleg en administratie te laag bepaald, waar is dit op gebaseerd?	80 > 200	De juistheid en tijdigheid van de administratie heeft een belangrijke rol in het aantonen van de rechtmatigheid. Het aantonen van de rechtmatigheid neemt daardoor meer tijd in beslag. Medewerkers dienen bijvoorbeeld hun bestede tijd te verantwoorden middels tijdschrijven. Uit onze gegevens blijkt dat dit gemiddeld per fte zo'n 200u per jaar is.	Het gekozen aantal is gemiddelde dat we elders ook tegenkomen. Met de trajectaanpak vraagt de regio niet bij elke cliënt op casusniveau een verantwoording. De gekozen 80 uren (hetgeen neerkomt iets minder dan twee uren per week voor algemene, niet cliëntgebonden administratieve taken) is derhalve naar ons idee voldoende. Clientgebonden administratie valt onder de indirect cliëntgebonden tijd.
45	5. Productiviteit	In grote lijnen komt de bruto-netto berekening overeen met XXX. Behalve "overleg en administratie" zoals hierboven al vermeld. Cliëntgebonden tijd komt daardoor lager uit. Kan dit worden aangepast?	1250	De grootste afwijking is hierboven al genoemd. Overige onderdelen komen redelijk met elkaar overeen.	In reactie op deze vragenronde zijn enkele onderdelen bij de opbouw van de productiviteit aangepast.
46	5. Productiviteit	Waarom is geen rekening gehouden met ouderschaps-, vitaliteits- en zorgverlof?	40	Een deel van de medewerkers heeft geen recht op de genoemde verloven. De "oudere medewerkers" hebben recht op vitaliteitsverlof en maken daar ook gebruik van. Zo ook "jonge ouders" die gebruik maken van ouderschapsverlof. Ook zijn er medewerkers die gebruik maken van zorgverlof, hiervan is het aandeel relatief laag. Genoemd aantal uren per jaar is gemiddeld over de hele populatie	Vitaliteitsverlof is opgenomen in het aantal verlofuren. De overige regelingen die incidenteel voorkomen, zien we als integraal onderdeel van het gemiddelde van 210 uren zoals opgenomen in de berekening van de productiviteit.
47	5. Productiviteit	Reistijd bij behandeling is te laag ingeschat, waar is 150u per jaar op gebaseerd?	150 > 250	XXX bedient jongeren in de hele regio en niet alleen jongeren die in of rondom een bepaald dorp of stad wonen. Het aandeel ambulante behandeling bij de cliënt is een stuk groter dan behandeling op locatie van XXX. Hierdoor een groter aandeel reistijd.	Wij zijn uitgegaan van een gemiddelde van 9 dienstreizen per week, gedurende 42 weken met een gemiddelde reistijd van minder dan 25 minuten per dienstrit. Dit op basis van de afstanden in de regio, de uitkomsten van een onderzoek van KPMG in de regio (uit 2017) en het gegeven dat er een verschuiving naar 'digitale' contacten plaatsvindt.

48	5. Productiviteit	Declarabele uren bij verblijf 1033 te hoog. Kan dit worden bijgesteld?	950	Dit betreft enkel behandeling van jongeren in verblijf bij XXX. Verblijf van de jongere op onze locatie betekent niet dat de ambulante behandeling van het gezinssysteem stopt. Deze loopt door in de thuissituatie dus is ook reistijd nodig.	Naar aanleiding van verschillende de reacties hebben we het aantal declarabele uren naar beneden bijgesteld.
49	5. Productiviteit	Declarabele uren bij diagnostiek te hoog. Kan dit worden bijgesteld?	450	CCT een stuk lager als gevolg van het hoge aandeel rapportagetijd	We nemen de indirecte uren hierin mee. Het genoemde aantal uren bij de diagnose betreft dus het aantal direct en indirect cliëntgebonden uren.
50	5. Productiviteit	Segment 4. Declarabele uren te hoog	950	zie eerdere opmerkingen. Als gevolg van een aantal afwijkingen in de bruto-netto-berekening, blijft een lager aantal declarabele uren over. Daarnaast een hoger aandeel reistijd	In reactie op deze vragenronde zijn enkele onderdelen bij de opbouw van de productiviteit aangepast.
51	5. Productiviteit	De regio gaat uit van een "gezinshuiswerker" die de begeleiding levert, althans, zo lezen wij de stukken. ("Opbouw...", p. 11 en productomschrijving) Hoe denkt de regio dat de begeleiding die gezinsouders leveren te scheiden is?	Wij stellen voor dat de parameter een onderscheid maakt tussen gezinshuisouders die de begeleiding leveren, en gedragswetenschappers.	De begeleiding is niet te scheiden van de zorg die de gezinshuisouders leveren. De regio lijkt te suggereren dat de gezinshuisouders geen begeleiding leveren, door te stellen dat deze door een aparte gezinshuiswerker wordt geleverd. Daar is echter geenszins sprake van. De kinderen die in gezinshuizen verblijven zijn geen pleegkinderen, maar hebben veel zwaardere zorgvragen, vaak het equivalent van 3LVG (waarmee XXX ook de afschaling vormt van zwaardere residentiële zorg). Het opvoeden van deze kinderen is reeds een vorm van begeleiding. In individuele gevallen kan er aanvullende individuele begeleiding ingezet worden, als daarmee een cliënt met een uitzonderlijk zware zorgvraag toch gehandhaafd kan worden in een gezinshuis. Maar is er dus geen sprake van een standaard gezinshuiswerker aan wie exclusief de begeleiding toegerekend kan worden.	Zoals op p. 16 van de notitie is beschreven, gaan wij uit van een vergoeding voor de gezinshuisouder van 0,25 fte aanstelling per kind.

52	5. Productiviteit		Ziekteverzuim 6% Reistijd bij cliënt thuis: 200 uur	Gehanteerd ziekteverzuim percentage van 5,3% is aan de te lage kant. Cijfers CBS (https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim): Q1 - 2019 = 6,1 Q2 - 2019 = 5,7 Q3 - 2019 = 5,3 Q4 - 2019 = 5,9 Q1 - 2020 = 6,6 Q2 - 2020 = 6,1 Q3 - 2020 = 5,9 Gemiddeld over deze periode = 5,94. Gezien de impact van Covid-19 op deze beroepsgroep is een percentage van 6% realistisch Reistijd is voor aanbieders die niet lokaal zijn gevestigd zoals EL relatief groter dan de 150 uur die nu wordt gehanteerd	Zie de antwoorden op de vragen 42, 43 en 47
53	5. Productiviteit	pagina 11. productiviteit, segment 1 behandeling met verblijf	950 / 833	1033 (voorstel 75 uur minder ivm intervisie 1,5 uur per week) is ook voor de behandelaar op de behandellocatie aan de hoge kant (gelet b.v. op intervisie en andere client-overstijgende activiteiten). Juist de ambulante alternatieven worden in de thuissituatie geleverd. Daar moet productiviteit van 883 gehanteerd worden. Voor een ambulant werkende therapeut is 150 uur op jaarbasis voor reiskosten erg minimaal (dat is 3 uur per week!) Let op we hebben ook te maken met een zeer uitgestrekte regio, vandaar het voorstel om 833 uur als uitgangspunt te nemen.	Zie het antwoord op vraag 48
54	5. Productiviteit	pagina 11. productiviteit. Voetnoot over de declaratie tijd bij GGZ-behandeling	duidelijk omschrijven wat bedoeld wordt	deze tekst is in conflict met de productbeschrijving GGZ, waar reistijd en indirecte clientgebonden tijd exclusief genoemd wordt. Eenduidigheid wordt gewenst waarbij de tijd of te wel declarabel is of te wel op een reele manier tot uitdrukking komt in het tarief.	De productbeschrijvingen zijn helder, mede naar aanleiding van de verschillende vragen die daarover gesteld zijn (zie ook de antwoorden op de vragen van aanbieders bij product- en trajectbeschrijvingen die op de website van de MGR zijn gepubliceerd). De parameters worden niet aangepast.
55	5. Productiviteit	pagina 10. Ziekteverzuim	5,70%	Meer realistisch ziekteverzuim percentage b.v. 5,7%	Zie de antwoorden op de vragen 42 en 43

56	5. Productiviteit	Opleiding/Intervisie wordt 40 uur voor gehanteerd	Medewerkers bij XXX hebben de mogelijkheid om gemiddeld 80 uur per jaar voor opleiding in te zetten	in verband met de "overspannen" arbeidsmarkt en de tekorten aan kwalitatief personeel wordt er ingezet op binden boeien van personeel. Willen we goed personeel werven en houden dan is opleiding is hiertoe een motivator. 2% in de Cao wil zeggen minimaal 2%. De kosten van de opleiding zijn inderdaad verwerkt in de overheadkosten. De uren die een medewerker primair proces hiervoor nodig heeft komt tlv de productiviteit.	De keuze van een individuele aanbieder is niet leidend bij de opbouw van het tarief; dit punt nemen we derhalve niet over. Overigens spreekt de cao over 2% van de totale loonsom, dat is een combinatie van kosten en tijd.
57	5. Productiviteit	Overig (verzorging, pauze, etc) is 65 uur. Dit is niet in lijn met onze CAO en derhalve niet realistisch. De CAO GGZ stelt dat de werknemer twee keer per dienst een pauze van <15 minuten die als werktijd wordt aangemerkt. Dit is 109 uur per jaar.	Het aantal uren voor overig vergroten naar 109 uur conform CAO.	Dit is een verplichting vanuit de CAO.	Dit punt nemen we over. Daarbij komen we nu uit op 95 uren per jaar (30 minuten per dag, 4,5 dag/week en 42 werkweken/jaar).
58	5. Productiviteit	Cliëntgebonden tijd is 1333. Dit wijkt significant af van de gehanteerde declarabele tijd in de ZVW o.b.v. het onderzoek door Ecorys in opdracht van de NZA. In het Ecorys-rapport productiviteit in de curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt op basis van onderzoek aangegeven dat de declarabele tijd 1.144 uur is voor GGZ-instellingen.	Cliëntgebonden tijd verlagen naar 1259 uur o.b.v. bovenstaande parameters.	Eenzijds voor de redenen benoemd in punt 2 en 3, anderzijds om meer in lijn te komen met de landelijke norm voor GGZ-instellingen die is gebaseerd op het Ecorys onderzoek. In het onderzoek worden ook managementtaken meegenomen, echter worden die hier niet gecorrigeerd, vandaar het verschil tussen de 1.144 van het onderzoek en voorgestelde 1259 uren.	Naast Ecorys zijn er andere bronnen voor het bepalen van een reële waarde van de cliëntgebonden tijd. Wij kiezen ervoor om voor elk van de onderdelen in de bruto-netto berekening een reële waarde te bepalen. De cliëntgebonden tijd is dan de uitkomst van de berekening.
59	5. Productiviteit	Er wordt een directe tijd percentage gehanteerd van 77,5% voor behandeling bij aanbieder. Waarop is dit gebaseerd? In het Ecorys onderzoek is een directe tijd percentage van 58,8% in de GGZ vastgesteld. Dit is een groot verschil.	Directe tijdpercentage aanpassen naar 60%	Dit is in lijn met de realiteit en onderzoek.	Zie het antwoord bij vraag 58.
60	5. Productiviteit	Begeleiding bij cliënt thuis heeft 125 uur indirect cliëntgebonden tijd en 150 uur reistijd. Bij de Wmo was dit respectievelijk 0 uur en 60 uur. Vanwaar dit verschil? Wordt dit bij de WMO nog aangepast?	Dit ook hanteren bij de WMO.		We gaan hier niet in op de opmerking over de Wmo tarieven. Zie ook het antwoord op vraag 47
61	5. Productiviteit	Op basis waarvan stelt HHM dat er meer als nu gestuurd kan worden op ziekteverzuim door organisaties om onder het landelijk gemiddelde te komen? Bureaucratische last ingegeven door de gemeentes is ook een sterke drijfveer voor werkbelasting en ziekteverzuim. Hoe wordt deze in de prijs verwerkt? Gaag zien wij een gemotiveerd antwoord tegemoet.	Landelijke verzuim cijfers handhaven. Onze eigen werkelijkheid is nog hoger dan de landelijk gemiddelden, deze ligt op ongeveer 7%. Waarbij we actief verzuimbeleid hebben ingezet.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie de antwoorden op de vragen 42 en 43

62	5. Productiviteit	Het aantal productieve uren is niet vergelijkbaar met de productiviteit van ons als aanbieder, hoe komt HHM tot dit aantal productieve uren?	Berenschot gaat uit van een productie van 1144 uur direct en indirect, dit is een groot verschil met het voorstel van HHM. Berenschot sluit meer aan bij de dagelijkse praktijk.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	De waarde die Berenschot in de Handreiking "Kostprijzen voor de jeugd-ggz" hanteert, is ontleend aan het onderzoek van Ecorys. Berenschot hanteert in andere publicaties overigens een hoger aantal productieve uren. Zie verder het antwoord bij vraag 58.
63	5. Productiviteit	Hoe komt HHM uit op de verdeling direct en indirecte uren?	300 uur indirecte tijd van de totale tijd 1333 uur is niet realistisch. Bij de GGZ werken we met 50%/50% direct en indirecte tijd. En bij overige ambulante producten is een verdeling 35%/65% beter.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	We maken gebruik van diverse bronnen voor het bepalen van een reële waarde van de clientgebonden tijd. Wij kiezen ervoor om voor elk van de onderdelen in de bruto-netto berekening een reële waarde te bepalen. De (direct) clientgebonden tijd is dan de uitkomst van de berekening.
64	5. Productiviteit	Omvang 1333 uur is veel te hoog en niet realistisch, hoe komt HHM hierbij?	Ambulante behandelingen moeten 90% productief zijn van de aanwezige uren die er zijn. Dat is niet realistisch. Landelijke onderzoeken bewijzen andere uitkomsten, maar ook interne uitkomsten	Berenschot werkt ook met andere werkbare uren dan in het rapport benoemd zijn (1220 uur).	Zie de antwoorden bij vraag 58 en 62.
65	5. Productiviteit	Wordt er rekening gehouden met verschillen in diverse zorgvormen qua productiviteit?	Binnen de GGZ is een hele andere productiviteit dan bij andere zorgvormen, dit zit vooral in de verdeling tussen de directe en indirecte tijd	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	De opbouw van de productiviteit is gekoppeld aan de verschillende categorieën van producten.

66	5. Productiviteit		Indirect cliëntgebonden tijd ook als declarabel kenmerken. Kostprijs wordt hierdoor lager maar aantal uren in een traject dient hierdoor hoger te worden. Is zorginhoudelijk meer logisch.	Segment 3 en 4 niet zijnde GGZ. Alleen de direct cliëntgebonden tijd is declarabel en vormt in het huidige voorstel de basis voor de kostprijsberekening. Dit standpunt zorgt voor een verkeerde prikkel namelijk om minder in te zetten op contact met het (profesionele) netwerk rond een kind/gezin. Dit doet geen recht aan de maatschappelijke en ook technologische ontwikkelingen. Investeren in de omgeving buiten het kind/ouders is cruciaal om een duurzame oplossing te bereiken. Dit is indirect cliëntgebonden tijd en dus niet declarabel volgens de huidige definitie. Dit is zorginhoudelijk zeer vreemd aangezien het voor medewerkers en cliënten niet uitmaakt HOE er aan de doelen wordt gewerkt, als ze maar duurzaam bereikt worden.	Dit heeft betrekking op de relatie tussen de voor de cliënt geïndiceerde tijd. Daarom is de indirecte tijd niet verdisconteert in de trajecturen. Dit is uitgebreid toegelicht in de consultatie over de productbeschrijvingen.
67	5. Productiviteit	Ziekteverzuimpercentage niet reëel, waar is dit op gebaseerd?	7,30%	2020 kende verzuimpercentages van boven de 10% waarbij sprake is/was van een Corona-effect. Maar ook zonder Corona-effect ligt het 12 maands verzuimpercentage ruim boven 7%. De hoge en toenemende werkdruk wordt hierbij als onderbouwing gegeven. XXX stuurt strak op verzuim waarbij diverse initiatieven zijn en worden ondernomen om het verzuim zo laag mogelijk te houden. Zo wordt altijd gekeken naar wat een medewerker wel kan in plaats van niet kan. Zelfs dan blijft het verzuim boven 7%.	Zie de antwoorden op de vragen 42 en 43
68	5. Productiviteit	Aandeel overleg en administratie te laag bepaald, waar is dit op gebaseerd?	80 > 200	De juistheid en tijdigheid van de administratie heeft een belangrijke rol in het aantonen van de rechtmatigheid. Het aantonen van de rechtmatigheid neemt daardoor meer tijd in beslag. Medewerkers dienen bijvoorbeeld hun bestede tijd te verantwoorden middels tijdschrijven. Uit onze gegevens blijkt dat dit gemiddeld per fte zo'n 200u per jaar is.	zie antwoord bij vraag 44
69	5. Productiviteit	In grote lijnen komt de bruto-netto berekening overeen met XXX. Behalve "overleg en administratie" zoals hierboven al vermeld. Cliëntgebonden tijd komt daardoor lager uit. Kan dit worden aangepast?	1250	De grootste afwijking is hierboven al genoemd. Overige onderdelen komen redelijk met elkaar overeen.	zie antwoord bij vraag 50

70	5. Productiviteit	Waarom is geen rekening gehouden met ouderschaps-, vitaliteits- en zorgverlof?	40	Een deel van de medewerkers heeft geen recht op de genoemde verloven. De "oudere medewerkers" hebben recht op vitaliteitsverlof en maken daar ook gebruik van. Zo ook "jonge ouders" die gebruik maken van ouderschapsverlof. Ook zijn er medewerkers die gebruik maken van zorgverlof, hiervan is het aandeel relatief laag. Genoemd aantal uren per jaar is gemiddeld over de hele populatie	zie antwoord bij vraag 46
71	5. Productiviteit	Reistijd bij behandeling is te laag ingeschat, waar is 150u per jaar op gebaseerd?	150 > 250	XXX bedient jongeren in de hele regio en niet alleen jongeren die in of rondom een bepaald dorp of stad wonen. Het aandeel ambulante behandeling bij de cliënt is een stuk groter dan behandeling op locatie van XXX. Hierdoor een groter aandeel reistijd.	Zie het antwoord op vraag 47
72	5. Productiviteit	Reistijd bij begeleiding is te laag ingeschat, waar is 150u per jaar op gebaseerd?	150 > 300	Bij XXX betreft de reistijd bij begeleiding voor het overgrote deel begeleiding van pleegouders (binnen voltijd en pleegzorg jeugdhulp) of jongerenbegeleiding. Zij zijn verspreid in de hele regio.	Zie het antwoord op vraag 47
73	5. Productiviteit	Indirect cliëntgebonden tijd bij begeleiding te laag, waar is dit op gebaseerd?	125 > 200	Indirectie cliëntgebonden tijd zoals rapportagetijd en overleg met derden over de cliënt (intercollegiaal of buiten de organisatie) betreft in praktijk meer dan 125uur blijkt uit onze registraties. 200uur/jaar is wel reëel	Uit het onderzoek van KPMG in de regio (uit 2017) kwam naar voren dat er bij begeleiding gemiddeld sprake was van 112,5 uur indirect cliëntgebonden tijd.
74	5. Productiviteit	Declarabele uren bij verblijf 1033 te hoog. Kan dit worden bijgesteld?	950	Dit betreft enkel behandeling van jongeren in verblijf bij XXX. Betreft een klein aandeel op het totaal. Groter aandeel jongeren in eigen netwerk waardoor er ook sprake is van reistijd en reistijd is meer dan de genoemde 150/jaar. Daarbij betekent verblijf van de jongere op onze locatie niet dat de ambulante behandeling van het gezinssysteem stopt. Deze loopt door in de thuissituatie dus is ook reistijd nodig.	Zie het antwoord op vraag 48
75	5. Productiviteit	Declarabele uren bij pleegzorg 1058 te hoog. Kan dit worden bijgesteld?	870	CCT een stuk lager als gevolg van het hoge aandeel reis- en rapportagetijd	Zie het antwoord op vraag 48
76	5. Productiviteit	Segment 4. Declarabele uren te hoog	950	zie eerdere opmerkingen. Als gevolg van een aantal afwijkingen in de bruto-netto-berekening, blijft een lager aantal declarabele uren over. Daarnaast een hoger aandeel reistijd	Zie het antwoord op vraag 48

77	5. Productiviteit	Pleegzorg Partieel: hoe wordt de productiviteit van de mdw bepaald bij partiele pleegzorgcasussen?		bij partiele pleegzorg wordt de inzet voor de pleegzorgwerker berekend naar rato van de voltijd inzet. Fulltime is 30u per jaar, partieel voor 1 dag per week is dus ongeveer 4,5u per jaar. De verhouding tussen direct en indirect cliëntgebonden tijd is hier bijzonder scheef. bij fulltime moet de mdw naast 30u clientcontact ook een plan maken voor het kind en een plan voor het pleeggezin, incl evaluaties. Voor partiele pleegzorg is dat hetzelfde aan indirect cliëntgebonden tijd (ook plan voor kind, plan voor pleeggezin incl evaluaties) maar is de directe tijd veel lager (namelijk maar 1/7e bij een indicatie voor 1 dag per week). Daarmee is de indirecte tijd veel te belastend en is de productiviteit niet haalbaar.	Er wordt geen apart product (met eigen tarief) geformuleerd voor pleegzorg partieel.
78	5. Productiviteit	Waarop is de reistijd gebaseerd?	voorstel is 125, we zien in de regio dat ze hier met een vertrek van 125 beginnen	gezien de grote afstanden op de plattelandsgemeentes is dit niet reeel. Verder zien we dat de intensiteit van de beschikkingen terugloopt wat maakt dat we meer reisbewegingen gaan maken omdat we meer klanten kunnen zien.	Zie het antwoord op vraag 47
79	5. Productiviteit	Hoe komen jullie op een berekening van 5,3% ziekteverzuim?	voorstel is 6,5%	ziekteverzuim in de zorg is op dit moment heel hoog, wat gaat het lange termijn effect van Corona doen. Hoe reeel is de 5,3% waar nu mee gerekend wordt.	Zie de antwoorden op de vragen 42 en 43
80	5. Productiviteit	Waarom gaat u niet uit van de landelijk gemiddelde verzuimcijfers (of net daaronder), maar hanteert u in het berekenen van het ziekteverzuim het percentage wat hier fors onder ligt? Kunt u dit aanpassen naar een realistischer percentage?	Hanteren van een verzuimpercentage van 6,3%. Nog steeds onder het landelijk gemiddelde (Vernet), maar realistischer voor een groot deel van de zorgaanbieders.	In veel organisaties wordt hard gewerkt aan het terugbrengen van het ziekteverzuim. Desondanks is het niet reeel om met 5,3% ziekteverzuim te rekenen, wat zo ver onder het landelijk gemiddelde ligt. Door niet fors, maar net onder het landelijk gemiddelde (Vernet) te gaan zitten, zit er toch een gewenste opdracht richting zorgaanbieders in.	Zie de antwoorden op de vragen 42 en 43
81	5. Productiviteit	Waarom is indirecte cliëntgebonden tijd bij ambulante alternatieven van verblijf zoals MST en MDFT niet declarabel?	indirecte tijd bij MST en MDFT declarabel maken, zoals ook bij ambulante GGZ behandeling aan de orde is.	Niet wenselijk om af te wijken van huidig beleid.	Voor het aanbod binnen segment 1 worden voor ambulante producten trajectprijzen uitgevraagd. U zult zelf een vertaling moeten maken naar directe tijd.

82	5. Productiviteit	Op basis van welke onderbouwing heeft u gekozen voor 150 uur per jaar aan reistijd voor ondersteuning bij een cliënt thuis? Kunt u dit aanpassen naar een meer realistischer aantal dat passend is bij deze regio en passend bij de ontwikkeling waarbij meer cliënten in kortere tijd worden gezien?	Hanteren van gemiddeld 210 uur reistijd per jaar i.p.v. 150, als het gaat om ondersteuning bij een cliënt thuis.	Wij zien in onze cijfers dat medewerkers veel meer kwijt zijn aan reistijd dan uw berekening van 150 uur per jaar laat zien. In deze regio is een medewerker ruim 12% van zijn bruto uren kwijt aan reistijd, dat is ongeveer 210 uur per jaar. Noord-Limburg is een uitgestrekte regio met veel kleine dorpen en kernen, waardoor de reistijd langer is dan in meer stedelijk gebied. Daarnaast behandelen medewerkers steeds vaker meerdere cliënten in kortere tijd, waardoor ook meer reistijd ontstaat.	Zie het antwoord op vraag 47
83	6. Risico-opslag	Percentage risico-opslag is te laag. Zie bijvoorbeeld Corona-effect. Kan dit worden aangepast?	5%	Een risico-opslag van 2% is niet dekkend voor de verschillende soorten risico's die we lopen. Zie bijvoorbeeld Corona-effect. Compensatieregelingen die door de regio's worden toegepast, dekken niet alle kosten. Sommige kostensoorten zijn uitgesloten, andere kosten zijn niet of nauwelijks aantoonbaar. Zelfs in gevallen waarbij het wel aantoonbaar is, ontstaat er discussie over de hoogte van de impact. Ook de verschillende verantwoordings-eisen brengen kosten met zich mee die niet of nagenoeg niet worden vergoed.	De tarieven gaan gelden vanaf 2022; we verwachten dat het corona-effect dan niet meer speelt.
84	6. Risico-opslag	Een risico opslag van 2% doet geen recht aan de risico's die zorgaanbieders lopen en waar tegen weerstandsbuffers moeten worden opgebouwd. De huidige crisis en de verschillen in compensatie regelingen die worden gehanteerd, laten dit duidelijk zien.	Risico-opslag verhogen naar 5%	Specifiek in de regio Noord Limburg zijn er grote verschillen hoe gemeentes omgaan met de financiële gevolgen voor zorgaanbieders in de huidige corona crisis	Zie het antwoord op vraag 83
85	6. Risico-opslag	Wij vragen de regio ook 3% tot 5% leegstand per jaar te verdisconteren.	Wij stellen voor 3% tot 5% leegstand te verdisconteren.	Gezinshuizen hebben te maken met leegstand tussen uit- en instroom. De kosten lopen door.	Wij verdisconteren geen leegstand bij gezinshuizen
86	6. Risico-opslag	Op welke wijze dient de aanbieder innovatie te bekostigen?	4% In plaats van 2% waarbij 2% bestemd is voor innovatie.	Zoals u zelf beschrijft is 2% alleen bedoeld voor weerstandsvermogen. Dit is onvoldoende om ook te kunnen innoveren. Wij zien innovatie ook niet terug komen onder parameter 4 Opslag overhead.	We kijken nog separaat naar mogelijkheden om innovatie te stimuleren.

87	6. Risico-opslag	Percentage risico-opslag is te laag. Zie bijvoorbeeld Corona-effect. Kan dit worden aangepast?	5%	Een risico-opslag van 2% is niet dekkend voor de verschillende soorten risico's die we lopen. Zie bijvoorbeeld Corona-effect. Compensatieregelingen die door de regio's worden toegepast, dekken niet alle kosten. Sommige kostensoorten zijn uitgesloten, andere kosten zijn niet of nauwelijks aantoonbaar. Zelfs in gevallen waarbij het wel aantoonbaar is, ontstaat er discussie over de hoogte van de impact. Ook de verschillende verantwoordings-eisen brengen kosten met zich mee die niet of nagenoeg niet worden vergoed.	Zie het antwoord op vraag 83
88	7. Overige kosten	Waarop is gebaseerd dat de slapende wacht wordt gedaan door iemand op MBO-3 niveau? En dat deze 3u per nacht betaald krijgt?	minimaal MBO4/ HBO-niveau en 3 tot 4u inzet	De slapende wacht wordt gedaan door een reguliere mdw van de groep: MBO4/ HBO dus. Volgens de norm van verantwoorde werktoedeling is dat ook noodzakelijk. Er staan überhaupt geen mdw op MBO-3 niveau op de groepen. Volgens de CAO moet een slaapdienst minimaal de helft van zijn slaapdienst vergoed krijgen. Dat is bij een diens van 6u dus 3u en bij een dienst van 8u dus 4u. Hier is enkel uitgegaan van 3u.	We gaan het tarief voor een slaapwacht opnieuw berekenen met een mix van 70% MBO-4 en 30% HBO. Daarnaast hanteren we een vergoeding voor de slaapdienst gebaseerd op het gemiddelde van de regelingen uit de verschillende cao's.
89	7. Overige kosten	Bij het segment "dagbehandeling en dagbesteding -duurzame daginvulling - terug naar school" wordt vervoer als "exclusief" aangeduid en zou daarmee in het tarief verdisconteerd moeten zitten, dat vinden wij niet terug.	Vervoer opnemen als kostprijscomponent	Zie voor de basis product-trajectbeschrijving en beantwoording vragen aanbieders	Zie het antwoord op vraag 39

90	7. Overige kosten	De regio stelt een maximum van 4 en van 6 gezinshuiskinderen ("Opbouw...", p. 16 en Productomschrijving). Waarom volgt de regio niet de Kwaliteitscriteria Gezinshuizen? Deze geven richtlijnen i.c.m. het beginsel: "pas toe, of leg uit".	Wij stellen voor dat met betrekking tot de groepsmaat van het gezinshuis de Kwaliteitscriteria Gezinshuizen worden gevolgd.	De regio suggereert in haar conceptproductomschrijving voor Gezinshuizen dat een groepsmaat van 4 gezinshuiskinderen normaal is, en dat grotere omvang dus abnormaal zijn. Daarmee velt zij in feite een negatief waardeoordeel over gezinnen van grotere omvang, hetgeen ons ongepast lijkt. Er zijn gezinnen buiten de zorg, van grotere omvang, die prima functioneren. De regio suggereert verder dat de kwaliteit van de gezinshuizen in het gedrang komt bij een groepsmaat van meer dan 4 geplaatste kinderen, maar onderbouwt dat nergens. Daar is ons inziens ook geen causaal verband te leggen. Bij een grotere omvang kan extra personeel ingezet worden als dat nodig is. Bovendien is het afhankelijk van de specifieke ervaring en kennis van gezinshuisouders welke omvang zij aan kunnen. In het verlengde suggereert de regio dat de gezinshuiskinderen bij een omvang van groter dan 4 aandacht te kort zouden komen. Zie wederom het voorgaande argument. Zie verder de Kwaliteitscriteria Gezinshuizen op dit punt.	Conform de productbeschrijving gaan we uit van 4 kinderen.
91	7. Overige kosten	vervoer	helderheid hoe vervoer onderdeel wordt van de kostprijsberekening	Vervoer wordt meegenomen bij de overige hotelmatige kosten. Op welke wijze wordt vervoer berekend of ingecalculeert. Met name bij dagbehandeling kan vervoer tot een forse kostenpost oplopen. Vervoer zal of als toeslag of als onderdeel van de kostprijs meegenomen moeten worden (of onderdeel van schoolvervoer in het kader van terug naar school!)	Zie het antwoord op vraag 39
92	7. Overige kosten	pagina 14. aanpassing van uitgangspunten slaapdienst & functienivo	vergoeding 4 uur en functienivo HBO+ segment 1	Pagina 14. Heeft u rekening gehouden dat per slaapwacht een vergoeding geldt van 4 uur binnen CAO VG ART 7.19; En dat een slaapwacht op nivo HBO wordt ingezet (conform verantwoorde werktoebedeling) tenminste in segment 1	Zie het antwoord op vraag 88
93	7. Overige kosten	Pagina 14. Heeft u rekening gehouden met een Piketdienst Gedragsdeskundige bij verblijf; nivo WO+ bereikbaarheid van 16 uur per dag ma-vrij en volledig za en zondag. Vergoeding conform CAO VG	toeslag op het product segment 1	Piketdienst GW is beschikbaar bij pedagogische dilemma's of incidenten voor de groepsbegeleider op de groep buiten kantooruren. Dit is toenemend noodzakelijk bij een complexe doelgroep. Het is daarmee onderdeel van het product en kwaliteitseisen sector	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de beschikbaarheid van functies.

94	7. Overige kosten	Pagina 15. Groepsgrootte.	8-6 in segment 1	doel is segment is zoveel mogelijk ambulant; gevolg is dat wat werkelijke intramuraal moet is vaak complexer en zwaarder. Daarvoor is een kleinere groepsgrootte wenselijker. Hier wordt nu in de prijs geen rekening mee gehouden; zou wel in groeimodel meegenomen moeten worden.	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de groepsgrootte en ingezette functiemix op de groep.
95	7. Overige kosten	pagina 12. NHC en NIC	7 euro ipv 6	er wordt uitgegaan van een mix van tarieven op basis van kostenpeil 2020. op basis van tarieven WLZ 2021 NHC = 6,14 / NIC = 0,85 dus 6,99	Dit voorstel wordt overgenomen; het klopt dat de Wlz-tarieven voor 2021 iets hoger zijn.
96	7. Overige kosten	pagina 13. Kapitaallasten	minimaal 36 ipv 30 (segment 1)	Voor LVB sector de meest realistische vergelijking is LVG3 BR/REG 21118. De NHC = 43,89 en de NIC is 6,78 dus 50,67. Bescheidener eisen en minder midlife renovatie herkennen wij niet in t.b.v. onze LVB sector.	Dit is aangepast. Er zijn nu in zwaarte 3 verschillende bouwstenen voor de kapitaallasten.
97	7. Overige kosten	pagina 15. SROI-verplichting	toeslag ivm de kosten SROI	op dit moment is onduidelijk hoe deze sroi verplichting eruit komt te zien, derhalve wat de consequentie voor de kosten is. Het gaat hier om op bouw reele prijzen en dat is SROI een kostenfactor waarmee rekening gehouden moet worden	SROI heeft betrekking op de keuze van een organisatie; het ligt niet voor de hand dat hiervoor eventuele extra uitgaven via het tarief worden gecompenseerd.
98	7. Overige kosten	Op basis van rapportage Coresta (26 febr.2013) is NHC voor gesloten jeugdzorginstellingen ca. € 16.001,- op jaarbasis = ca. € 44,- p/dag (excl. NIC opslag). Deze is onlangs gepubliceerd door VNG. Waarom is het voorgestelde tarief van HHM in deze deze (incl. NIC) veel (33%) lager (kapitaalslasten € 30,- p/etmaal segment 1)? graag zien wij een onderbouwd antwoord retour.	Component NHC is naar ons idee te laag en voldoet niet aan landelijke rapporten.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 96
99	7. Overige kosten	Inzet slaapwacht/wakende wacht wordt geleverd door HBO'-ers en niet MBO-ers. Hoe komt HHM bij deze onderbouwing? Daarnaast dienen wij bij klinisch verblijf meerdere slaapwachten/wakende wachten te hebben o.b.v. inhoud en wetgeving/kwaliteit	Inzet slaapwacht / wakende wacht berekenen door inzet van HBO'ers.	Wij zetten geen MBO'ers in. Wij hebben 3 slaapdiensten en 2 nachtdiensten.	Zie het antwoord op vraag 88
100	7. Overige kosten	Een omvang van 10% groepscontacten in segment 4 is te hoog in specialistische Jeugd-GGZ. Dit ligt intern dicht bij 5%. Graag zien wij een motivatie van de 10% norm terug.	aanpassen naar 5%	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Binnen segment 4 bestaat het product ambulante GGZ. Daarvoor is de genoemde verdeling niet van toepassing.

101	7. Overige kosten	Kapitaallasten zijn niet representatief voor een aanbieder voor de zware doelgroep cliënten. Dit geldt voor zowel segment 1 als segment 2. Differentiatie tussen aanbieders zou op zijn plaats zijn.	Realistisch tarief voor kapitaallasten hanteren, passend bij doelgroep van een specifieke aanbieder.	Voor niet iedere aanbieder kun je eenzelfde kapitaalslasten pakken. Er zit verschil in soorten verblijf (J&O / LVB / GGZ), maar ook in intensiteit van verblijf (open, besloten en gesloten settingen)	Zie het antwoord op vraag 96
102	7. Overige kosten	Maakt bij Segment 2 Logeren de component Slaapwacht onderdeel uit van de kostprijs?	nvt	Is onduidelijk in de stukken.	In het tarief voor logeren per etmaal wordt een slaapwacht verdisconteerd
103	7. Overige kosten		Groepsgrootte aanpassen naar 2 op 6.	Wij begrijpen uit de antwoorden van de gestelde vragen over de concept productbeschrijvingen dat de norm van 2 op 8 afkomstig is uit de gevoerde marktconsultaties. Daar hebben wij als partij ook aan deelgenomen. De verhouding 2 begeleiders op 8 kinderen is vanuit onze ervaring niet uitvoerbaar gezien de problematiek van de kinderen en dat is ook aangegeven in de marktconsultatie. Groepsratio is maximaal mogelijk op 1 op 3 of 2 op 6. Deze kinderen zijn zeer zorgintensief en volledig afhankelijk. Deze kinderen met een Ernstig Meervoudige Beperking zullen doorstromen naar de Wlz. De Nza beleidsregels gaan voor de dagbehandeling Wlz uit van een groepsgrootte tussen de 5 en 6 kinderen op 2 begeleiders (code H820 en H821).	We passen de verhouding aan naar 2 op 7 op basis van de informatie uit de marktconsultatie. Dit geldt voor de combinatie EMB en het jonge kind. Dit blijkt op basis van de huidige situatie ook mogelijk.
104	7. Overige kosten		Groepsgrootte aanpassen naar 2 op 6.	Wij begrijpen uit de antwoorden van de gestelde vragen over de concept productbeschrijvingen dat de norm van 2 op 8 afkomstig is uit de gevoerde marktconsultaties. Daar hebben wij als partij ook aan deelgenomen. De verhouding 2 begeleiders op 8 kinderen is vanuit onze ervaring niet uitvoerbaar gezien de problematiek van de kinderen en dat is ook aangegeven in de marktconsultatie. Groepsratio is maximaal mogelijk op 1 op 3 of 2 op 6. Deze kinderen zijn zeer zorgintensief en volledig afhankelijk.	Zie het antwoord op vraag 103. De factor 1 staat tot 8 is voor vormen van dagbehandeling realistisch zo blijkt uit de marktconsultatie.
105	7. Overige kosten	Segment 4 Ambulante hulp perspectief 1 en 2. Waar zijn de aantallen uren en de doorlooptijd op gebaseerd? Maken afgebroken (niet afgemaakte) trajecten ook deel uit van eventuele data waarop de aantallen uren en doorlooptijd zijn gebaseerd?	Aanpassen aan meer realistische aantallen uren en doorlooptijd gebaseerd op data van trajecten die niet zijn afgebroken.	Het aantal gestelde uren (max 66) en de doorlooptijd (gemiddeld 6 tot 9 maanden) binnen Segment 4 Ambulante hulp perspectief vinden wij niet passend. De systemische behandeling in complexe gezinssituatie die wij verlenen aan onze VG doelgroep duurt gemiddeld een jaar en bevat meer uren. Wij hebben dit tijdens de marktconsultatie ook aangegeven.	Zie het antwoord op vraag 103.

106	7. Overige kosten	Waarop is gebaseerd dat de slapende wacht wordt gedaan door iemand op MBO-3 niveau? En dat deze 3u per nacht betaald krijgt?	minimaal MBO4/ HBO-niveau en 3 tot 4u inzet	De slapende wacht wordt gedaan door een reguliere mdw van de groep: MBO4/ HBO dus. Volgens de norm van verantwoorde werktoedeling is dat ook noodzakelijk. Er staan überhaupt geen mdw op MBO-3 niveau op de groepen. Volgens de CAO moet een slaapdienst minimaal de helft van zijn slaapdienst vergoed krijgen. Dat is bij een diens van 6u dus 3u en bij een dienst van 8u dus 4u. Hier is enkel uitgegaan van 3u.	Zie het antwoord op vraag 88
107	7. Overige kosten	Pleegzorg: hoe zijn de kosten mbt screening en matching van zowel bestands- als netwerkgezinnen opgenomen in de kostprijs?	opnemen in dagtarief danwel apart in uren toekennen	Voor netwerkscreening zijn 27/ 30u per keer benodigd, voor screening en matching van bestandsgezinnen voor pleegzorg zo'n 10% van de formatie. In de productiviteitsberekening zijn die variabelen niet meegenomen. Afhankelijk van de keuze voor dagprijs/ PxQ op uren dienen deze verdisconteerd te worden.	We hebben dit aangepast en extra uren toegevoegd voor screening en matching.
108	7. Overige kosten	Pleegzorg: hoe worden de wettelijke toeslagen voor meerkinderen en jongeren met een beperking vergoed?	opnemen in dagtarief danwel apart in uren toekennen	Deze toeslagen zijn nergens opgenomen.	Deze kosten zijn wel degelijk in tarief verwerkt (zie p. 16 notitie)
109	7. Overige kosten	Gezinshuizen: hoe is het geregeld met kosten die aan de gezinshuishouders worden betaald? Zoals: vakantiebudget, klein/groot inventaris, enz, enz		De kosten die we als aanbieder maken aan/ voor gezinshuishouders zijn niet enkel de salarissen. Zij krijgen vakantiebudget, tegemoetkoming in inventaris	Deze kosten zijn verdisconteerd in de vergoeding per kind (zie p. 16 notitie)
110	7. Overige kosten	Pleegzorg: Hoe wordt omgegaan met de landelijk vastgestelde pleegoudervergoeding die varieert afhankelijk van de leeftijd van het kind, en de jaarlijks landelijk vastgestelde indexatie hiervan?	opnemen in dagtarief danwel apart in uren toekennen	De landelijk vastgestelde vergoeding voor pleegouders varieert afhankelijk van de leeftijd van het pleegkind en wordt jaarlijks geïndexeerd. De indexatie van gemeenten loopt hier doorgaans niet mee gelijk. We zien graag terug hoe hiermee wordt omgegaan.	Deze vergoeding maakt deel uit van het tarief (zie p. 16 notitie)
111	7. Overige kosten	Met welke indexatie gaat er gerekend worden?			HHM geeft een advies over de indexatie in de rapportage (combinatie van verschillende indices op de verschillende bestanddelen van het tarief). Het is uiteindelijk aan de gemeenten om deze vraag in de contracten te beantwoorden.
112	8. Opbouw trajecten	Funciemix bij Behandeling met Verblijf Zwaar is niet in lijn met XXX. Kan dit worden aangepast?	MBO: 35%. HBO 55%. WO: 10%	Praktijk bij XXX is anders dan hier vermeld qua funciemix. Namelijk 35% MBO, 55% HBO en 10% WO. De doelgroep kan ook niet goed bediend worden met lichter personeel.	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette funciemix op de groep.

113	8. Opbouw trajecten	Van hoeveel uur inzet van behandeling wordt uitgegaan op de verblijfsgroepen? Voor de kleinschalige woongroep is een aantal uren opgenomen, voor de verblijfsgroepen niet, waarom is dat?	minimaal 224u per week	Voor een behandelgroep zwaar zetten we minstens 224 uur per week in om het rooster dicht te krijgen, inclusief de slaapdienst. Hierin uiteraard op beperkte tijden dubbelstand, en een korte overdracht. 1 vroege dienst van 8u, 1 late dienst van 8u en 1 nachtdienst die voorafgaand aan de nacht een dienst draait en in de ochtend nog een halve: in totaal 16u. Dus 32u per etmaal bezetting. Overdag zijn er immers ook jongeren op de groep die niet naar school gaan.	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met het gemiddeld aantal ingezette uren per functiegroep op de groep.
114	8. Opbouw trajecten	Kleinschalig wonen: waar is het totaal van 103u (excl slaapdienst) op gebaseerd?	185u incl slaapdienst of 157u excl slaapdienst	Uitgaande van een slaapdienst van 4u (waarbij 8u wordt gedraaid en 4u vergoed volgens CAO) is voor een dergelijke groep minimaal 185u per week nodig om het rooster dicht te krijgen. $103 + (7 \times 3) = 124$ is niet realistisch. Deze uren zijn overigens enkel om in de bezetting op de groep te voorzien. Eventuele ambulante begeleiding/ behandeling buiten de groep zijn daar niet in meegenomen.	Zie het antwoord op vraag 103.
115	8. Opbouw trajecten	Ambulant duurzaam: XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulant, mogelijk andere aanbieders wel?	100% HBO	XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulante trajecten.	Wij zijn van mening dat er wel degelijk MBO opgeleide medewerkers (kunnen) worden ingezet. Zie ook het antwoord op vraag 13
116	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1: XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulant, is er aanpassing mogelijk van de functiemix van perspectief 1, naast een extra variant die qua functiemix zit tussen perspectief 1 en 2 zoals nu omschreven?	perspectief 1: HBO: 90% WO: 10%	XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulante trajecten. Daarnaast altijd sprake van een WO opgeleide eindverantwoordelijke. Op basis van de functiemix zoals nu voorgesteld past dit niet binnen perspectief 1 of 2.	Zie het antwoord op vraag 103.
117	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1 en 2: is het mogelijk een variant toe te voegen die recht doet aan de HBO+ inzet op ambulante trajecten? Net zoals de HBO+ inzet bij de GGZ-trajecten ook terugkomt.	Extra variant: HBO +: 85/90% en WO: 10/15%	De functiemix van inzet bij IAG zit voor 85/90 HBO+ en 10/15% WO. Dat past niet in perspectief 1 en niet in perspectief 2.	Zie het antwoord op vraag 27
118	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 2: functiemix niet in lijn met XXX	WO: 90% WO+: 10%	In geval van traumatherapie, EMDR, enz altijd inzet van WO en WO+ opgeleiden.	Zie het antwoord op vraag 103.
119	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1 en 2: Er zijn producten die in geen enkel traject passen qua functiemix danwel qua uren. Hoe wordt hier mee omgegaan?	ofwel varianten toevoegen met meer uren, ofwel hier maatwerkafspraken over maken	Zie eerdere opmerkingen over de functiemix bij ambulant. Als de trajecten qua functiemix aangepast zouden worden, dan nog zijn er trajecten waar we qua uren niet mee uit komen.	Zie het antwoord op vraag 103.
120	8. Opbouw trajecten	Segment 4: aandeel groepsbehandelingen is te hoog. Waar is dit op gebaseerd?	Individueel: 97%. Groep: 3%	XXX kent een beperkt aantal groepsbehandelingen die een zeer klein aandeel in het geheel hebben.	We willen een beweging creëren, waarbij aanbieders gestimuleerd worden creatiever om te gaan met hun tijdsinvestering; bijv. door aanbod in groepsverband, door gebruik te maken van e-health, enz.

121	8. Opbouw trajecten	Ambulant bij verblijf: hoe wordt bepaald welk 'pakket' aan zorg nodig is? Naast de behandeling om het rooster van de groep te kunnen draaien en individuele inzet op de groep te kunnen bieden, is aanvullend ambulante behandeling nodig ivm de transfer naar thuis. Waar is deze opgenomen/ hoe wordt deze bepaald?	afhankelijk van de keuze: opnemen in een traject of apart toekennen	De ambulante behandeling die wordt ingezet in de thuissituatie, als het kind is opgenomen, zit niet in de opbouw van de kosten voor verblijf. Althans, wij zien het niet. Deze inzet wordt wel gepleegd, omdat het 'probleem' meestal niet alleen bij het opgenomen kind zit, maar ook bij de ouders/ broers/ zussen. Gemiddelde inzet is 100u per jaar, ambulante behandeling naast de behandeling op de groep.	Zie het antwoord op vraag 103. Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.
122	8. Opbouw trajecten	Hoe komt de regio tot de bezetting binnen een gezinshuis ("Opbouw...", p. 16- 17)? Deze is in werkelijkheid veel hoger.	Zie onderstaande tabel voor wijziging parameter	Zie onderstaande tabel OP VOLGEND TABBLADen de toegevoegde bijlage met een toelichting op het kostprijsmodel van Stichting XXX.	Zie het antwoord op vraag 103.
123	8. Opbouw trajecten	Inzet van ondersteuning door gedragswetenschapper en gezinshuiswerker zijn weliswaar gekoppeld aan een huis, maar afhankelijk van de zorgzwaarte en -noodzaak van de geplaatste kinderen. Dat zien we niet terug in de opbouw. De geschatte inzet lijkt ons realistisch maar zal van casus tot casus verschillen in de praktijk.			Zie het antwoord op vraag 103.
124	8. Opbouw trajecten	Uren per traject/product. Segment 3. Terug naar school varianten. Wat betekent precies 4 uur per week? Bij een groepsgrootte van 8 kinderen?	duidelijk omschrijven wat bedoeld wordt	Als per kind van een groep van 8 kinderen 1/8 deel wordt toeberekend; dan zijn 4 uur goed voor 32 uur deelname. Als 4 uur staat voor 4 uur per week dan is er geen sprake van intensieve naschoolse dagbehandeling: dit onvoldoende.	Klopt. Zie hiervoor de productbeschrijving.
125	8. Opbouw trajecten	Verschillen binnen de producten ambulante hulp	variant van 100 uur	het aantal uren passende bij deze behandelvorm (ambulant perspectief 1) sluit niet aan bij LVB+ doelgroep en onze intensieve behandelmethode. Er is een variant van minimaal 100 uur nodig. Alternatief is steeds maatwerk inzetten.	Zie het antwoord op vraag 103.
126	8. Opbouw trajecten	Pagina 17. terug naar school INTENSITEIT: A schoolvervangende dagbehandeling ipv dagbesteding	dagbehandeling ipv dagbesteding	woord aanpassen.	Correct; passen we aan.
127	8. Opbouw trajecten	Wij herkennen de genoemde intensiteit in segment 3 niet en ook de functiemix niet aangezien wij uitsluitend met HBO (+) en hoger opgeleid personeel werken. Graag een motivatie van de beschrijving.	Aanpassing functiemix naar HBO inzet en zwaarder.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
128	8. Opbouw trajecten	Is het mogelijk om producten te stapelen? Is er een flexibele beschikkingsduur? Altijd standaard uitgaan van 12 maanden is ons inziens niet wenselijk. Uren kunnen eerder op zijn en dan moet er de mogelijkheid zijn om een nieuw product beschikt te krijgen.		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.

129	8. Opbouw trajecten	Maatwerk arrangement wordt bepaald op basis 'van nader te bepalen', voor ons is dit een belangrijk product wanneer worden deze parameters bekend en gedeeld? Wij kunnen hier dus niet op reageren.		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
130	8. Opbouw trajecten	Wij herkennen de duur en in het bijzonder de functiemix bij de genoemde trajecten niet. Er is nagenoeg geen ruimte voor inzet van een KJP bijvoorbeeld. Graag zien wij een motivering tegemoet hoe u komt tot deze trajectduur en functiemix voor de arrangementen.	Aanzienlijk hogere functiemix voor SGGZ met veel meer ruimte voor betrokkenheid van KJP, Klinisch Psycholoog en BIG geregistreerde behandelaren. Automatisch BGGZ inbouwen wentelt het financiële risico voor behandeling af op de aanbieder en dit vinden wij onwenselijk en niet correct. In de huidige functiemix kan enkel bij de zwaarste cliënten een KJP betrokken zijn en dan slechts voor 3,5 uur ook bij opnames. Dit is inhoudelijk totaal onverantwoord en laakbaar.	schrappen en inhoudelijke richtlijnen van kwaliteitstatuut GGZ meenemen in de functiemix. Aanbieders moeten wel in staat zijn om te blijven voldoen aan inhoudelijke standaarden en wetgeving. Dit komt hier zwaar in het geding, als het al niet onmogelijk wordt.	Zie het antwoord op vraag 103.
131	8. Opbouw trajecten	Wij herkennen de duur en intensiteit van de trajecten niet, wij vragen ons sterk af waarop deze gebaseerd zijn?		Meerdere vragen gesteld over de inkoopdocumenten en de antwoorden zijn ons inziens niet genoeg onderbouwd.	Zie het antwoord op vraag 103.
132	8. Opbouw trajecten	Gezien de korte doorlooptijd en mogelijkheid tot stellen van vragen, is het opmerkelijk dat er in dit stadium nog diverse "ntb" posten in het model staan.	Wij kunnen niet reageren op parameters die nog niet bekend zijn. Graag ontvangen wij zodra deze bekend zijn de parameters, zodat wij hierop kunnen reageren en de mogelijkheid hiertoe hebben.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
133	8. Opbouw trajecten	bij segment 1 is geen inzet van een psychiater meegenomen, dit is een wettelijke vereiste		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103. Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.

134	8. Opbouw trajecten	bij behandeling met verblijf staat opgenomen dat de tarieven worden bepaald op basis van uurtarieven per opleidingsniveau, er staat niet hoe deze verdeling wordt gemaakt? Kunt u ons dit toelichten?	een psychiater is verplicht hierbij aan te sluiten vanuit verblijf.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103. Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.
135	8. Opbouw trajecten	Zijn de producten binnen segment 1 stapelbaar, dus en verblijf inclusief ambulante alternatieven plus bouwstenen verblijf?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
136	8. Opbouw trajecten			Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
137	8. Opbouw trajecten			Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
138	8. Opbouw trajecten	In segment 1 werken wij met slaapdiensten en nachtdiensten. In het kostprijsonderzoek wordt niet gesproken over nachtdienst, maar over een wakende dienst. Hoe verhoudt dit toch elkaar?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Een wakende dienst betreft een wakkere wacht gedurende de nacht. Vermoedelijk dat de vraagsteller hier op een nachtdienst doelt.
139	8. Opbouw trajecten	Bij segment 4 wordt gesproken over een aantal uren wat kan worden ingezet, zijn dit de directe en indirecte uren?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Dit varieert per product. Bij ambulante GGZ zijn het zowel de directe als indirecte clientgebonden uren. Bij de overige producten enkel de directe uren.
140	8. Opbouw trajecten	Wordt de kostprijs GGZ opgeleverd op basis van een direct uur of op basis van directe en indirecte uren?		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Dit varieert per product.
141	8. Opbouw trajecten	Hoe heeft de regio rekening gehouden met de DBC wetgeving op het product Verblijf Zonder Overnachting (VZO)? Wij verwijzen u graag naar de DBC wetgeving hieromtrent.	Rekening houden met landelijke wetgeving omtrent het product dagbehandeling.	Wij hebben de inzet van onze dagbehandeling gebaseerd op de landelijke vereisten van de DBC-spelregels. Wij verwijzen u naar de landelijke DBC-spelregels.	DBC's zijn per 2018 afgeschaft voor de Jeugdwet (Jeugd-GGZ).
142	8. Opbouw trajecten	Bij GGZ verblijf zijn de sociotherapeuten op de afdeling ook onderdeel van de behandeling, en is in functiemix, kennis en kosten dus zwaarder dan enkel verzorgend/opvoedkundig personeel.		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103. Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.

143	8. Opbouw trajecten	Klinisch VOV personeel is allen HBO (+) opgeleid. Daarnaast is coördinatie van behandelklimaat een taak van WO opgeleid personeel i.s.m. Klinisch Psycholoog en KJP. 5% WO personeel op verblijf is dus te laag bij het klinische segment. Ambulante behandeling wordt dan in jullie optiek vanuit segment 4 toegevoegd wat ook weinig ruimte laat voor KP en KJP inzet. In de huidige systematiek zou bij een klinische (gesloten of open) opname een Psychiater in het hoogste traject slechts 3,5 uur aan een cliënt mogen besteden. Bij zwaar psychiatrische en/of suïcidale cliënten met gedragsproblematiek (onze doelgroep) is dat volstrekt onverantwoord en niet in lijn met de kwaliteitsstatuten van de GGZ. Een BIG geregistreerd professional kan daarmee nooit aan zijn inhoudelijke verantwoordelijkheid voldoen en zal aansprakelijkheidsrisico's lopen als hij/zij handelt volgens de door jullie bedachte functiemix. Ter aanvulling. Een opgenomen cliënt die klinisch verblijft kan in jullie opzet max 1 of 2 suïcideinschattingen van een KJP hebben en verder geen enkele zorg van de KJP ontvangen om binnen de	Functiemix die er ligt schrappen en een inzet optuigen die voldoen aan kwaliteitstatuut GGZ mogelijk maakt.	Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
144	8. Opbouw trajecten	Verblijf zwaar is niet vergelijkbaar (met de huidige en verplichte inzet) en in het document lichter omschreven dan de werkelijkheid en de GGZ vereisten. De betrokkenheid van de KJP wordt niet benoemd. Deze is wettelijk verplicht bij het GGZ verblijf.		Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.	Zie het antwoord op vraag 103.
145	8. Opbouw trajecten	Hoe houdt de regio rekening met de verschillen in wet en regelgeving tussen de verblijfsvormen J&O, GGZ en (L)VB en de daaruit voortvloeiende functiemix?		GGZ verblijf en zeker gesloten/besloten settingen kennen een zwaardere wet en regelgeving en daarmee ook een zwaardere functiemix als omschreven.	Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.

146	8. Opbouw trajecten	<p>Funciemix, directe tijd en indirecte tijd Er is onvoldoende waardering voor het nut en noodzaak van de inzet van (medisch) gespecialiseerd personeel in de functiemixen. De functiemixen zijn weinig passend zijn bij de complexiteit van doelgroepen. De intensiteit van een traject, duur, dagbehandeling (dagen zonder overnachting) of verblijf (dagen met overnachting) zit niet alléén in uren of contactmomenten met de cliënten. Die zit ook in de zware functiemix en benodigde expertise bij weinig voorkomend specialistische jeugdhulp. Het creëren van goede randvoorwaarden, de indirecte tijd en de ketenregie zijn essentieel in een goede dienstverlening naar de cliënten toe en moet eveneens betaald worden. Deze lijken nu – ten onrechte - allemaal ten laste van de aanbieder te komen.</p>		<p>Voor toelichting en onderbouwing zie ook de vraag in kolom B. Bij onvoldoende helderheid of behoefte aan extra kennis helpen wij jullie graag verder.</p>	<p>Zie het antwoord op vraag 103.</p>
147	8. Opbouw trajecten	<p>Funciemix bij Behandeling met Verblijf Zwaar is niet in lijn met XXX. Kan dit worden aangepast?</p>	<p>MBO: 35%. HBO 55%. WO: 10%</p>	<p>Praktijk bij XXX is anders dan hier vermeld qua functiemix. Namelijk 35% MBO, 55% HBO en 10% WO. De doelgroep kan ook niet goed bediend worden met lichter personeel.</p>	<p>Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de ingezette functiemix.</p>
148	8. Opbouw trajecten	<p>Funciemix bij Zelfstandig wonen training niet in lijn met de praktijk. Voor ambulante wordt geen MBO ingezet. Maar HBO, kan dit aangepast worden?</p>	<p>MBO: 0%. HBO: 95%. WO: 5%</p>	<p>Het betreft ambulante begeleiding op eigen locatie van de cliënt. Hier worden geen MBO'ers ingezet. Funciemix bestaat uit enkel HBO en WO opgeleiden.</p>	<p>We nemen dit gedeeltelijk over: MBO4 o.l.v. HBO zou deels ingezet kunnen worden, omdat de begeleiding voor kortere duur en op ontwikkeling is gericht, vergelijkbaar met de begeleiding in ambulante perspectief 1. MBO:15% HBO 80% WO 5%</p>
149	8. Opbouw trajecten	<p>Van hoeveel uur inzet van begeleiding/ behandeling wordt uitgegaan op de verblijfsgroepen? Voor de kleinschalige woongroep is een aantal uren opgenomen, voor de verblijfsgroepen niet, waarom is dat?</p>	<p>minimaal 224u per week</p>	<p>Voor een behandelgroep zwaar zetten we minstens 224 uur per week in om het rooster dicht te krijgen, inclusief de slaapdienst. Hierin uiteraard op beperkte tijden dubbelstand, en een korte overdracht. 1 vroege dienst van 8u, 1 late dienst van 8u en 1 nachtdienst die voorafgaand aan de nacht een dienst draait en in de ochtend nog een halve: in totaal 16u. Dus 32u per etmaal bezetting. Overdag zijn er immers ook jongeren op de groep die niet naar school gaan.</p>	<p>Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met de personele inzet op een verblijfsgroep.</p>
150	8. Opbouw trajecten	<p>Gezinshuizen: inzet GW bij cliënt is te laag bepaald, waar is de bepaalde inzet op gebaseerd?</p>	<p>10min/week > 30min/week</p>	<p>30 min GW inzet per kind per week is gebaseerd op huidige realisatie en behoefte vanuit cliënt</p>	<p>De inzet van de gedragswetenschapper is gebaseerd op de huidige realiteit bij verschillende gezinshuisorganisaties, zoals opgehaald tijdens de marktconsultaties.</p>
151	8. Opbouw trajecten	<p>Gezinshuizen: inzet jeugdzorgwerker bij gezinshuisher is te laag bepaald, waar is de bepaalde inzet op gebaseerd?</p>	<p>1,5u/week > 2,5u/week</p>	<p>2,5u inzet jeugdzorgwerker per kind per week gebaseerd op huidige realisatie en behoefte vanuit gezinshuisher</p>	<p>De inzet van de jeugdzorgwerker is gebaseerd op de huidige realiteit bij verschillende gezinshuisorganisaties, zoals opgehaald tijdens de marktconsultaties.</p>

152	8. Opbouw trajecten	Kleinschalig wonen: waar is het totaal van 103u (excl slaapdienst) op gebaseerd?	185u incl slaapdienst of 157u excl slaapdienst	Uitgaande van een slaapdienst van 4u (waarbij 8u wordt gedraaid en 4u vergoed volgens CAO) is voor een dergelijke groep minimaal 185u per week nodig om het rooster dicht te krijgen. $103 + (7 \times 3) = 124$ is niet realistisch. Deze uren zijn overigens enkel om in de bezetting op de groep te voorzien. Eventuele ambulante begeleiding/ behandeling buiten de groep zijn daar niet in meegenomen.	Zie het antwoord op vraag 103.
153	8. Opbouw trajecten	Ambulant duurzaam: XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulant, mogelijk andere aanbieders wel?	100% HBO	XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulante trajecten.	De verhouding van 50/50 past bij de verhouding die we nu zien bij het gebruik van de producten begeleiding licht/midden/zwaar en bijbehorende eisen.
154	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1: XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulant, is er aanpassing mogelijk van de functiemix van perspectief 1, naast een extra variant die qua functiemix zit tussen perspectief 1 en 2 zoals nu omschreven?	perspectief 1: HBO: 90% WO: 10%	XXX zet geen MBO opgeleiden in bij ambulante trajecten. Daarnaast altijd sprake van een WO opgeleide eindverantwoordelijke, denk hierbij aan jongerenbegeleiding en pleegzorg jeugdhulp. Op basis van de functiemix zoals nu voorgesteld past dit niet binnen perspectief 1 of 2.	De verhouding van 50/50 past bij de verhouding die we nu zien bij het huidige gebruik van de huidige producten begeleiding licht/midden/zwaar en bijbehorende eisen.
155	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1 en 2: is het mogelijk een variant toe te voegen die recht doet aan de HBO+ inzet op ambulante trajecten? Net zoals de HBO+ inzet bij de GGZ-trajecten ook terugkomt.	Extra variant: HBO +: 85/90% en WO: 10/15%	De functiemix van inzet bij vechtscheidingen (BOR, ouderschapsreorganisatie, Kinderen uit de Knel), IAG zit voor 85/90 HBO+ en 10/15% WO. Dat past niet in perspectief 1 en niet in perspectief 2.	HBO+ is toegevoegd aan de functiemixen.
156	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 2: functiemix niet in lijn met XXX	WO: 90% WO+: 10%	In geval van traumatherapie, EMDR, enz altijd inzet van WO en WO+ opgeleiden.	De functiemixen zullen niet voor elke behandeling of therapievorm passend zijn. Hier zijn de producten ook niet voor bedoeld. We kopen geen therapievorm in, maar een oplossing voor een hulpvraag. Een aanbieder is vervolgens vrij om te doen wat nodig is om de doelen te behalen. Een therapievorm kan hier een onderdeel van zijn, maar kan ook uit andere elementen bestaan.
157	8. Opbouw trajecten	Ambulant perspectief 1 en 2: Er zijn producten die in geen enkel traject passen qua functiemix danwel qua uren. Hoe wordt hier mee omgegaan?	ofwel varianten toevoegen met meer uren, ofwel hier maatwerkafspraken over maken	Zie eerdere opmerkingen over de functiemix bij ambulant. Als de trajecten qua functiemix aangepast zouden worden, dan nog zijn er trajecten waar we qua uren niet mee uit komen. Een begeleide omgangsregeling heeft vaak een looptijd van circa 9 maanden en daarbinnen zo'n 85u inzet. Ouderschapsreorganisatie van circa 9 maanden een omvang van circa 80u inzet. Beide zitten qua functiemix op HBO+ (85-90%) en WO (10-15%)	Zie het antwoord op vraag 103.
158	8. Opbouw trajecten	Segment 4: aandeel groepsbehandelingen is te hoog. Waar is dit op gebaseerd?	Individueel: 97%. Groep: 3%	XXX kent een beperkt aantal groepsbehandelingen die een zeer klein aandeel in het geheel hebben.	We willen een beweging creëren, waarbij aanbieders gestimuleerd worden creatiever om te gaan met hun tijdsinvestering; bijv. door aanbod in groepsverband, door gebruik te maken van e-health, enz.

159	8. Opbouw trajecten	Ambulant bij verblijf: hoe wordt bepaald welk 'pakket' aan zorg nodig is? Naast de begeleiding/ behandeling om het rooster van de groep te kunnen draaien en individuele inzet op de groep te kunnen bieden, is aanvullend ambulante behandeling nodig ivm de transfer naar thuis. Waar is deze opgenomen/ hoe wordt deze bepaald?	afhankelijk van de keuze: opnemen in een traject of apart toekennen	De ambulante behandeling die wordt ingezet in de thuissituatie, als het kind is opgenomen, zit niet in de opbouw van de kosten voor verblijf. Althans, wij zien het niet. Deze inzet wordt wel gepleegd, omdat het 'probleem' meestal niet alleen bij het opgenomen kind zit, maar ook bij de ouders/ broers/ zussen. Gemiddelde inzet is 100u per jaar, ambulante behandeling naast de behandeling op de groep.	Zie antwoord vraag 121: Het aanbod voor segment 1 zal zodanig worden uitgevraagd, dat er ook ruimte is om rekening te houden met functiemix en benodigde tijd voor de ambulante behandeling van het gezinssysteem.
160	8. Opbouw trajecten	Gezinshuizen: waar is de opmerking op gebaseerd dat gezinshuisouders 24/7. 365 dagen per jaar beschikbaar moeten zijn voor 4 gezinshuiskinderen?	Rekening houden met CAO	Conform de CAO hebben gezinshuisouders ook recht op verlof waarbij de kinderen niet aanwezig zijn. Zij gaan dan ofwel naar huis als dat mogelijk is, ofwel naar een ander gezinshuis of naar een (partieel) pleeggezin.	Zie het antwoord op vraag 103.
161	8. Opbouw trajecten	Pleegzorg partieel: waarom staat in het overzicht dat pleegouders fulltime zijn? wat wordt hier mee bedoeld?	partieel	als een indicatie wordt afgegeven voor 1 dag per week, dan zijn pleegouders niet fulltime inzetbaar/ beschikbaar maar zoveel als is geïndiceerd.	Zie het antwoord op vraag 77.
162	8. Opbouw trajecten	Er komt ook een maatwerkvariant in de ambulante hulp. Wordt dat ook een maatwerkprijs? Hoe wordt deze meegenomen in de kostprijs?	Maatwerkvariant meenemen	De hulp van XXX valt mogelijk onder de maatwerkvariant.	Zie het antwoord op vraag 103.