

## Inleiding

Met deze Nota van Antwoorden ontvangt u antwoorden op de vragen die de gemeenten uiterlijk 27 februari 2022 hebben ontvangen in het kader van het tarievenonderzoek inkoop Wmo-Jeugd 2023. Er zijn veel vragen ingediend door veel aanbieders, waarvoor wij jullie zeer dankbaar zijn. Het betroffen vragen over de tariefopbouw, de inhoud van de productbeschrijvingen en over het proces. Deze vragen hebben ons geholpen bij de aanscherping en verduidelijking van de productbeschrijvingen en tevens bij de toetsing en aanscherping van de tariefopbouw van de verschillende producten. Op al deze vragen hebben de gemeenten in deze Nota van Antwoorden zo goed mogelijk antwoord te gegeven. Voor enkele vragen wordt nog nader uitzoekwerk verricht en volgt het antwoord zo snel mogelijk.

Voor de helderheid vindt u hieronder nog een keer een nadere toelichting op het proces van het tariefonderzoek en het proces van de voorbereiding en uitvoering van de aanbesteding.

## Het tariefonderzoek

Activiteit	Wanneer
Gemeenten werken conceptversie van productboeken uit	december - januari
Transitiepartners maakt eerste berekeningen op basis van de productbeschrijvingen van de gemeenten.	december - januari
<b>Toets 1</b>	
Publicatie concept productbeschrijvingen	begin februari
Bijeenkomst toelichting tariefopbouw	10 februari 2022
Deadline indienen vragen nav productbeschrijvingen of presentatie	27 februari 2022
Publicatie Nota van Antwoorden en concepttarieven	10 maart 2022
<b>Toets 2</b>	
Bijeenkomst toelichting concepttarieven en wijzigingen nav Nota van Antwoorden	17 maart 2022
Deadline indienen vragen nav eerste Nota van Antwoorden en bijeenkomst 17 maart	24 maart 2022
Publicatie tweede Nota van Antwoorden	5 april 2022
<b>Toets 3</b>	
Indien een aanbieder na de tweede Nota van Antwoorden van mening is dat in de gedeelde tarieven onterecht niet, of te weinig, rekening wordt gehouden met de situatie van de betreffende aanbieder, dan kan de aanbieder dit per mail en kwantitatief en kwalitatief onderbouwd kenbaar maken. Op basis van de beschreven situatie, waarom dit onterecht is en met een aangeleverde onderbouwing, zal er in eerste aanleg per mail worden gereageerd.	Uiterlijk 12 april 2022

## De aanbesteding

Activiteit	Wanneer
De voorbereidende fase	november - medio mei
Gemeenten stellen inkoopdocumenten op: productbeschrijvingen, programma's van eisen, de overeenkomst en de inschrijfleidraad.	
Het tariefonderzoek is onderdeel van de voorbereiding en wordt door het extern en onafhankelijk bureau TransitiePartners uitgevoerd.	
Gedurende de voorbereiding toetsen en overleggen de gemeenten op meerdere momenten met geïnteresseerde aanbieders: Consultatie productbeschrijvingen Consultaties tariefonderzoek Overige inkoopdocumenten	november - december februari - april in beraad (streven is april)
Inschrijffase (voorlopige planning)	mei - juni
Publicatie aanbesteding	17-mei-22
Deadline indienen offerte	1-jul-22
Beoordeling (voorlopige planning)	juli - september
Voorlopige gunning	10-sep-22
Definitieve gunning	1-okt-22
Start overeenkomst	1-jan-23

Vragen of opmerkingen over het proces of de inhoud van de antwoorden kunt u per mail stellen via [inkoopwmojeugd@regiorivierenland.nl](mailto:inkoopwmojeugd@regiorivierenland.nl). Om te zorgen dat uw vraag tijdig beantwoord kan worden kunt u uw vragen het beste stellen binnen de termijn die in bovengenoemde planningen zijn opgenomen.

Segment	Product 2023	Productcode 2023	Tarief instelling*	Eenheid	Tarief niet-instelling*	Eenheid
Jeugd Extramuraal	Begeleiding Individueel, regulier	45A48	€ 70,82	uur	€ 64,42	uur
Jeugd Extramuraal	Begeleiding Regulier Groep	45A49	€ 55,63	dagdeel	€ 50,59	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Begeleiding Individueel, Specialistisch	45A53	€ 91,43	uur	€ 83,08	uur
Jeugd Extramuraal	Begeleiding Specialistisch Groep	45A54	€ 92,65	dagdeel	€ 84,18	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Begeleide omgangsregeling (BOR)	NTB	€ 4.087,76	traject	€ 3.714,50	traject
Jeugd Extramuraal	Omgangsbemiddeling	NTB	€ 4.663,77	traject	€ 4.237,95	traject
Jeugd Extramuraal	Jeugdhulp behandeling regulier individueel	41A03	€ 116,28	uur	€ 105,72	uur
Jeugd Extramuraal	Jeugdhulp behandeling regulier groep	41A15	€ 111,86	dagdeel	€ 102,55	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Jeugdhulp behandeling specialistisch individueel	41A04	€ 138,75	uur	€ 126,11	uur
Jeugd Extramuraal	Jeugdhulp behandeling specialistisch groep	41A16	€ 128,70	dagdeel	€ 116,92	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Behandeling GGZ generalistisch	54001	€ 105,88	uur	€ 95,94	uur
Jeugd Extramuraal	Behandeling GGZ specialistisch	54002	€ 121,81	uur	€ 110,38	uur
Jeugd Extramuraal	Behandeling GGZ start zorg	54052	€ 135,40	uur	€ 122,70	uur
Jeugd Extramuraal	Behandeling GGZ nazorg	54053	€ 123,94	uur	€ 112,31	uur
Jeugd Extramuraal	Dyslexie diagnose	NTB	€ 101,15	uur	€ 91,66	uur
Jeugd Extramuraal	Dyslexie behandeling	NTB	€ 98,75	uur	€ 89,48	uur
Jeugd Extramuraal	Academische functie	NTB	€ 135,91	uur	€ 123,17	uur
Jeugd Extramuraal	Vaktherapie	NTB	€ 100,59	uur	€ 91,15	uur
Jeugd Extramuraal	MST	54060	€ 20.422,88	traject	€ 18.507,72	traject
Jeugd Extramuraal	MDFT	54061	€ 11.548,17	traject	€ 10.465,11	traject
Jeugd Extramuraal	FFT	54062	€ 9.471,52	traject	€ 8.583,19	traject
Jeugd Extramuraal	ADHD zorg intake & diagnostiek	NTB	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	ADHD zorg behandeling	NTB	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	Onderzoek polikliniek of dagbehandeling bij psychische of gedragsproblemen	53A01	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	Extra consult/controle polikliniek bij een psychische of gedragsproblemen door kinderarts	53A02	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	Extra consult/controle polikliniek bij een psychische of gedragsaandoening door verpleegkundig specialist	53A03	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	Logeren regulier etmaal	44A09	€ 202,16	etmaal	€ 184,52	etmaal
Jeugd Extramuraal	Logeren regulier dagdeel	44A32	€ 33,69	dagdeel	€ 30,75	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Logeren intensief etmaal	44A45	€ 278,64	etmaal	€ 254,10	etmaal
Jeugd Extramuraal	Logeren intensief dagdeel	44A34	€ 46,44	dagdeel	€ 42,35	dagdeel
Jeugd Extramuraal	Consultatie en Advies	NTB	€ 129,18	uur	€ 117,26	uur
Jeugd Extramuraal	KDV+	NTB	€ 20,06	uur	€ 17,53	uur
Jeugd Extramuraal	BSO+	NTB	€ 18,16	uur	€ 15,81	uur
Jeugd Extramuraal	Vervoer basis	43A03	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Extramuraal	Vervoer in rolstoel	43A04	Volgt zodra bekend	traject	Volgt zodra bekend	traject
Jeugd Intramuraal	Gezinshuis regulier	44A08	€ 128,03	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Gezinshuis specialistisch	44A30	€ 175,28	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf GGZ setting F	54014	€ 417,06	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf GGZ setting G	54015	€ 594,01	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf terrein groep midden	NTB	€ 307,04	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf terrein groep zwaar	NTB	€ 394,72	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf met begeleiding licht	43A35	€ 213,86	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf met begeleiding midden	43A36	€ 275,23	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Verblijf met begeleiding zwaar	43A38	€ 307,75	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Pleegzorg	44A07	€ 42,99	etmaal	nvt	nvt
Jeugd Intramuraal	Moeder-kindhuis	44B01	€ 248,43	etmaal	nvt	nvt
Wmo	Begeleiding Individueel, regulier	NTB	€ 58,95	uur	nvt	nvt
Wmo	Begeleiding Individueel, Specialistisch	NTB	€ 78,87	uur	nvt	nvt
Wmo	Dagbesteding Groep	NTB	€ 37,70	dagdeel	nvt	nvt
Wmo	Dagbesteding Groep Extra	NTB	€ 55,59	dagdeel	nvt	nvt
Wmo	Logeeropvang volwassenen	NTB	€ 99,97	etmaal	nvt	nvt
Wmo	Vervoer	08A03	Volgt zodra bekend	traject	nvt	nvt
Wmo	Vervoer met rolstoel	08A04	Volgt zodra bekend	traject	nvt	nvt

\* Tarieven zijn op prijspeil 2022. Dit wil zeggen o.b.v. meest recente CAO's (2021) en indexatie 2022

Vraagnummer	Vraag	Antwoord
1	Het is mooi als er gebruik wordt gemaakt van ervaringsdeskundigheid binnen de ingezette zorg. In de norm van verantwoorde werktoedeling wordt hier niet expliciet over gesproken. De ervaringsdeskundige kan naast de betrokken professional ingezet worden.	Op dit moment gebruikt de regio versie 3. Mocht dit wijzigen, dan laten de gemeenten dit zo spoedig mogelijk weten.
2	Bij GGZ nazorg FWG 65 productiviteit 1301 uur en bij GGZ specialistisch voor FWG 65 productiviteit 1210...vanwaar dat verschil?	Voor GGZ specialistisch geldt dat de FWG 65 voornamelijk ondersteunend en consulterend betrokken is bij de zorgverlening en dus minder cliëntgebonden tijd betrokken is bij de zorg. Voor GGZ nazorg geldt dat de FWG 65 juist meer betrokken is bij de directe behandeling van de jeugdige en dus meer cliëntgebonden tijd betrokken is.
3	Nemen jullie in de gesprekken over no-show ook mee dat je ziet dat binnen bepaalde doelgroepen en bepaalde producten, no-show juist regelmatig voorkomt; juist onderdeel van het probleem; bv achter de voordeur komen etc, dus dat niet betaald krijgen is niet reeel.	Dank voor uw toelichting. De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.
4	Valt JZ+ wederom buiten deze aanbesteding?	Ja dat klopt, de JZ+ valt hier buiten.
5	Bewaking speelt ook een rol bij 3 milieu/terrein	Dit klopt en staat ook beschreven in de productomschrijvingen. Daarnaast is dit in de tariefopbouw meegenomen in de huisvesting en hotelmatige kosten.
6	Groepsgrootte alleen zegt toch niets als je niet spreekt over aantal fte?	De FTE is geen onderdeel van de productomschrijving, de groepsgrootte wel. Op basis van de gepresenteerde aandelen per functie tijdens de presentatie op 10-2 kunt u zien hoe het aantal FTE's zich tot elkaar verhouden.
7	Komt er ook een tarief voor kleinschaligegroepen? Immers, daar wordt steeds meer om gevraagd. En denk ook aan SPUK middelen 3 milieu; alleen ombouwen vastgoed naar kleinschalig is niet handig als er vervolgens geen aangepast product en tarief volgt!	Momenteel wordt hiervoor op (bovenregionaal) niveau visie ontwikkeld. Het is nu nog te vroeg om daar op productniveau op te anticiperen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst zullen de gemeenten met de aanbieders in gesprek gaan over hoe ze de uitkomsten/ visie kunnen implementeren.
8	Ik lees in de productbeschrijving bij terrein zwaar dat er een wakende wacht verwacht wordt, is dit wel voldoende meegenomen in ORT kosten?	Voor de ORT volgen de gemeenten de percentages zoals opgenomen in de CAO's.
9	Als ik het goed heb begrepen, kunnen we zowel op de productbeschrijvingen als de tariefopbouw die vandaag gepresenteerd wordt, tot de 20e reageren. Echter, tarieven worden vandaag niet gedeeld, toch? Ik neem aan dat op het moment dat deze wel worden gedeeld, deze voorlopig zijn en we wederom de gelegenheid krijgen te reageren. Klopt dat?	Er komt nog een tweede ronde waarin u ook reacties kunt sturen en vragen kunt stellen waarbij de voorlopige tarieven gepubliceerd zijn. Echter dienen de reacties en vragen ook hierbij inhoudelijk onderbouwd te zijn.
10	Waarom gaan jullie bij terrein zwaar uit van CAO GHZ en bij terrein midden van CAO Jeugdzorg?	Hiervoor is gekozen in verband met het verschil in doelgroep en de zorgbehoefte van de jeugdigen. Daarnaast ook door de eisen die worden gesteld aan de betrokken medewerkers bij de hulpverlening.
11	Klopt het dat dagbesteding geen onderdeel uitmaakt van het tarief?	Dat is juist.
12	Ik ben heel erg blij met jullie gedegen werkwijze en het aansluiten bij de NKD in de keuzes die gemaakt worden. Één klein puntje om nog even na te kijken rondom de dyslexiezorg is het volgende: volgens mij is de logopedist met specialisatie dyslexie ingeschaald in FWG 55 (genoemd werd 50). Het gaat maar om een enkele behandelaar, de meesten zijn orthopedagoog/psycholoog, maar toch goed om even te noemen.	Voor de tariefsopbouw en functiemix dyslexie heeft het onderzoeksbureau de richtlijnen gevolgd van het NKD (Handreiking Tariefonderbouwing Dyslexiezorg). Hierin wordt uitgegaan van FWG 50.
13	1. Is de regio van plan om vernieuwende innovatieve projecten op te starten? Hoe wordt dit dan ingeregeld in de financiering? Komt er een transformatieopgave zoals in Noordoost Brabant of wordt er gewerkt met pilots?	Er is een pilotspoor dat de gemeenten benutten om tot innovatieve pilots te komen. Zodra de pilots concreet zijn uitgewerkt zal ook bekeken worden hoe de financiering wordt ingericht en hoe deze pilots in het inkooptraject worden meegenomen.
14	2. Wat is de visie van de regio op gesloten jeugdzorg? Hoe wordt hier in de toekomst mee omgegaan? Zijn Kleinschalig alternatief voor residentieel (KAR) producten een oplossing/aanvulling voor dit segment	Momenteel wordt hiervoor op (bovenregionaal) niveau visie ontwikkeld. Het is nu nog te vroeg om daar op productniveau op te anticiperen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst zullen de gemeenten met de aanbieders in gesprek gaan over hoe ze de uitkomsten/ visie kunnen implementeren.
15	3. Moet KAR een eigen product krijgen of valt dit onder Verblijf met begeleiding Zwaar/Verblijf op terrein?	Momenteel wordt hiervoor op (bovenregionaal) niveau visie ontwikkeld. Het is nu nog te vroeg om daar op productniveau op te anticiperen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst zullen de gemeenten met de aanbieders in gesprek gaan over hoe ze de uitkomsten/ visie kunnen implementeren.
16	4. Waarom worden er twee zorgzwaartes gehanteerd voor gezinshuiszorg, waarom is er geen onderverdeling naar licht/midden/zwaar?	Dat is conform de huidige aanbesteding/ productindeling. De gemeenten hebben geen noodzaak gezien of signalen gehoord die reden geven tot verdere onderverdeling.
17	5. Wordt hierbij ook gekeken naar tariefberekeningen voor gezinshuiszorg in de aanpalende regio's Centraal Gelderland en Rijk van Nijmegen.	De gemeenten hebben 2 verschillende producten Gezinshuiszorg opgenomen die voldoen aan landelijke benchmarks en parameters. Met de huidige functiemix is de opbouw van de tarieven grotendeels in lijn met de "Handreiking tariefstelling gezinshuiszorg" van de VNG. Echter, in plaats van de schaal 8 hanteren de gemeenten zelfs schaal 9 voor de gezinshuisouder. Er heeft verder wel een benchmark plaatsgevonden met diverse andere regio's. Echter dient deze benchmark niet als onderbouwing en totstandkoming van de tarieven.

18	6. Waarom hanteert de regio/TransitiePartners enkel de cao jeugdzorg voor gezinshuizen? Is men bewust dat er ook gezinshuizen zijn die onder een andere CAO vallen of helemaal niet onder een CAO vallen, zoals Franchise-ondernemers? Hoe wordt dit meegenomen in de kostprijsberekening?	Het tarief is doorgevoerd gebaseerd op J&O omdat deze doorgaans vaker voor dit product wordt ingezet. Hiermee sluiten de gemeenten gebruik door organisaties in andere CAO's niet uit, maar ligt het meer voor de hand om een andere CAO als basis te gebruiken.
19	7. Waarom is de groepsomvang die gehanteerd wordt voor gezinshuizen in beide zwaartes 5 incl. eigen kinderen? Waar komt dit aantal vandaan/wat is de onderbouwing? Kan van deze norm afgeweken worden? Wil de regio aansluiting zoeken bij de richtlijnen van afwijken, "pas toe en leg uit", uit de landelijke kwaliteitscriteria gezinshuizen zodat er maatwerk mogelijk blijft?	De aangepaste groepsomvang van 4-6 is gebaseerd op een benchmark van omliggende regio's. De gemeenten werken met een eenduidig uitgangspunt en niet op basis van maatwerk. Hierbij volgen de gemeenten de landelijke kwaliteitscriteria gezinshuizen (2021).
20	8. Nu is nog niet duidelijk hoeveel aanbieders gegund gaan worden. Wanneer een klein aantal aanbieders gegund gaan worden, en dus meer samenwerking moet plaatsvinden, hoe wordt er omgegaan met de extra overhead die ontstaat? Komt hier een vergoeding voor/wordt dit opgenomen in het kostprijsmodel?	Nee, er worden geen extra kosten ten aanzien van overhead meegenomen in de opbouw van het tarief. De extra kosten zijn verwaarloosbaar en hebben te maken met de bedrijfsvoering van een organisatie.
21	9. Wordt het onderzoek van TransitiePartners en de gehanteerde rekentool gedeeld?	De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product is gedurende de presentatie gedeeld en kunt u ook terugvinden op de website. Later zal er op de website ook nog een factsheet van toelichting en uitgangspunten worden gedeeld. Echter willen de gemeenten en de onderzoekers nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn.
22	10. Waarom worden de regio's Food Valley, Zuid-Holland Zuid en Noord-Limburg gezien als benchmark? Hoe wordt omgegaan met deze benchmark wanneer de kostprijsonderzoek van TransitiePartners sterk afwijkende tarieven laat zien? M.a.w. in hoeverre beïnvloeden de benchmark regio's de tarieven?	Er heeft inderdaad een benchmark plaatsgevonden met diverse andere regio's waaronder de door u genoemde regio's. Het doel hiervan was om de producten op basis van uitgangspunten en productomschrijvingen te toetsen met de huidige opgestelde productomschrijvingen. Echter dient deze benchmark niet als onderbouwing en totstandkoming van de tarieven.
23	11. Wordt de Handreiking voor vaststelling tarief gezinshuizen toegepast op de gezinshuisproducten? Als er wordt afgeweken, waarom?	De gemeenten hebben 2 verschillende producten Gezinshuizen opgenomen die voldoen aan landelijke benchmarks en parameters. Met de huidige functiemix is de opbouw van de tarieven grotendeels in lijn met de "Handreiking tariefstelling gezinshuizen" van de VNG. Echter, in plaats van de schaal 8 hanteren de gemeenten zelfs schaal 9 voor de gezinshuisouder.
24	12. Extra begeleiding kan nu niet gestapeld worden bovenop gezinshuizen. Is dit wel mogelijk wanneer een mogelijke casus hierom vraagt?	Wanneer begeleiding door gezinshuisouders onvoldoende is en er structureel extra ondersteuning/begeleiding nodig is, valt dit onder Gezinshuis Specialistisch. De extra begeleiding valt binnen het product. Stapeling is hier dus niet van toepassing.
25	13. Bij behandeling wordt gesproken over het 4 ogen principe, hoe wordt de extra inzet hiervoor meegenomen in de kostprijsberekening?	Dit wordt meegenomen in de tariefopbouw door twee verschillende gedragswetenschappers mee te nemen vanwege het 4-ogen principe. De tweede gedragswetenschapper, beschikbaar voor consultatie en multidisciplinair overleg, vertaald zich terug in de Jeugdzorg schaal 12 en GHZ FWG 75.
26	14. Voor gezinshuis regulier wordt 1352 uur productieve inzet berekend voor een HBO geschoolde gezinshuisouder. Dit komt neer op 26 uur per week. Dit te weinig inzet voor een gezinshuis met 5 cliënten. Idem voor gezinshuis specialistisch. Is deze inzet per cliënt of per 5 cliënten?	De gemeenten hebben 2 verschillende producten Gezinshuizen opgenomen die voldoen aan landelijke benchmarks en parameters. Met de huidige functiemix is de opbouw van de tarieven grotendeels in lijn met de "Handreiking tariefstelling gezinshuizen" van de VNG. Echter, in plaats van de schaal 8 hanteren de gemeenten zelfs schaal 9 voor de gezinshuisouder.
27	15. De percentages benoemd in de tabellen van de presentatie tariefbijeenkomst van TransitiePartners, zijn de percentages van het tarief die toebedeeld kunnen worden aan elk niveau/schaal per medewerker, maar hoeveel FTE wordt ingezet voor de gezinshuis en verblijf met begeleiding producten?	Voor gezinshuis regulier wordt uitgegaan van 1,04 FTE. Voor gezinshuis specialistisch is dit 1,54 FTE.
28	16. Waar is 7% huisvesting en hotelmatige kosten op gebaseerd?	Voor Verblijf met begeleiding licht, Verblijf met begeleiding midden en Verblijf met begeleiding zwaar wordt respectievelijk uitgegaan van 3,2 FTE, 4,6 FTE en 5,1 FTE.
29	Is naar omliggende regio's gekeken naar kostprijscomponenten en parameters? Ter illustratie: Centraal Gelderland zit met 3% risico-opslag forst hoger dan de hier gepresenteerde 2%..	Dit komt enerzijds tot stand door de eisen in ruimte die voor deze producten benodigd is in combinatie met de gemiddelde groepsomvang en de eisen die gesteld worden aan de locatie. En anderzijds is het gebaseerd op vastgoedprijzen voor vastgoed van deze omvang.
29		Er heeft inderdaad een benchmark plaatsgevonden met diverse andere regio's. Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.
30	Worden de achterliggende berekeningen (zoals nu bij ziekteverzuim wordt gegeven) met de partijen gedeeld ?	De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product is gedurende de presentatie gedeeld en kunt u ook terugvinden op de website. Later zal er op de website ook nog een factsheet van toelichting en uitgangspunten worden gedeeld. Echter willen de gemeenten en de onderzoekers nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn.

31	<p>Functieboek CAO JZ geeft schaal 13 voor leidinggevende. Waar komt deze 13 vandaan en wat wordt verwacht dat deze functie in het behandelproces uitvoert?</p>	<p>Ervan uitgaande dat u hier doelt op het product Jeugdhulp behandeling specialistisch groep. De schaal 13 is de tweede gedragswetenschapper in de vorm van een GZ-psycholoog die betrokken is voor consultatie en multidisciplinair overleg. Hier wordt periodiek casusgericht overleg mee gevoerd. Hiermee wordt voldaan aan het vier-ogen-principe (multidisciplinaire blik).</p>
32	<p>Bij productdefinitie wordt genoemd dat de kosten van medicatie voor rekening van de gemeente komen. Dit is m.i. niet juist. Dit zou Zvw moeten zijn zoals in de huidige definities staat. Klopt dit?</p>	<p>Het klopt wat hier gezegd wordt. Medicatie valt niet onder de jeugdwet, wel onder ZVW. Medicatieconsulten komen wel voor rekening van de Jeugdwet. Dus: de tijd van de professional wel, het medicijn niet.</p>
33	<p>Uit de handreiking GZH uit 2021 (VNG): Een gezinshuisouder in loondienst wordt in de regel ingeschaald in FWG45 / schaal 8 met een onregelmatigheidstoeslag van 14%. Het totale bruto inkomen van een gezinshuisouder bedraagt daarmee op jaarbasis ongeveer € 72.000 euro per fulltime gezinshuisouder. Per dag is dat € 200 per gezinshuisouder. Bij twee gezinshuisouders dus € 144.000 en € 400 per dag</p>	<p>De gemeenten hebben 2 verschillende producten Gezinshuiszorg opgenomen die voldoen aan landelijke benchmarks en parameters. Met de huidige functiemix is de opbouw van de tarieven grotendeels in lijn met de "Handreiking tariefstelling gezinshuiszorg" van de VNG. Echter, in plaats van de schaal 8 hanteren de gemeenten zelfs schaal 9 voor de gezinshuisouder.</p>
34	<p>Gaat de gemeente dan een deel van de kosten van huisarts voor zijn rekening nemen? Waarom deze apart opnemen en niet in de GGZ opnemen? Welke motivatie ligt hieronder?</p>	<p>Dat klopt. De huisartsenpraktijk wordt voor deze specifieke doelgroep (ongecompileerde AD(H)D) een jeugdhulpaanbieder. Daarmee is verwijzing naar de JGGZ niet nodig voor deze doelgroep en is er sprake van afschaling. Gezien de uitgangspunten (inkoopstrategie) van de gemeenten en de wachtlijsten+kosten in de JGGZ is dat een gewenste ontwikkeling.</p>
35	<p>Worden de onderleggers bij de gepresenteerde tabellen ook gedeeld met ons; zijn deze ergens te downloaden? Dat maakt dat een betere inschatting gemaakt kan worden van de volledigheid van de opgezette modellen?</p>	<p>De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product is gedurende de presentatie gedeeld en kunt u ook terugvinden op de website. Later zal er op de website ook nog een factsheet van toelichting en uitgangspunten worden gedeeld. Echter willen de gemeenten en de onderzoekers nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn.</p>
36	<p>Zoals WSCG noemt: "Los hiervan denken wij dat het beter is om tevens pleegzorg deeltijd te implementeren door een vast aantal etmalen te hanteren. Meer regio's hanteren 104 etmalen per jaar." Graag hier over het gesprek met betreffende pleegzorg ondersteunende zorgaanbieders</p>	<p>De gemeenten zijn van mening dat het minimum van 104 etmalen hier niet van toepassing is. In het eerste jaar kan bij (deeltijd)pleegzorg extra uren ingezet worden voor begeleiding (stapeling) waarmee de hogere opstartkosten kunnen worden gedekt. Alleen aanwezigheid wordt dus vergoed (m.u.v. het beschreven verlof)</p>

	<p>In de marktconsultatie van 30-11-2021 is aangegeven dat er een 'onafhankelijk tarievenonderzoek' zal worden uitgevoerd. Op een van de sheets stonden de volgende opmerkingen:</p> <p>-Een onafhankelijke bureau start naar verwachting rond 17 december 2021 met tarievenonderzoek" staat op een van de sheets uit de presentatie.</p> <p>-Het onderzoeksbureau gaat aanbieders benaderen voor het kostprijsonderzoek. We gaan ervan uit dat iedereen hieraan meewerkt om zo te zorgen voor tijdig inzicht in de te hanteren tarieven. Voor zowel aanbieders als gemeenten is dit inzicht belangrijk in het kader van het inkoopproces. (<a href="https://www.rivierenlandkanmeer.nl/nl-NL/inkoop-wmojeugd-2023/marktconsultaties">https://www.rivierenlandkanmeer.nl/nl-NL/inkoop-wmojeugd-2023/marktconsultaties</a>)</p> <p>Tot op heden is daar geen nadere informatie over ontvangen; ook in de bijeenkomst van 10-2-2022 is hier geen informatie over verschaft.</p> <p>Wij zijn tot op heden niet benaderd door enig onderzoeksbureau; wij weten niet of andere collega-aanbieders inmiddels wel zijn bevroegd.</p> <p>Onze ervaring is dat een dergelijk traject, ná een uitvraag, enkele maanden duurt om een goede analyse met wederzijdse afstemming mogelijk te maken.</p> <p>Gezien het voornemen om in mei de inkoopdocumenten te publiceren en het inkooptraject te starten, wordt de tijd om een dergelijk traject zorgvuldig uit te voeren, uitermate beperkt. Grofweg zijn dat nog 2-3 maanden. Als partners in het sociaal domein vraagt dit om duidelijke en spoedige informatie.</p> <p>Om helderheid te krijgen over de status van dit voornemen, zouden wij graag antwoord krijgen op de volgende vragen:</p> <p>-Wordt dit nog uitgevoerd? -Zo ja, wat is de opzet van het onderzoek?</p>	<p>De gemeenten hebben 30 november aangekondigd dat er een tariefsonderzoek gestart zou worden om aanbieders te attenderen op een mogelijke uitvraag. Het bureau dat de opdracht uiteindelijk gegund heeft gekregen (TransitiePartners) organiseert de betrokkenheid en dialoog van aanbieders niet door het onderzoek te starten met een uitvraag, maar door te starten met een presentatie waar aanbieders op kunnen reageren en vandaar uit te kijken waar de behoefte en noodzaak ligt voor nodige verdieping.</p> <p>Het onafhankelijke bureau waarop wordt bedoeld is TransitiePartners. Zij hebben ook de presentatie op 10-2-2022 verzorgd. Met betrekking tot het benaderen van zorgaanbieders wordt bedoeld op de presentatie van 10-2-2022 en de toetsing van zowel de tariefopbouw, zoals gepresenteerd, als de productomschrijvingen. Hierbij hebben de gemeenten alle aanbieders verzocht om inhoudelijk te reageren op beide onderwerpen. Deze input is voor ons en ook TransitiePartners zeer belangrijk en al ook zorgvuldig meegenomen worden in de tariefopbouw en de productomschrijvingen.</p> <p>Daarnaast komt er nog een tweede ronde waarin u ook reacties kunt sturen en vragen kunt stellen waarbij de voorlopige tarieven gepubliceerd zijn. Echter dienen de reacties en vragen ook hierbij inhoudelijk onderbouwd te zijn. Hierover ontvangt u binnenkort meer informatie.</p>
37	<p>Bij de omschrijving van gezinshuis regulier /specialistisch staat een max van 5 kinderen/jeugdigen. Wat te doen als er al 7 geplaatst zijn, en wij open staan voor 1 crisisplaatsing?</p>	<p>Tekst wordt aangepast in: "Maximaal 4 tot 6 geplaatste kinderen en wanneer eigen kinderen in huis wonen is het totaal niet groter dan 8."</p> <p>Er komt een overgangperiode op basis van natuurlijk verloop voor gezinshuizen met meer dan 6 jeugdigen op dit moment. Extra plaatsingen, ook als dit tijdelijke plaatsen zijn (Crisisplaatsen kennen de gemeenten niet), zijn niet mogelijk.</p>
38	<p>Welke cao's worden gehanteerd?</p>	<p>De gehanteerde CAO per product is gedurende de presentatie benoemd en kunt u ook terugvinden op de website. De gemeenten hanteren hierbij de CAO's GHZ, GGZ, Jeugdzorg, Social Work en VVT.</p>
39	<p>Wij zien stijging in BO's. Graag gaan wij in gesprek over eventuele betrokkenheid mbo medewerkers (bij minder complexe BO/casus)</p>	<p>De onderzoekers zien de lichtere vorm van BOR al terug bij verschillende gemeenten, veelal via een subsidierelatie in het voorliggend aanbod.</p>
40	<p>No show heeft u zoals u aangeeft nog in beraad. Wij ervaren helaas met enige regelmaat no shows bij onze cliëntenpopulatie. Het is lastig dit precies aan te geven, maar globaal zien we bij een collega met een volle caseload gemiddeld wel 10% no show afspraken. Dit betreft cliënten die afspraken (op het laatste moment) afzeggen, de deur voor onze medewerker niet open doen of anderszins zorg mijden.</p>	<p>Dank voor uw toelichting. De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.</p>
41		



42	Voor Jeugd en WMO Begeleiding individueel Regulier (extramuraal) hanteert u een loonschaal van GHZ FWG 35 (aandeel 80%). We merken met de huidige tekorten op de arbeidsmarkt dat het lastiger is geworden MBO-4 niveau personeel aan te trekken. De verwachting is niet dat de markt in onze sector aantrekt. Sterker nog, het blijft een uitdaging voldoende en goed gekwalificeerd personeel te vinden (en te behouden). We bieden MBO-4 geschoolde medewerkers voor Begeleiding-regulier dan ook een hogere instapschaal dan FWG 35 aan. We hopen daarmee meer personeel te genereren en te stimuleren om onze sector en (ambulante) dienstverlening te kiezen.	De FWG 35 is een landelijke representatie van de MBO-4 medewerker die gevraagd wordt. Voor Wmo geldt zelfs dat er ook een MBO-3 medewerker ingezet mag worden en dan komt de FWG 35 aan de hoge kant uit. De gemeenten kunnen daarom niet meegaan met uw voorstel.
43	In de tarievenopbouw is een percentage voor tegemoetkoming in de kosten voor opleiding verwerkt (2%). Houdt u daarbij ook rekening met de kosten voor het behalen van SKJ punten en/of (her)registratie van SKJ.	Deze kosten vallen hier onder andere onder, maar ook kosten met betrekking tot certificering.
44	Waar is de groeps grootte logeren regulier van 8 op gebaseerd ?	Er heeft toetsing plaatsgevonden met diverse andere regio's. Landelijk is een groeps grootte van 8 zeer gebruikelijk.
45	Wat is de visie op beschermd thuis waar steeds meer regio's op inzetten t.b.v. afschaling intramuraal?	Zie het Regioplan Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang regio Nijmegen en Rivierenland. Gemeenten in regio Rivierenland hebben een gelijklopend Regioplan vastgesteld. Via de link van de gemeente West Betuwe kunt u dit Regioplan vinden: <a href="https://gemeenteraad.westbetuwe.nl/Raadsinformatie/Bijlage/RV2021-068-Bijlage-1-Regioplan-beschermd-wonen-v2s.pdf">https://gemeenteraad.westbetuwe.nl/Raadsinformatie/Bijlage/RV2021-068-Bijlage-1-Regioplan-beschermd-wonen-v2s.pdf</a> .
46	Alleen consultatie voor jeugd of ook voor WMO? Intramuraal jeugd:	Het product Consultatie en Advies is bedoeld voor Jeugd. Sinds 2019 zijn er in Regio Rivierenland geen plaatsingen meer geweest op een GGZ-E bed. De gemeenten herkennen dit beeld niet.
47	In onze kliniek hebben wij een jeugdafdeling. Hier nemen wij nu met enig regelmaat jeugdigen op met het huidige Verblijf E product. Wat willen jullie doen wanneer een cliënt uit een van de gemeenten in regio Rivierenland zich meldt voor opname? Het klinisch verblijf dat wij bieden past meestal niet binnen de producten F en G (te zwaar) en ook niet binnen verblijf met begeleiding omdat het klinische GGZ verblijf betreft.	Hierover gaan de gemeenten graag met aanbieders in gesprek.
48	Oplossingsrichtingen: Moeten we hier een individuele overeenkomst met separaat afgesproken tarief voor afsluiten? Dat heeft niet onze voorkeur gezien ieders administratieve lasten. Wat ons betreft zou het toevoegen van het Verblijf E-product wenselijk zijn.	
48	Consultatie en advies: Kunnen we met dit product enkel geconsulteerd worden door een verwijzer of ook door andere zorgaanbieders?	Consultatie is bedoeld voor verwijzers. De gemeenten zetten de werkwijze zoals opgenomen in de huidige werkafspraken voort. De productbeschrijving wordt hierop aangepast.
49	Consultatie en advies: Mag niet separaat worden gedeclareerd met inzet van jeugdhulp. Mag het wel voorafgaand aan inzet jeugdhulp? Wij kunnen ons voorstellen dat dit een gevolg na consultatie en advies zou kunnen zijn.	Als de consultatie voorafgaat aan een indicatie dan maakt dit onderdeel uit van de totale declaratie. Nee, er is niet altijd BSN nummer bekend en nodig. Dit gaat via aparte facturatie.
50	Moet de zorgaanbieder het product Consultatie en advies middels 315 aanvragen? Zo ja – wat is de maximale omvang en periode? Wie zijn de mogelijke verwijzers? Zo niet- hoe loopt dan de (aanmeld)route tot aan toekenning 301 aan zorgaanbieder?	Deze vraag zal in het kader van de implementatie verder worden uitgewerkt en beantwoord.
51	Begeleiding individueel specialistisch: -Gezien de krapte op de arbeidsmarkt is de HBO eis bij dit product moeilijk in de praktijk. Is het mogelijk om met een bepaald HBO te werken waardoor het mogelijk is ook MBO4 geschoold personeel in te zetten? Of dat het mogelijk is MBO geschoold personeel in te zetten onder regievoering van een HBO geschoold persoon? -Betekent het moeten kunnen bieden van begeleiding op ongeplande momenten dat er een bereikbaarheid/beschikbaarheid van 24 uur wordt verwacht? Zo niet, hoe moeten we dit dan zien?	Dit is niet mogelijk. De gemeenten houden zich aan de personeelseisen zoals ze nu zijn opgenomen in de beschrijving.
52	Wmo - Begeleiding individueel specialistisch: Betekent het moeten kunnen bieden van begeleiding op ongeplande momenten dat er een bereikbaarheid/beschikbaarheid van 24 uur wordt verwacht? Zo niet, hoe moeten we dit dan zien?	Het uitgangspunt is dat de zorg hoofdzakelijk gedurende kantooruren wordt geboden. Indien dit in incidentele gevallen niet mogelijk is, is rekening gehouden met 0,75% ORT.
53	Medicatiecontrole (GGZ nazorg) wordt juist door psychiater gedaan, hogere FWG	Het aandeel van de psychiater voor dit product is meegenomen door de FWG MSP mee te nemen. Daarbij komt dat herhaalrecepten door de verpleegkundig specialist worden gedaan.



54	<p>Wij bieden binnen de Basis GGZ vaktherapie aan bij kinderen met een (vermoeden van) een DSM-V-diagnose binnen een multidisciplinair team waarbij altijd een orthopedagoog/psycholoog en een regiebehandelaar betrokken zijn. Kunnen wij dat blijven doen op het product Behandeling GGZ Generalistisch? Of moet er dan een product Vaktherapie aangevraagd gaan worden? Indien het laatste, dan heeft dat consequenties voor de indirecte tijd die een vaktherapeut dan niet meer mag schrijven, terwijl er wel veel (noodzakelijk) multidisciplinair overleg is in de setting van de GGZ is. Voorkeur gaat uit om vaktherapie binnen de GGZ te mogen blijven bieden op het product Behandeling GGZ Generalistisch, ook omdat er in de tariefopbouw van het product Behandeling GGZ Generalistisch rekening is gehouden met de inzet van HBO-geschoolden, waar de vaktherapeut onder valt.</p>	<p>Als er vaktherapie wordt aangeboden, dient dat product inderdaad te worden aangevraagd. Dit betekent dan ook dat het voor de vaktherapeut niet mogelijk is indirecte tijd te schrijven. Deze tijd is bij de producten buiten de JGGz in het uurtarief opgenomen.</p>
55	<p>Bijlage 1 bij het product Behandeling GGZ Generalistisch is niet opgenomen. Graag extra aandacht voor de positie van de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP (K&amp;J-er). Nu de Orthopedagoog Generalist in het BIG register is opgenomen en daarmee regiebehandelaar kan zijn, geldt dit niet automatisch voor de K&amp;J-er. Het zou een gemis voor de regio zijn als de K&amp;J-er niet in tabel 1 staat. Enerzijds vanwege de deskundigheid van de K&amp;J-er, maar ook in het licht van de wachtlijsten die er nu eenmaal in de GGZ zijn. De VNG adviseert ook om de K&amp;J-er als regiebehandelaar in te zetten binnen de Jeugd GGZ. Daarnaast zijn er inmiddels zeer vergaande plannen om de GZ-psycholoog en K&amp;J-er samen te voegen in een nieuwe BIG-beroep, die van gz-psycholoog generalist. Belangrijk is wel om dan in de beschrijving op te nemen dat het om een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP gaat met een postmaster registratie bij de SKJ. Dit om te voorkomen met dat basispsychologen met een afstudeerrichting kind- en jeugd als regiebehandelaar aan de slag gaan.</p>	<p>Bedankt voor dit aandachtspunt. Dit zullen de gemeenten meenemen in het programma van eisen en ons daarin aansluiten bij het advies van de VNG.</p>
56	<p>Kijkend naar de dyslexiezorg, daar kan volgens het NKD, waar naar verwezen wordt, de K&amp;J-er wel de regiebehandelaar zijn. In de omschrijving ontbreekt de K&amp;J-er als regiebehandelaar.</p>	<p>Voor de tariefsopbouw en functiemix dyslexie heeft het onderzoeksbureau de richtlijnen gevolgd van het NKD (Handreiking Tariefonderbouwing Dyslexiezorg). Verder zullen de de productspecifieke eisen hier op worden aangepast.</p>
57	<p>Bij het product GGZ Ernstige Dyslexie, Diagnose staat een inzet van 2 tot 3 dagdelen. Met de overgang van EED naar ED zal het vanwege de comorbiditeit die nu wel is toegestaan steeds vaker een onderzoek uit 3 dagdelen bestaan. Het aantal uren staat echter niet in de productomschrijving vermeld. Nu verschilt dat per gemeente tussen de 12 en 15 uur. De 15 uur lijkt met de ED-zorg meer passend te zijn dan de 12 uur.</p>	<p>De overgang van EED naar ED is geen reden de inzet van dagdelen naar 3 te verhogen. Het blijft afhankelijk van benodigde inzet 2 of 3 dagdelen.</p>
58	<p>Bij het product GGZ Ernstige Dyslexie, Behandeling staat ook het aantal uur niet vermeld en is de doorlooptijd van 18 maanden aan de krappe kant, zeker omdat er gelijktijdig een beschikking voor diagnostiek als behandeling wordt afgegeven. Werkzaam zou zijn een beschikking van 60 uur met een doorlooptijd van 2 jaar.</p>	<p>De gemeenten sluiten hier aan bij het landelijke protocol. De gemeenten gaan uit van 45 tot 60 behandelingen. De looptijd staat nu aangegeven op 18 maanden. De gemeenten passen dat aan naar maximaal 20 maanden zoals opgenomen in het protocol.</p>
59	<p>Bij begeleiding specialistisch worden bij ons ook regelmatig gedragswetenschappers geconsulteerd. Die zitten in schaal 11. In hoeverre wordt hier rekening mee gehouden?</p>	<p>In de nieuwe productomschrijvingen hebben de gemeenten het verschil tussen begeleiding specialistisch en jeugdhulpbehandeling scherper gedefinieerd. Daarom is er bij begeleiding specialistisch voor gekozen om de WO component weg te halen die bij jeugdhulpbehandeling Regulier wel aanwezig is. Deze vormen van ondersteuning dienen een ander doel en brengen andere type werkzaamheden met zich mee.</p>

60	<p>Betreffende pleegzorg. Wij bieden specifieke begeleiding aan cliënten en ouders met een beperking. Momenteel hebben wij dan ook een specialistisch addendum waarin deze specialisatie erkend wordt. Dit zie ik nog niet terug in de beschrijvingen. Deze doelgroep brengt meer kosten met zich mee onder andere door meer crisisinterventies tijdens de looptijd wat hogere afdrachten heeft voor de pleegouders. Naast deze extra afdrachten is er ook meer inzet van de pleegzorgwerker en bijbehorende gedragswetenschappers. Daarnaast is er ook een extra vergoeding van ruim 3 euro per dag als kinderen een beperking hebben in de breedste zin van het woord. Graag zien we dan ook dat de huidige erkenning van dit specialisme in de regio Rivierenland gehandhaafd blijft door toekenning van een hoger tarief dan de reguliere pleegzorg. Los hiervan denken wij dat het beter is om tevens pleegzorg deeltijd te implementeren door een vast aantal etmalen te hanteren. Meer regio's hanteren 104 etmalen per jaar. Dit wordt ook ondersteund door de VNG en door jeugdzorg Nederland. Verdere uitleg om dit laatste te ondersteunen door een begeleidend schrijven zal ik nog extra mailen op het gestelde mailadres van de regio.</p>	<p>De extra vergoeding van ruim 3 euro per dag als kinderen een beperking hebben is ook al meegenomen in de berekening van het concepttarief. Deze vergoeding zit niet voor 100% verdisconteerd in het tarief, omdat enkel bij specifieke gevallen deze extra toeslag aangevraagd kan worden.</p> <p>De gemeenten zijn van mening dat het minimum van 104 etmalen hier niet van toepassing is. In het eerste jaar kan bij (deeltijd)pleegzorg extra uren ingezet worden voor begeleiding (stapeling) waarmee de hogere opstartkosten kunnen worden gedekt. Alleen aanwezigheid wordt dus vergoed.</p>
61	<p>1.Risicomarge U noemt een risicomarge van 2 %. Alle economen zullen u bevestigen dat een winstmarge van 2 % onvoldoende is. Toezichthouders en Banken zullen dit niet accepteren en een minimale winstmarge van 6 % nodig vinden om de bedrijfsrisico's in deze business goed het hoofd te bieden. Gaarne aanpassen. Indien u dit niet aanpast zal de branche financieel ongezond worden verklaard en geen externe financiering meer aan kunnen trekken.</p>	<p>Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.</p>
62	<p>2.Productiviteit en aantal productieve uren Het door u genoemde aantal productieve uren voor medewerkers in de GGZ is onjuist. Uitgaande van -52 weken fulltime = 1872 uur -Feestdagen = ca 48 uur -Vakantiedagen incl LTB = 200 uur -Ziekte = gem 5 % = 94 uur resteren 1530 werkbare uren per jaar. Een productiviteitsaansname van 71 %, conform uw pagina 8, resulteert dan in 1086 productieve uren. U noemt echter 1301 en 1210 uur voor resp. FK 50, 60 en 65. Dit verschil is te groot om te kunnen accepteren, gaarne aanpassen.</p>	<p>Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).</p> <p>Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.</p>
63	<p>Verder maken wij u nog opmerkzaam op het feit dat de ADHD medicatie-voorziening bij huisartsen bij de afspraken tussen de betrokken partijen nadrukkelijk is beperkt tot enkelvoudige ADHD. Dit is niet doorgelopen in uw productomschrijving. Gaarne toevoegen.</p>	<p>Eens. Wordt aangepast.</p>
64	<p>Blz 10, Product 6. Vervoer "De aanbieder van voorgenoemde producten organiseert ook beide producten vervoer." Mogen we daaruit opmaken dat wanneer wij ons niet willen contracten voor vervoer wij ook niet gecontracteerd zullen worden voor de producten Dagbesteding Groep, Dagbesteding Extra en Logeeropvang Volwassenen?</p>	<p>Dat klopt inderdaad.</p>
65	<p>Blz 11, Product 6. Vervoer Bij het kopje Samenhang met andere producten, missen wij het product Logeeropvang Volwassenen.</p>	<p>Dank dat u de gemeenten wijst op deze omissie. Het wordt toegevoegd aan de productbeschrijving (samenhang met andere producten).</p>
66	<p>Jeugdhulpbehandeling Regulier Groep: Bij de doelgroep staat omschreven dat het gaat om lichte tot matige complexiteit etc. En bij de jeugdige staat dat er sprake is van ernstig probleemgedrag. Hoe zijn die twee met elkaar te rijmen?</p>	<p>Goed aandachtspunt, de gemeenten verwijderen het 'ernstig', dat nu tussen haakjes staat (41A15).</p>
67	<p>Blz 32, Product 27. Logeren Intensief, etmaal Bij doelgroep staat bij eerste bullet dat er eventueel sprake is van kindfactoren en bij de 2e bullet staat dat de jeugdigen een grote ondersteuningsbehoefte hebben. Dit lijkt in tegenspraak met elkaar.</p>	<p>De eerste bullit is een algemene omschrijving van de doelgroep waarbij er sprake kan zijn van factoren in de thuissituatie eventueel in combinatie met kindfactoren. De tweede bullit is een verbijzondering voor logeren intensief ten opzicht van logeren regulier. Het woordje eventueel wordt weggehaald.</p>

68	<p>Blz 6, alle verblijfsproducten</p> <p>Bij nagenoeg alle verblijfsproducten staat dat de jeugdige max 14 dagen achteraan afwezig kan zijn en in totaal per jaar 42 verlofdagen. Wat wordt echter bedoeld met de zin: "Bij een inschatting van ,eer dan 42 verlofdagen dan alleen daadwerkelijke etmalen per week vergoeden."?</p>	<p>Uitgangspunt is alleen aanwezigheid declareren muv onderstaand verlof:</p> <p>Bekostiging afwezigheidsdagen in het geval van weekendverlof client (dat onderdeel uitmaakt van het perspectief op terugkeer naar huis of een 'lichtere' variant van zorg), vakantie, detentie of ziekenhuisopname met een maximum van 14 aaneengesloten dagen per keer en maximaal 42 dagen op jaarbasis.</p>
69	<p>Blz 36, Product 30. Consultatie en Advies</p> <p>Zoals ook al opgemerkt in de chat tijdens de sessie op 10 februari; wat goed dat jullie dit product opnemen in de aanbesteding!</p>	<p>Bedankt.</p>
70	<p>Hoe wordt er omgegaan met no-show binnen bepaalde doelgroepen en producten?</p>	<p>De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.</p>
71	<p>Blz 13, Verblijf met begeleiding</p> <p>Is het reëel om de kosten die ontstaan wanneer een plek voor afschaling niet beschikbaar is, de kosten die dan ontstaan neer te leggen bij de aanbieder? We weten allemaal dat uitstroom stroef verloopt en dat is dikwijls niet (alleen) te verwijten aan de zorgaanbieders. Verder gaan we ervan uit dat tijdens tussenevaluaties de verantwoordelijke behandelaar beoordeeld of de hulpvraag afgeschaald kan worden.</p>	<p>Bij het afschalen is de hulpvraag van de jeugdige bepalend voor de zwaarte van de categorie (binnen de eisen van het perceel), en niet de fysieke plek zelf. Dit conform de huidige productbeschrijving/ contractafspraken. Dit vraagt tijdig inzicht in het perspectief en het tijdig daarop anticiperen zowel bij aanbieder intern als met samenwerkingspartners.</p>
72	<p>Blz 15, Product Verblijf met begeleiding licht (en verdere producten)</p> <p>Client gaat in principe naar school. Dus overdag staat er geen personeel ingepland, maar wat als het kind niet naar school gaat en ook (nog) geen andere vorm van daginvulling heeft? Dan kost dat de zorgaanbieder extra inzet personeel en dus extra kosten....</p> <p>En wat wordt er met de zin: "Het betreft geen extra begeleiding voor de schoolgang zelf" bedoeld?</p>	<p>Het oordeel van de verantwoordelijke behandelaar is inderdaad leidend.</p> <p>Een vorm van dagbesteding als de cliënt niet naar school gaat is niet inclusief bij verblijf met begeleiding. Dit betekent dat in overleg met de betrokken gemeente bekeken moet worden welke (extra) inzet van zorg nodig is. Het betekent niet dat de aanbieder die verblijf biedt ook de dagbesteding moet verzorgen.</p>
73	<p>Blz 15, Product Verblijf met begeleiding licht</p> <p>Alleen hier wordt er over tolkkosten gesproken.</p>	<p>Met deze zin wordt aangegeven dat begeleiding in het onderwijs niet vanuit jeugdzorg wordt gefinancierd.</p>
74	<p>Blz 17, product 3.2 Verblijf met begeleiding midden</p> <p>Hier missen de hotelmatige kosten</p>	<p>Dit geldt voor alle producten en wordt aangepast.</p>
75	<p>Blz 15ev, verblijf met begeleiding licht, midden en zwaar</p> <p>De titel van product 3.3 is wat verwarrend omdat hier eigenlijk sprake is van een behandelgroep en geen leefgroep (begeleiding).</p> <p>Verder kunnen we ons voorstellen dat er in de praktijk nog discussie zal gaan ontstaan of de cliënt een lichte, gemiddeld complexe, of zware behandelvraag heeft. We vertrouwen erop dat de beoordeling hiervan aan professionals wordt overgelaten.</p> <p>Zo ook bij de producten terrein midden en zwaar.</p>	<p>Er is bewust voor gekozen om de term behandeling niet te gebruiken als productnaam voor intramurale producten omdat het het behandelcomponent exclusief is. Dit om verwarring te voorkomen.</p> <p>De gemeenten realiseren zich dat deze cliënten vaak behandeling nodig hebben en geven daarmee de begeleidingsintensiteit aan.</p>
76	<p>In hoeverre wordt er in de opbouw van de tarieven rekening gehouden met de terrein beschermende factoren (o.a. medische dienst, geestelijk verzorger, avond- weekend hoofd, Vrije Tijd en recreatie?)</p>	<p>Het is inderdaad aan de professional om de mate van behandeling te bepalen.</p>
77	<p>De groepsgrootte wordt gesteld op 8, in hoeverre wordt er rekening gehouden met de transformatie binnen de Jeugdzorg naar kleinschaligheid?</p>	<p>De terreinbeschermende factoren zijn in de tariefopbouw meegenomen in de huisvesting en hotelmatige kosten.</p>
78	<p>Bij gezinshuis regulier is de inzet personeel lager opgeleid dan bij gezinshuis specialistisch is dit is het mogelijk deze verder toe te lichten ?</p>	<p>Momenteel wordt hiervoor op (bovenregionaal) niveau visie ontwikkeld. Het is nu nog te vroeg om daar op productniveau op te anticiperen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst zullen de gemeenten met de aanbieders in gesprek gaan over hoe ze de uitkomsten/ visie kunnen implementeren.</p>
79	<p>Hoe wordt er binnen het model rekening gehouden met de kosten van inzet van PNIL (in verband met de huidige arbeidsmarkt problematiek)?</p>	<p>Bij gezinshuis specialistisch wordt verwacht dat de tweede gezinshuisouder (schaal 7) ook betrokken is bij de begeleiding en ondersteuning in het gezinshuis. De tweede gezinshuisouder hoeft daarin geen jeugdprofessional te zijn, waardoor deze lager is ingeschaald. Dit in tegenstelling tot het product gezinshuis regulier. Daarom heeft deze ouder ook een aandeel in de totale zorg. Daarentegen wordt er dus ook meer ondersteuning/begeleiding geboden per jeugdige t.o.v. gezinshuis regulier. Het verschil tussen regulier en specialistisch is dat de doelgroep meer zorginzet vraagt.</p>
		<p>Dit hebben de onderzoekers meegenomen in de berekening van de loonkosten. De onderzoekers erkennen dat de werving van functies in de schalen 65 en hoger problematisch zijn. In de tariefberekening houden de gemeenten er daarom rekening mee dat personen in deze functies ingeschaald worden in minimaal de bovenste helft van de loonschaal.</p>

80	Er werd in de presentatie benoemd dat er rekening gehouden werd met een ziekteverzuimpercentage van 5.5%, wat is het uitgangspunt van dit percentage geweest?	Er wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde met betrekking tot ziekteverzuim. Dit is 5%.
81	In de bewoner gebonden kosten wordt alleen de voedingskosten obv het Nlbud benoemd. Wordt er ook rekening gehouden met de kosten van o.a. linnengoed, waskosten, inventaris, schade/verzekering etc.?	Ja, deze kosten worden in de tariefopbouw meegenomen in de huisvesting en hotelmatige kosten.
82	Bij het Verblijf met begeleiding Licht wordt meer personeel met schaal 12 (11,75%) ingezet dan bij Verblijf met begeleiding Midden en Zwaar (5%), wat is de overweging ?	Voor Verblijf met begeleiding Licht worden in verhouding tot Verblijf met begeleiding Midden en Zwaar minder uren ondersteuning en begeleiding per week ingezet. Het aandeel van de gedragswetenschapper (schaal 12) is daardoor groter. Omdat het aantal uren begeleiding en ondersteuning voor Midden en Zwaar hoger is, neemt verhoudingsgewijs het aandeel van de gedragswetenschapper af.
83	De ORT is bij Verblijf met begeleiding Licht (ORT 14.2%) hoger dan bij begeleiding Midden en Zwaar (ORT 5.11%), wat is hier de overweging?	Omdat het aantal uren begeleiding en ondersteuning per week voor Midden en Zwaar hoger is, is de verwachting dat er meer uren begeleiding en ondersteuning gedurende kantooruren geleverd worden. Dit zorgt ervoor dat de ORT lager is dan bij Verblijf met begeleiding Licht.
84	In de power point presentatie wordt de productiviteit benoemd, krijgen wij de onderbouwing hoe tot dit aantal uur is gekomen?	Zie hiervoor de reactie bij vraag 62.
85	Mag bijv. een overleg met een behandelaar of contactpersoon en dan specifiek als client er zelf niet bij is op de indicatie worden weggeschreven? Het gebeurt namelijk regelmatig dat op het moment dat je bij de client bent de behandelaar niet bereikbaar is en dat client dan toestemming geeft om later in de week even met de behandelaar te bellen.	De regio gaat dezelfde afspraken als de huidige afspraken hanteren. Dit betekent dat bij alle vormen van ambulante jeugdhulp kan alleen de directe cliëntcontacttijd geïndiceerd en gefactureerd worden, met uitzondering van GGZ-behandeling.
86	Voor de reguliere functies neemt Rivierenland 50% max schaal en 50% alle schalen, dit komt lager uit dan 93% van de max schaal wat in andere aanbestedingen gangbaar is. Waarom is hiervoor gekozen?	In de berekeningen komen de onderzoekers niet lager uit dan 93% van de max schaal. Daarnaast erkennen de onderzoekers dat de werving van functies in de schalen 65 en hoger problematisch zijn. In de tariefberekening houden de onderzoekers er daarom rekening mee dat personen in deze functies ingeschaald worden in minimaal de bovenste helft van de loonschaal.
87	Hoe gaat de regio om met reistijd, mag dit ook gedeclareerd worden? Is hier al meer informatie over terug te vinden?	De reistijd valt onder de indirect cliëntgebonden tijd. De regio gaat dezelfde afspraken als de huidige afspraken hanteren. Dit betekent dat bij alle vormen van ambulante jeugdhulp kan alleen de directe cliëntcontacttijd geïndiceerd en gefactureerd worden, met uitzondering van GGZ-behandeling.
88	Betreft schaal FWG 35, bij begeleiding WMO individueel regulier wordt voor 60% schaal 35 meegenomen t.o.v. 40% schaal 40. Casussen worden regelmatig afgegeven op regulier die achteraf toch een HBO-er nodig hebben qua expertise. Redelijk voorspelbare situaties zijn vaak toch niet voorspelbaar. Inzet van HBO is nu niet meegenomen in de tariefopbouw voor dit product. Kan er beter onderbouwd worden waarom er op MBO3/MBO4 ingezet wordt en waarom de verdeling gemaakt wordt van 60% schaal 35 en 40% schaal 40? Onze ervaring is dat deze inschaling te laag is en dat wij voornamelijk FWG 40 in dienst hebben	Indien een HBO opgeleide medewerker betrokken dient te worden, is er sprake van het product Begeleiding individueel specialistisch en dient er opgeschaald te worden. Het aandeel van de MBO3 medewerker voor dit product is meegenomen door de FWG 35 voor 60% mee te nemen en het aandeel van de MBO4 medewerker voor dit product is meegenomen door de FWG 40 voor 40% mee te nemen.
89	In het kader van Vaktherapie willen we er op wijzen dat vanuit een aantal opleidingen vaktherapeuten ook onder het SKJ-register kunnen vallen, in plaats van het FVB-register. Verzoek is daarom om SKJ toe te voegen aan de beroepsregisters.	De gemeenten werken volgens de norm voor verantwoorde werktoedeling. Indien van toepassing, betreft dat ook de benodigde SKJ-registratie. Bij vaktherapie is ervoor gekozen aanvullend een registratie te vereisen in de bij de Federatie Vaktherapeutische Beroepen aangesloten beroepsverenigingen (NVDT, NVBT, NVDaT, NVvMt, NVPMt, NVPMkt, NVVS). Een SKJ-registratie alleen is dus niet voldoende.
90	Aangaande Behandeling Individueel kent deze eenzelfde opbouw als GGZ Generalistisch, waar het verschil ligt in het behandelen van primair een DSM-5-benoemde stoornis of niet. In de productspecifieke eisen staat dat bij Behandeling Individueel er naast een regiebehandelaar een 2e regiebehandelaar betrokken dient te zijn. Dit lijkt ons een (onnodige) verzwaring. Binnen GGZ-basis wordt dit (terecht) niet gevraagd, gezien bv een Klinisch Psycholoog voldoende moet zijn om de behandeling verantwoord aan te bieden. Ons is daarom niet geheel duidelijk wat de meerwaarde is van 2 betrokken regiebehandelaren bij een behandeling, dit kan juist zorgen voor meer verwarring bij de cliënt.	Het antwoord op deze vraag wordt nader uitgezocht en wordt meegenomen in de tweede nota van antwoorden.
91	Tenslotte zien wij binnen meerdere gemeentes dat er wat onduidelijkheid bestaat over dagbehandeling en dagbesteding bij jeugdigen. In onze optiek is deze benaming duidelijker dan Dagbesteding Regulier vs Intensief. In het kader van dagbehandeling wordt groepszorg ingezet om een jeugdige uit te laten stromen naar (vervolg)onderwijs met een focus op gedragsverandering, bij dagbesteding is deze focus minder aanwezig.	De gemeenten snappen de vraag of opmerking niet. De gemeenten hanteren ook geen producten dagbehandeling en dagbesteding voor Jeugd.

	<p>In de presentatie is een aantal uitgangspunten genomen die voor onze vrijgevestigde praktijk niet realistisch zijn.</p> <p>De belangrijkste is dat ervan wordt uitgegaan dat in de Generalistische GGZ 80% van de behandeling plaatsvindt door iemand in FWG 60 (dat is een basispsycholoog), 10% door iemand in FWG 55 (dat is een POH-GGZ achtig profiel) en slechts 10% door iemand in FWG 65 (dat is een GZ psycholoog).</p>	<p>Voor de opbouw en functiemix van de behandel GGZ producten, zijn de onderzoekers uitgegaan van de richtlijnen en uitgangspunten van de NZA. Hierin volgen de gemeenten en de onderzoekers dus ook de landelijke norm en trend.</p>
92	<p>In de vrijgevestigde Generalistische Basis GGZ is het gebruikelijk dat een cliënt een (1) behandelaar heeft. Die behandelaar is dan meestal iemand met een postdoctorale opleiding tot GZ psycholoog of Orthopedagoog-Generalist. Dat is ook in onze praktijk het geval. Dat betekent dat in onze setting 100% van de behandeling plaatsvindt door iemand in FWG 65.</p> <p>Dit resulteert in een sterke onderschatting van de loonkosten in de Generalistische Basis GGZ.</p>	
93	<p>Daarnaast wordt er in de GGZ gerekend met 1210 (Generalistische GGZ) tot 1301 (Start Zorg) productieve uren per jaar, uitgaande van een gemiddelde produktiviteit van 69,27% - 72,00% Dat is volgens mij aan de hoge kant. Uitgaande van 36 uur per week en 52,2 weken per jaar kom je op 1878 uren per jaar. Trek daarvan af 166 vakantie uren en gemiddeld 8 feestdagen dan resteren 1648 werkuren.</p> <p>Uitgaande van een gemiddelde produktiviteit van 69,27% - 72,00% kom ik dan op 1142 tot 1187 productieve uren.</p>	<p>Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).</p> <p>Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.</p>
94	<p>Op basis waarvan wordt er overigens van uitgegaan dat bij het product GGZ Start Zorg sprake is van een hogere produktiviteit dan bij GGZ Generalistische GGZ? De logica daarvan begrijp ik niet.</p>	<p>Voor GGZ generalistisch geldt dat er minder cliëntgebonden tijd ingezet kunnen worden doordat er onder andere meer intervisie-sessies, teamoverleggen en niet cliëntgerelateerde consultaties zijn. Voor GGZ start zorg geldt dat dit een stuk minder is en dus meer cliëntgebonden tijd geboden kan worden.</p>
95	<p>Algemene vraag: vormen het Productenboek tesamen met het Kostprijsmodel en de toelichting hierop die vandaag gegeven is, de basis voor bepaling van de tarieven? Of zijn er nog andere documenten die hierop van toepassing zijn.</p>	<p>Het productenboek en het kostprijsmodel met de benoemde benchmarks en uitgangspunten vormen inderdaad de basis voor de tarieven. De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product is gedurende de presentatie gedeeld en kunt u ook terugvinden op de website. Later zal er op de website ook nog een factsheet van toelichting en uitgangspunten worden gedeeld. Echter willen de gemeenten nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn.</p>
96	<p>Logeren voor GGZ volwassenen loopt erg uit de pas met het aanbod voor beschermd wonen licht zoals dat nu is opgenomen in het BW contract centrum gemeente Nijmegen. Belangrijk om aansluiting te vinden in de productenstructuur en tarieven bij BW en BT. Hoe groter dit gat hoe meer knelpunten de regio zal hebben om de zorgketen goed dicht te leggen</p>	<p>Het primaire doel van het Wmo product logeeropvang is het ontlasten van de mantelzorger. Voor de inzet van dit product geldt dat de grondslag van de aandoening niet leidend is, maar de aard van de ondersteuningsvraag. Dit betreft daardoor een ander doel en een andere doelgroep dan de Wmo - Beschermd Wonen doelgroep.</p> <p>In het algemeen heeft de aansluiting van de verschillende producten met de Wmo - Beschermd Wonen producten de aandacht.</p> <p>In de huidige tariefopbouw wordt al gerekend met een gelijkmatige verdeling tussen de sectoren GGZ, GHZ en V&amp;V. Daarnaast is er ook rekening gehouden met een mix tussen MBO (FWG 35) en beginnend HBO/hoog MBO (FWG 40).</p>
97	<p>Inzet ervaringsdeskundigen. Toenemende vraag op inzet ervaringsdeskundigen. Dit willen wij graag inzetten op de producten die beschikbaar komen. Dit vraagt gezien opleiding en ervaring van deze medewerkers om een combi van opleiding en ervaringsniveau te mogen inzetten onder supervisie van een andere professional. In de productomschrijving staat dit niet expliciet benoemd dat dit mag. Bijvoorbeeld bij individuele begeleiding specialistisch (GGZ doelgroep). Hierbij zou het zeer wenselijk zijn dat bijvoorbeeld onder supervisie van een HBO -professional een ervaringsdeskundige op mbo/hbo niveau en/of in opleiding tot een X percentage de begeleiding mag uitvoeren tegen het vastgestelde tarief van het bijbehorende product (individuele begeleiding specialistisch).</p>	<p>De gemeenten oriënteren zich nu op de vraag onder welke voorwaarden de inzet van ervaringsdeskundigen het best tot zijn recht kan komen. De randvoorwaarden hebben betrekking op opleidingsniveau, certificering, en ook de mate van supervisie. De gemeenten staan in beginsel positief tegenover de inzet van ervaringsdeskundigen, maar willen wel 'wildgroei' voorkomen.</p>

98	<p>Onze raad van toezicht vraagt vanuit gezonde bedrijfsvoering een winstmarge van 3%. Dit is nodig om voldoende reserves te kunnen opbouwen, risico's te kunnen opvangen en om bij banken leningen aan te kunnen gaan voor investeringen. De door jullie gehanteerde percentages zijn niet toereikend om hieraan te kunnen voldoen. Fijn om te zien dat jullie voor de verplichte scholing wel een percentage hebben opgenomen. Dit was in het verleden bij eerdere aanbestedingen al een groot gemis en maakt dat samen met het risicopercentage dat de druk op de tarieven erg groot waren.</p>	<p>Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.</p>
99	<p>Los van bovenstaande risicopercentage en verplichte opleiding vraagt de regio van aanbieders om vernieuwing en ontwikkeling in het sociaal domein te ondersteunen. Een percentage voor innovatie zou gewenst zijn om deze inspanning ook mogelijk te maken.</p>	<p>De gemeenten stellen zich op het standpunt dat innovatie uit de reguliere exploitatie bekostigd moet worden. Om die reden is er geen afzonderlijk percentage opgenomen ter berekening van het tarief.</p>
100	<p>Verbondenheid met andere zorgprogramma's (GGZ breed voor de RIBW). Onze dienstverlening bestaat uit drie hoofdlijnen/financieringsvormen (Wmo, Wlz en Wmo -beschermd wonen). Om het gewenste zorgprogramma goed dicht te leggen is aansluiting op deze programmering noodzakelijk. Doen we dit niet gaat het ten kosten van de infrastructuur die wij als aanbieder kunnen realiseren en/of de keuze die wij moeten gaan maken om bepaald aanbod te kunnen aanbieden. Meer schrijnend is dit wanneer wij op financieringsvorm deze keuze moeten gaan maken terwijl de inwoner hierin geen keuze heeft en één de zelfde persoon betreft met een psychiatrische aandoening. Als voorbeeld de dagbesteding, deze lijkt nu in de toelichting beperkt te blijven tot een lichte + extra vorm van dagbesteding met name gericht op de kerngroep GHZ en V&amp;V. Hierin is het de vraag of de GGZ -client een passend aanbod kan worden gedaan. De tarieven vanuit Wmo BW en de Wlz liggen aanzienlijk hoger. Wij willen voorkomen dat aan de voordeur een inwoner met een Wmo beschikking geweigerd moet worden, terwijl op zorgvraag er een terechte ondersteuningsvraag ligt.</p>	<p>Gemeenten zijn zich er van bewust dat aanbieders te maken kunnen hebben met verschillende financieringsvormen op basis van verschillende wet- en regelgeving. De gemeenten gaan bij de productomschrijving uit van de thuiswonende Wmo doelgroep en de ondersteuningsvraag van deze doelgroep.</p> <p>De aansluiting met de ingekochte producten Wmo-Beschermd Wonen heeft de aandacht.</p>
101	<p>Voor logeren geldt een vergelijkbare situatie. Logeren binnen een GGZ setting zal minimaal op een mix van MBO en HBO niveau plaatsvinden. Binnen het BW contract is deze mix ook toegepast. Als het logeren vanuit de regio hierop niet aansluit zal het aanbod voor logeren voor deze doelgroep niet goed van de grond komen. Dit is met de verdere extramuralisering en verantwoordelijkheid binnen de regio in uitvoering op het regioplan beschermd wonen en maatschappelijke opvang een aandachtspunt.</p>	<p>Het primaire doel van het Wmo product logereeropvang is het ontlasten van de mantelzorger. Voor de inzet van dit product geldt dat de grondslag van de aandoening niet leidend is, maar de aard van de ondersteuningsvraag. Dit betreft daardoor een ander doel en een andere doelgroep dan de Wmo - Beschermd Wonen doelgroep.</p> <p>In het algemeen heeft de aansluiting van de verschillende producten met de Wmo - Beschermd Wonen producten de aandacht.</p> <p>In de huidige tariefopbouw wordt al gerekend met een gelijkmatige verdeling tussen de sectoren GGZ, GHZ en V&amp;V. Daarnaast is er ook rekening gehouden met een mix tussen MBO (FWG 35) en beginnend HBO/hoog MBO (FWG 40).</p>
102	<p>Vervoer. Goed om te zien dat voor vervoer de intentie is om de reisafstand en reisduur te onderkennen. Het huidige vaste tarief per etmaal (retour) is ontoereikend om binnen de regio met de grootte afstanden en het volume aan deelnemers de juiste infrastructuur aan te bieden. Zeker voor de GGZ waarbij integratie met andere doelgroep niet / nauwelijks van de grond komen is dit een knelpunt. Wij pleiten voor een ruimhartige vervoersbeschikking, met name voor de dagbesteding om participatie en een zinvolle daginvulling maximaal te realiseren. Hierin meegegeven dat bij een zinvolle daginvulling minder individuele begeleiding nodig is en dat de besparing hierop ruimschoots opweegt tegenover de gemaakte vervoerskosten. Wij zijn voorstander van een flexibel beleid die maatwerk mogelijk maakt.</p>	<p>De gemeenten en onderzoekers nemen uw reactie mee in de (verdere) beoordeling van het tarief.</p>
103	<p>Begeleiding specialistisch individueel: Opvallend is dat er het woord 'geregistreerd' in de tekst staat, dit was voorheen niet. Is dit SKJ?</p>	<p>Deze tekst is verwijderd uit de productspecifieke eisen. De gemeenten werken volgens de norm voor verantwoorde werktoedeling, zie <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a>. Dit komt in het programma van eisen te staan.</p>
104	<p>BOR: kun je dit product ook stapelen?</p>	<p>Ja, zoals in de omschrijving van het product staat. BOR is specifiek gericht op de uitvoering van de omgangsregeling, waar nodig kan aanvullend begeleiding of behandeling worden ingezet.</p>



105	Begeleiding specialistisch groep: lijkt dat persoonlijke verzorging niet meer los te indiceren is. Wordt daar in het tarief rekening mee gehouden? Opvallend is dat er het woord 'geregistreerd' in de tekst staat, dit was voorheen niet. Is dit SKJ? Bij dit product komen veel niet-declarabele uren bij kijken. Is daar rekening mee gehouden in het tarief?	Binnen de oude groepsproducten begeleiding kon persoonlijke verzorging al onderdeel zijn van de gegeven begeleiding. Net zoals individuele contactmomenten kan ook persoonlijke verzorging een onderdeel zijn van de groepsbegeleiding. Dit blijft ook in de nieuwe productbeschrijvingen van begeleiding groep staan. In het tarief zit de indirect cliëntgebonden uren verdisconteerd.
106	Is dit een begeleider van de zorgaanbieder die hulp biedt op de reguliere KDC en BSO? Is dit echt een aparte groep tussen regulier en ons specialistisch in?	Ja, binnen de reguliere KDV en BSO wordt extra begeleiding door een jeugdhulpaanbieder ingezet. En nee, dit is geen aparte groep. De opvang in het KDV en BSO wordt aangevuld met ambulante begeleiding. De hulp is gericht op het versterken van de sociale vaardigheden van het kind. De ambulante begeleiding valt onder de inkoop jeugdhulp.
107	Dagbesteding groep: hoe zit het met de vertaling van de eis van 10% HBO? Is werk-en denkniveau voldoende?	Nee, dit is niet voldoende. Het betreft hier een medewerker met een afgeronde HBO-opleiding en HBO-diploma. Deze opleiding moet wel relevant zijn voor de hulp die geboden wordt.
108	Algemene vraag: hoe wordt tegen digitaal werk aangekeken? Wat is de visie daarop? Niet altijd kan er digitaal gewerkt worden. Kan er een uitspraak komen over de verhouding thuis bezoek en op kantoor of digitaal?	De aanbieder bepaalt hoe de doelen / resultaten worden behaald maar gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep, is het uitgangspunt van de gemeenten 'live'. Als er sprake is van wachttijd kan een online of digitaal aanbod bij wijze van overbruggingszorg tot de mogelijkheden behoren.
109	Kunt u toelichten hoe de berekening van productiviteitsuren is opgebouwd; welke parameters zijn hierin opgenomen en welke waarde (bv. verzuimpercentage, feestdagen, reistijd..)? Dan zouden wij dit namelijk naast onze gegevens kunnen leggen en analyseren waar we verschillen zien en wat mogelijke redenen zijn.	Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).  Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
110	Overheadpercentage. In de presentatie wordt aangegeven dat gerekend zal worden met een overheadpercentage van 16,3% voor de Gehandicaptenzorg. Kunt u toelichten hoe dit opgenomen wordt in de tarieven? Is dit een opslagpercentage op de bruto personeelskosten incl. werkgeverslasten?	Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De onderzoekers volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.
111	Wij begrijpen dat u tot een inkoopdocument wilt komen dat passend is voor alle gecontracteerde partijen; hierdoor is het nodig om met gemiddelden te werken. Het is in deze van belang om aan te geven dat een landelijke aanbieder zoals wij niet 'past' in dit gemiddelde. De maatschappelijke rol die wij vervullen in de ontwikkeling van het zorglandschap en het aanbieden van de volledige keten aan zorg leidt ertoe dat wij een relatief hoger deel beleidsmatige inzet hebben. Dit zijn medewerkers die expertise hebben om producten te ontwikkelen, innovaties vorm te geven en ook bij te dragen aan maatschappelijke discussies. Wij bieden zorg in de gehele keten voor onze doelgroep; van lichte ambulante ondersteuning tot intramurale ondersteuning op de drie milieus. Daarbij zorgen wij voor korte lijnen tussen deze ondersteuningsvormen om goede op- en afschaling mogelijk te maken. Ook dit vraagt extra inzet van onze medewerkers. Advies: een tariefdifferentiatie voor micro-ondernemingen (15%), reguliere ondernemingen (33%) en systeemaanbieders (40%). Het overheadpercentage verschilt aanzienlijk tussen deze drie groepen. De genoemde percentages komen uit de contractering van de inkoopregio Noord-Oost Brabant en zijn zeer passend.	De definitie van overhead in de regio Noord-Oost Brabant is anders dan de definitie zoals de gemeenten deze in de regio Rivierland hanteren. Met overhead doelen de gemeenten enkel op de personele overhead. Daarnaast voegen de gemeenten nog een percentage toe voor de materiële kosten en kapitaallasten. De overhead, materiële kosten en kapitaallasten zijn conform de landelijke benchmark, welke een goede representatie is van het gemiddelde van alle zorgaanbieders. Daarnaast zal er een onderscheid komen tussen de tarieven en dus ook de overheadpercentages van niet-instellingen en instellingen voor de producten binnen Jeugd Extramuraal.



112	<p>"Wij willen hierbij alvast aangeven dat het aantal cliëntgebonden uren van 1391 (voor bepaalde FWG's) hoog is. Wij kunnen hier onderbouwd op reageren als we weten welke elementen/parameters hierin zijn opgenomen (feestdagen, verlof, verzuim, opleiding, administratie, SKJ-registratie (indien van toepassing), deskundigheidsbevordering en inwerken...). Wat we alvast met u willen en kunnen delen is dat wij voor jeugdhulp extramuraal op een gemiddelde productiviteit uitkomen van circa. 1258 uur. Dit lijkt voor veel FWG-schalen in de uitgangspunten voor de tariefberekening behoorlijk af te wijken."</p>	<p>Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).</p> <p>Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.</p> <p>Zoals aangegeven is de productiviteit voor de ambulante jeugdhulp producten dus aangepast. Indien u van mening bent dat de productiviteit voor een bepaalde medewerker bij een bepaald product niet juist is, vernemen de onderzoekers dat graag van u, zodat zij dit mee kunnen nemen en eventueel kunnen aanpassen.</p>
113	<p>Ook zouden wij graag met u in gesprek gaan over onze ideeën met betrekking tot no show. Is het mogelijk dat wij hierover in gesprek gaan of ik hier een aparte mail over stuur?</p>	<p>De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.</p>
114	<p>Het onderscheidt bij verschillende producten die zowel in reguliere als specialistische vorm bestaan is vaak lastig te maken. De omschrijving van deze producten is vaak nagenoeg identiek; bij de doelgroep is het vaak een 'grijs' gebied of iets matig of goed is. Het advies is om dit verder te specificeren, dit bespaart veel tijd in afstemming met de toegang. Wij denken hier graag over mee (we begrijpen ook dat er altijd een grijs gebied zal blijven, maar als dit wat verkleint kan worden is dit een positieve ontwikkeling).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Voorbeeld:</li> <li>•Regulier: Enkelvoudige vraag op 1 leefgebied</li> <li>•Specialistisch: Meervoudige vraag op diverse leefgebieden</li> <li>•Voorbeeld: Een casus valt onder specialistisch als de volgende kenmerken aanwezig zijn:</li> <li>•Alcohol- of drugsverslaving</li> <li>•Een psychiatrische stoornis</li> <li>•Agressie in de thuissituatie</li> <li>•Behandeling geadviseerd wordt voor het minderjarige kind (indien van toepassing)</li> </ul>	<p>De gemeenten zijn van mening dat het onderscheid in grote mate goed te maken is. De gemeenten delen echter wel dat het van belang is om aandachtspunt te hebben voor de overgang en het onderscheid en dat gemeenten en aanbieders daarin dezelfde taal spreken.</p>
115	<p>Persoonlijke verzorging. Het product persoonlijke verzorging is niet meer opgenomen in het productenboek; bij de begeleidingsproducten is aangegeven dat dit onderdeel van de begeleiding kan zijn. Voor de zekerheid: wordt hiermee bedoeld dat de begeleidingsproducten mogen worden gebruikt voor verzorgingsmomenten? Dus waar dit voorheen gestapeld werd, worden straks de uren voor begeleiding verhoogt om persoonlijke verzorging mogelijk te maken? En hoe wordt dit ingezet bij groepsproducten; want dan hebben niet alle kinderen dit nodig. Ontvangen de kinderen die het wel nodig hebben dan een stapeling met een individueel product?</p>	<p>Binnen de oude groepsproducten begeleiding kon persoonlijke verzorging al onderdeel zijn van de gegeven begeleiding. Net zoals individuele contactmomenten kan ook persoonlijke verzorging een onderdeel zijn van de groepsbegeleiding. Dit blijft ook in de nieuwe productbeschrijvingen van begeleiding groep staan. In het tarief zit de indirect cliëntgebonden uren verdisconteerd</p>
116	<p>De productomschrijvingen van de 41A03 en 41A04 roepen bij ons vragen op. Het is van belang dat het duidelijk is wat het onderscheidt is tussen deze twee producten, dat helpt straks ook de gesprekken tussen aanbieders en de toegang. Op dit moment staat beschreven dat voor de 41A03 (reguliere behandeling) er sprake is van een veilige omgeving en dat de voorspelbaarheid matig tot goed is. Dit komt niet overeen met de doelgroep waarvoor wij dit product nu inzetten. Qua complexiteit is deze doelgroep vergelijkbaar met de omschrijving bij 45A53. Kan hier opnieuw naar gekeken worden? Wij geloven dat dit product op dit moment goed wordt geboden door onze medewerkers, maar herkennen ons niet in de omschrijving (deze is te licht).</p>	<p>Er is voor gekozen om begeleiding en jeugdhulpbehandeling met name te onderscheiden op doel van de ondersteuning en op productspecifieke eisen. Het is dus mogelijk dat de doelgroepen overeenkomsten vertonen. Beide producten hebben een reguliere en een specialistische variant, waarbij de specialistische variant een zwaardere doelgroep betreft.</p>

117	Gezinshuis: Goed om te lezen dat jullie rekening mee houden dat de meeste ouders niets bijdragen aan verzorgingskosten, dit is voor ons een heel herkenbaar probleem! Wij herkennen onze gezinshuizen goed in de omschrijving (specialistisch). In de conceptproductbeschrijving wordt gesproken over een maximumaantal van 5 jeugdigen; dit is voor onze doelgroep vaak niet mogelijk (tenzij beide ouders volledig ingezet worden). Wij willen de regio adviseren om de landelijke richtlijnen te hanteren voor dit product. Dit is in 2021 gepubliceerd in samenwerking tussen onder andere VNG, VGN en Jeugdzorg. Hiervoor is een handreiking en een rekenmodule gepubliceerd. Daarnaast de oproep om bij de tariefbepaling rekening te houden met het feit dat 5 jeugdigen niet altijd mogelijk is om te plaatsen en dat het gemiddelde lager zal liggen (3 a 4 jeugdigen).	De gemeenten hebben 2 verschillende producten Gezinshuiszorg opgenomen die voldoen aan landelijke benchmarks en parameters. Met de huidige functiemix is de opbouw van de tarieven grotendeels in lijn met de "Handreiking tariefstelling gezinshuiszorg" van de VNG. Echter, in plaats van de schaal 8 hanteren de gemeenten zelfs schaal 9 voor de gezinshuisouder.
118	GGZ-behandelproducten. Bij de GGZ-behandelproducten staat omschreven dat medicatiecontrole hier een onderdeel van is. Specifiek wordt verwezen naar GGZ Nazorg voor medicijncontrole. Dit dient gedaan te worden door een psychiater. Wij herkennen dit niet terug in de FWG schaal die hier maar voor 15% uit bestaat. Dit percentage ligt voor dergelijke zorg te laag. Zou u hier opnieuw naar willen kijken?	De gemeenten heeft ervoor gekozen om voor alle producten dezelfde rekentool te hanteren en dus niet specifiek de rekentool van de VNG voor de producten Gezinshuiszorg.
119	Vervoer Jeugd: Klopt het dat deze codes worden aangepast naar 43A03 en 43A04? Mogelijk is dit een typfout en blijft dit hetzelfde als nu (42A03 en 42A04).	Het aandeel van de psychiater voor dit product is meegenomen door de FWG MSP mee te nemen. Daarbij komt dat herhaalrecepten door de verpleegkundig specialist worden gedaan.
120	WMO-begeleidingscodes: Is het bewust dat deze codes worden aangepast ten opzichte van de huidige codes? Administratief is het wenselijker om dit hetzelfde te houden. Maar we horen graag of de regio hier bewust een wijziging in wil.	De productcodes van vervoer blijven hetzelfde.
121	Registratie: Bij een aantal producten staat in de omschrijving dat het door een 'geregistreerd' medewerker geleverd dient te worden. Wat bedoelt de regio precies? Dit geldt o.a. voor de producten 45A53 en 45A54. (Deze vraag is reeds tijdens de sessie over de tariefopbouw gesteld, maar voor het totale overzicht nemen we deze ook in dit bericht op).	Dit is een vraagstuk voor de implementatiefase. De gemeenten streven niet bewust naar een wijziging, maar waar het nodig is, is het niet te voorkomen.
122	45A49 Begeleiding Regulier Groep: kunt u toelichten wat met 'verantwoorde samenstelling van begeleiders team' wordt bedoeld?	Met geregistreerd wordt een SKJ registratie bedoeld.
123	45A54 Begeleiding Specialistisch Groep: idem graag een nadere duiding tov 45A49 ivm toevoeging 'verantwoorde werktoedeling' (verschil?)	Deze tekst is verwijderd uit de productspecifieke eisen. De gemeenten werken volgens de norm voor verantwoorde werktoedeling, zie <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a> . Dit komt in het programma van eisen te staan.
124	41A03 Jeugdhulpbehandeling Regulier Individueel: nadere duiding 'WO-opgeleide GW-er', zijn specifieke eisen?	Voor de norm van verantwoorde werktoedeling verwijzen de gemeenten graag naar de handreiking hierover van het Kwaliteitskader Jeugd (SKJ). Zie: <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a>
125	41A04 Jeugdhulpbehandeling Specialistisch Individueel: idem 'post-WO-opgeleide GW-er', specifieke eisen, wat is het verschil met de eisen onder code 41A03?	Voor de norm van verantwoorde werktoedeling verwijzen de gemeenten graag naar de handreiking hierover van het Kwaliteitskader Jeugd (SKJ). Zie: <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a>
126	44A09 Logeren regulier, etmaal: nadere duiding kort verblijf of logeren (wat is het verschil), gemiddelde groeps grootte 8 (hoe meten we dit?) ipv min/max vgl WMO), is een eindver. SKJ in de nacht noodzakelijk?	Om de productbeschrijvingen leesbaar en overzichtelijk te houden is ervoor gekozen om hier de meest belangrijke informatie te zetten. In het programma van eisen worden een aantal zaken geconcretiseerd.
127	44A32 Logeren regulier, dagdeel: nadere duiding verlengen etmaal, kunt u een voorbeeld geven van een combinatie etmaal + dagdeel?	Om de productbeschrijvingen leesbaar en overzichtelijk te houden is ervoor gekozen om hier de meest belangrijke informatie te zetten. In het programma van eisen worden een aantal zaken geconcretiseerd. Voor Jeugdhulpbehandeling Specialistisch Individueel is de eis dat een gedragswetenschapper minimaal WO+ opgeleid is betrokken en bij Jeugdhulpbehandeling Regulier Individueel is de eis dat deze gedragswetenschapper minimaal WO is opgeleid.
128	44A45 Logeren Intensief, etmaal: nadere duiding gemiddelde grootte 6, geen vraag SKJ bij toch zwaardere problematiek (zoals bij code 41A04)?	Er is in de jeugdhulp extramuraal en Wmo geen kortdurend verblijf optie meer. Dit wordt in de tekst aangepast. Het betreft maximale groeps grootte in plaats van gemiddelde. Dit wordt aangepast. Eindverantwoordelijke ook 's nachts is SKJ.
129	44A34 Logeren intensief, dagdeel: idem geen vraag SKJ bij zwaardere problematiek?	Logeren per etmaal en per dagdeel worden redelijkerwijs gezamenlijk ingezet. Dat betekent in de praktijk bijvoorbeeld dat logeren tot en met 26 uur onder één etmaal valt. Duurt de logeerperiode langer, dan kan er aanvullend een dagdeel logeren worden ingezet. De volgende afspraak geldt dan voor de inzet van etmalen en dagdelen:
130	>> aanvullend: bij logeren gaat het altijd om kinderen met problematiek, altijd sprake van begeleidingscomponent!	<ul style="list-style-type: none"> <li>•t/m 26 uur: logeren etmaal</li> <li>•t/m 30 uur: logeren etmaal + logeren dagdeel</li> <li>•t/m 34 uur: logeren etmaal + 2 dagdelen logeren</li> </ul>
		Er is in de jeugdhulp extramuraal en Wmo geen kortdurend verblijf optie meer. Dit wordt in de tekst aangepast. Het betreft maximale groeps grootte in plaats van gemiddelde. Dit wordt aangepast. Eindverantwoordelijke ook 's nachts is SKJ.
		Opleidingseis: HBO met SKJ wordt toegevoegd.
		De gemeenten maken in de productomschrijving onderscheid in logeren regulier en logeren intensief, waarbij de laatste meer op de begeleidingscomponent beschreven.

131	43A03 Vervoer, nadere duiding/toelichting: is het uitgangspunt wél dat ouders zelf verantwoordelijk zijn?, kan school ophaallocatie zijn? Kan ook niet ingeschreven worden op vervoer en wel op begeleiding/logeren?	Uitgangspunt bij jeugdvervoer is dat ouders verantwoordelijk zijn. School kan een ophaallocatie zijn. Aanbieders die zich hebben ingeschreven voor logeer- en/of groepsproducten zijn verplicht zich in te schrijven voor vervoer. De productomschrijving is hierop aangepast.
132	Dagbesteding groep: nadere duiding 10% HBO, is mede beoordelen PvA door HBO-er voldoende?	Ook tijdens het verlenen van de ondersteuning moet een HBO-geschoold medewerker betrokken dan wel geraadpleegd kunnen worden als de situatie daar om vraagt. Alleen beoordelen aan de voorkant is niet voldoende.
133	<code> Dagbesteding groep extra: nadere duiding ivm 40% HBO : 60% MBO4 bij de kleine groep 4-6 personen, hoe te rekenen?	40% van het te besteden aantal uren (dus: de personele inzet) aan de bedoelde groep dient door een HBO-geschoold personeelslid te worden uitgevoerd. Dit is volgens ons nodig vanwege de 'zwaarte' van de ondersteuningsbehoefte van die groep .
134	08A03 Vervoer, nadere duiding 'aanbieder van voornoemde producten organiseert ook beide producten Vervoer'; dit is een erg grote opgave voor de kleinschalige dagbesteding! Daarnaast is niet elke dagbesteding ingericht op mensen met rolstoel.	Het vervoer hoeft niet zelf uitgevoerd te worden maar kan ook uitgevoerd worden door een vervoersbedrijf. Het is dan aan de aanbieder om dit te regelen. De gemeenten gaan ervan uit dat elke dagbestedingslocatie toegankelijk is voor rolstoelgebruikers.
135	Wordt bij de client gebonden tijd ook de Indirect clientgebonden tijd gerekend: MDO, rapportage etc.?	Dit is afhankelijk van het product wat wordt ingezet. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
136	Voor begeleiding individueel/specialistisch wordt ongeveer rekening gehouden met 72% productiviteit. Ik vraag me af wat jullie definitie is van productiviteit. Wij rekenen zelf met onderstaande tabel, waarbij de groene percentage eigenlijk vast staan. [tabel zie rechts]	Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).
137	De overige rode percentages zijn uiteraard wat minder hard. Ziekteverzuim is o.b.v. de gemiddelde van de laatste 4 jaar van de VVT en GHZ zie bron: <a href="https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/37/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-blijft-op-hoogste-niveau-sinds-2003">https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/37/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-blijft-op-hoogste-niveau-sinds-2003</a> Verlof is o.b.v. CAO VVT.	Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
137	Waarom is alleen aanpassing gedaan voor de inschaling van het duurdere personeel. Krapte speelt naar mijn idee in de gehele branche, dit blijkt ieder geval uit onze cijfers.	Landelijk is de trend dat de werving van functies in de schalen 65 en hoger problematisch is. In de tariefberekening houden de gemeenten er daarom rekening mee dat personen in deze functies ingeschaald worden in minimaal de bovenste helft van de loonschaal.
138	Is er ook rekening gehouden met ziekteverzuim?	Ja, deze is meegenomen in de productiviteit.
139	"WMO – Begeleiding individueel regulier: ‘Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo-3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4 niveau in een gelijke richting. Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met minimaal een opleiding op mbo-4 niveau.” Opmerking: Casussen worden regelmatig afgegeven op regulier die achteraf qua expertise toch een HBO-er nodig hebben. Redelijk voorspelbare situaties zijn vaak toch niet voorspelbaar. Inzet van HBO is nu niet meegenomen in de tariefopbouw."	In dit geval wordt van de aanbieder verwacht dat ze contact opneemt met de toegang van de gemeente om dit te bespreken en mogelijk een andere indicatie te laten stellen. De gemeenten zijn van mening dat het product uitgevoerd moet kunnen worden door een medewerker op MBO3 niveau. Wat wel / niet gangbaar is, is geen uitgangspunt hierbij.
140	"WMO – Begeleiding individueel regulier: MBO4 = mogelijk. MBO3 niet. Vraag: Waarom kiest de gemeente voor inzet van MBO3, terwijl dit voor de meeste aanbieders o.i. niet gangbaar is?"	De gemeenten zijn van mening dat het product uitgevoerd moet kunnen worden door een medewerker op MBO3 niveau. Wat wel / niet gangbaar is, is geen uitgangspunt hierbij.
141	Vraag: MBO3 werkt onder aansturing van een MBO4 collega, het opstellen van een ondersteuningsplan wordt ook door een MBO4 collega gedaan. Wordt dit meegenomen in het berekenen van het tarief?	Het aandeel van de MBO4 medewerker voor dit product is meegenomen door de GHZ FWG 40 voor 40% mee te nemen.
142	‘Begeleiding regulier vindt altijd plaats op geplande momenten.’ Vraag: Bedoelen jullie hiermee dat gepland een fysieke afspraak is, of gepland binnen kantoortijden op afspraak? Kunnen jullie dit nader definiëren.	Nadat een indicatie is afgegeven wordt dit gecommuniceerd met de aanbieder en maakt de aanbieder een afspraak met de inwoner over wanneer de hulp geboden gaat worden. Dit zijn de geplande momenten.
143	WMO - Begeleiding individueel specialistisch Algemeen Vraag: Waarom staat bij de omschrijving het netwerk niet genoemd zoals ook bij BG individueel is gedaan: Het versterken van de eigen kracht en stimuleren van het netwerk rondom de cliënt.	Dit is inmiddels toegevoegd.

144	<p>WMO - Begeleiding individueel specialistisch: 'Het toewerken naar een gewenste gedragsverandering en / of stabilisatie waardoor ondersteuning via reguliere begeleiding of algemene voorzieningen voldoende is;' Opmerking: Dit is voor 80% waar, voor 20% lukt dit niet en zal stabilisatie het doel op zich zijn. Mensen zijn vaak al uitbehandeld waardoor toeleiden naar behandeling niet meer mogelijk is. Risico op achteruitgang verkleinen is dan een doel. (Dit punt staat wel onder Doel. Misschien onder Omschrijving plaatsen voor het totaalbeeld). 'De toeleiding naar behandeling'. Vraag: Waarom toeleiding, kan ook voorkomen van zijn?</p>	<p>Het voorkomen van behandeling staat een bullet eerder: - het toewerken naar een gewenste gedragsverandering en / of stabilisatie waardoor ondersteuning via reguliere begeleiding of algemene voorzieningen voldoende is.</p>
145	<p>Mooi dat er een product Consultatie en Advies is. Is dit product er ook voor WMO?</p>	<p>De gemeenten hebben geen apart product voor consultatie in de Wmo opgenomen.</p>
146	<p>Gespecialiseerde begeleiding kan plaatsvinden op geplande en, indien nodig, ongeplande momenten. Het tarief is toereikend om ook op ongeplande momenten begeleiding te kunnen bieden. Vraag: Wat wordt hiermee bedoeld? Wat verstaan we onder geplande en ongeplande zorg. Nadere toelichting nodig.</p>	<p>Nadat een indicatie is afgegeven wordt dit gecommuniceerd met de aanbieder en maakt de aanbieder een afspraak met de inwoner over wanneer de hulp geboden gaat worden. Dit zijn de geplande momenten. De ongeplande begeleidingsmomenten staan niet opgenomen in de structurele planning van de aanbieder maar hierop moet de aanbieder kunnen anticiperen zodra dezelfde inwoner hiernaar vraagt.</p>
147	<p>Jeugd Regulier Individueel Omschrijving</p> <p>Vragen: - Wat verstaat de regio onder systeemgerichte aanpak? - Persoonlijke verzorging kan een onderdeel van de begeleiding zijn: Waarom is dit samengevoegd tov de vorige aanbesteding? Dit element vraagt een andere expertise.</p>	<p>De hulpverlening is met een systeemgerichte aanpak niet alleen bezig met de individuele problemen van de jeugdige, maar ziet en begeleidt/behandelt deze in de context van deze jeugdige. De omgeving heeft invloed op de jeugdige en andersom.</p> <p>Binnen de oude groepsproducten begeleiding kon persoonlijke verzorging al onderdeel zijn van de gegeven begeleiding. Net zoals individuele contactmomenten kan ook persoonlijke verzorging een onderdeel zijn van de groepsbegeleiding. Dit blijft ook in de nieuwe productbeschrijvingen van begeleiding groep staan. In het tarief zit de indirect cliëntgebonden uren verdisconteerd</p> <p>Omdat er voor jeugd andere eisen gelden in het kader van SKJ; - eens met verwijderen van werk- en denkniveau.</p>
148	<p>Jeugd Regulier Individueel Productspecifieke eisen</p> <p>'De directe begeleider heeft minimaal een relevante opleiding (of werk- en denkniveau) op mbo-niveau 4. De directe begeleider kan altijd terugvallen op een geregistreerde jeugdzorgwerker (minimaal hbo).'</p> <p>Vragen -Waarom verschilt dit met BG individueel WMO, waar ook bijv. MBO3 bij staat? -Werk- denkniveau graag verwijderen. Een relevante opleiding is van belang, juist binnen zorg. -De directe begeleider kan altijd terugvallen op een (SKJ) geregistreerde jeugdzorgwerker (minimaal hbo): Staat hier ook een reëel tarief tegenover? Mag er intern overleg zijn wat gedeclareerd kan worden? Terugvallen op jeugdzorgwerker kan niet een extra kostenpost worden voor de organisatie, tenzij het tarief reëel is. -Kan geregistreerde jeugdzorgwerker ook aangevuld worden met een HBO-coach / supervisor / gedragswetenschapper?</p>	<p>Werk moet toebedeeld worden middels de norm van verantwoorde werktoedeling. De productspecifieke eisen dus ook de SKJ registratie zijn meegenomen in het tariefonderzoek. Bij de begeleidingsproducten mag alleen directe client contacttijd gedeclareerd worden. In het tarief zijn indirecte cliënttijd verdisconteerd.</p>
149	<p>Jeugd Specialistisch Individueel Doel</p> <p>Opmerking: Vraagtmeer dan leren, oefenen en behouden van. We missen het signaleren van de veiligheid (veiligheidsrisico). We hebben een signalerende functie.</p>	<p>Dit valt onder de professionele standaard van een SKJ-geregistreerde professional.</p>
150	<p>De begeleiding kan thuis bij de jeugdige plaatsvinden en/of op school/locatie. Vraag: Hoe staan jullie tegenover de inzet van eHealth/digitale begeleiding, aanvullend op de fysieke begeleiding. Is daar ook ruimte voor?</p>	<p>De aanbieder bepaalt hoe de doelen / resultaten worden behaald maar gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep, is het uitgangspunt van de gemeenten 'live'. Als er sprake is van wachttijd kan een online of digitaal aanbod bij wijze van overbruggingszorg tot de mogelijkheden behoren.</p>

151	<p>Product specifieke eisen</p> <p>Opmerkingen:</p> <p>-Werk- denkniveau graag verwijderen. Een relevante opleiding is van belang, juist binnen zorg.</p> <p>-Volgens de verantwoorde werktoedeling mag er naast een geregistreeerde medewerker een niet geregistreeerde medewerker ingezet worden voor afgebakende taken (bijv. dagstructuur aanbrengeen).</p>	<p>Het werk en denkniveau is verwijderd uit de omschrijving. De norm van verantwoorde werktoedeling is het uitgangspunt bij de inzet van zorg.</p>
152	<p>Begeleide omgangsregeling</p> <p>Omschrijving</p> <p>Opmerkingen:</p> <p>-..... zij hiermee niet in een loyaliteitsconflict terechtkomen: kinderen zitten altijd in een loyaliteitsconflict. Anders verwoorden, bijv.: op een zodanige wijze dat het risico op een loyaliteitsconflict beperkt blijft.</p> <p>-Gemiddeld gaat men uit van twee contactmomenten per maand: onze ervaring is dat de contactmomenten vaak wekelijks plaats vinden. Waarom wordt er hier gesproken over 2 per maand?</p>	<p>Tekstvoorstel wordt overgenomen. De gemeenten houden vast aan twee contactmomenten per maand als gangbare norm, zoals al gebruikelijk was in onze regio en ook in andere regio's.</p>
153	<p>Beschermd thuis is toch WMO en is inderdaad belegd icm Nijmegen?</p>	<p>In de centrumregeling Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang regio Nijmegen en Rivierenland is opgenomen op welke manier Beschermd Thuis is belegd.</p>
154	<p>No-show regeling. In de presentatie gaf de regio aan dat men nog in overleg is hierover. Wij denken hierover graag mee en delen met u het grote belang van goede afspraken hierover. Wij hebben hiervoor een korte brief opgesteld (zie bijlage).</p>	<p>De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.</p>
155	<p>BOR: Waarom hier geen geregistreeerde professional? Ook omdat het hier vaak gaat over de veiligheid van het kind en complexiteit.</p>	<p>SKJ-registratie wordt toegevoegd.</p>
156	<p>Consultatie en advies</p> <p>Opmerking: Dit product is niet helemaal helder voor ons. Aan wie wordt advies gegeven? Van aanbieder richting toegang of van aanbieder richting cliënt?</p> <p>Hebben jullie voorbeelden wanneer dit wordt ingezet?</p>	<p>Advies wordt gegeven op verzoek aan de verwijzer. Als er behoefte is aan specifieke expertise in een bepaalde casus kan dit product worden ingezet.</p>
157	<p>Consultatie en advies: Door het product consultatie en advies aan te bieden, kan een aanbieder een consult of advies declareren als het gaat om een jeugdige die geen hulp ontvangt of gaat ontvangen van deze aanbieder. Vraag: Als hulp toch nodig is na declaratie van consult en advies, betekent dit dan dat je dit als aanbieder niet zelf mag bieden?</p>	<p>Dit is geen uitsluitingscriteria.</p>
158	<p>Logeeropvang WMO</p> <p>Vraag: Wat is het verschil tussen logeeropvang, respijtzorg en respijtzorg spoed.</p>	<p>Er is geen verschil tussen logeren / respijtzorg. De gemeenten zullen nog even goed kijken naar het woordgebruik.</p>
159	<p>In de inkoopstrategie en tijdens de eerdere marktconsultaties is veel gesproken over het uitgangspunt van partnerschap en samenwerking. Wordt hier gesproken over partnerschap tussen gemeente en aanbieders, of ook tussen aanbieders onderling? Kan worden aangegeven of erbij inschrijving de verplichting komt om als samenwerkingsverband van meerdere aanbieders in te schrijven?</p>	<p>De gemeenten streven naar meer en betere samenwerking tussen zowel gemeenten en aanbieders als ook tussen aanbieders onderling. Met partnerschap doelen de gemeenten in eerste instantie op een betere opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie. Maar voor betere samenhang, afstemming en soms zelfs integraliteit van zorgvormen is ook de samenwerking tussen aanbieders onderling van belang. Komende periode maken de gemeenten per perceel en vorm van zorg en ondesteuning keuzes welke vorm van inschrijven en samenwerken wenselijk of verplicht zal zijn. Op dit moment zijn daar nog geen definitieve keuzes voor gemaakt.</p>
160	<p>Voor Begeleiding specialistisch groep: hoe wordt de inzet van de gedragswetenschapper (WO-er) meegerekend?</p>	<p>In de nieuwe productomschrijvingen hebben de gemeenten het verschil tussen begeleiding specialistisch en jeugdhulpbehandeling scherper gedefinieerd. Daarom is er bij begeleiding specialistisch voor gekozen om de WO component weg te halen die bij jeugdhulpbehandeling Regulier wel aanwezig is. Deze vormen van ondersteuning dienen een ander doel en brengen andere type werkzaamheden met zich mee.</p>

161	<p>In de presentatie wordt, onder verwijzing naar de Benchmark Care van Berenschot, een overhead percentage gepresenteerd met betrekking tot de verschillende van toepassing zijnde CAO's. Voor Jeugdzorg is een percentage van 17,80% gepresenteerd.</p> <p>Wat is de basis van deze berekening? Met andere woorden: van welke component is dit precies het percentage?</p> <p>Ons valt op dat in het geval dit een percentage van de omzet zijn, dit percentage zeer laag zouden zijn en ten opzichte van wat in Jeugdzorg gebruikelijk is. Indien dit het geval is, willen wij u vragen dit nadere te onderzoeken en te wijzigen.</p>	<p>Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De onderzoekers volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.</p>
162	<p>In de presentatie worden op basis van onderzoek van KPMG en Berenschot percentages voor de productiviteit (cliëntgebonden tijd) gerekend die minimaal 64,44%, gemiddeld 69,72%-72,00% en maximaal 74,09% bedragen.</p> <p>Hoe zien jullie deze percentages in het licht van outreachend werken, inclusief reistijd in de grote regio Rivierenland?</p> <p>Op basis van wat er in de vaste CAO componenten Jeugdzorg zit en wat daar bij komt aan reistijd, vastleggingen, teamoverleg etc is ons inziens deze productiviteit geen realistische basis om mee te rekenen.</p> <p>Daarbij merken wij op dat de productiviteitspercentages in genoemde onderzoeken ten aanzien van cliëntgebonden tijd in andere regio's (zoals regio Utrecht West) momenteel ter discussie staan. Wij vragen u daarom om hier nog nader naar te kijken en deze uitgangspunten te wijzigen. Op verzoek zijn wij zeker bereid hierin mee te denken.</p>	<p>Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).</p> <p>Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.</p>
163	<p>In de presentatie kwam verschillende malen de inzet van een gedragswetenschapper aan bod. Vanuit de visie en beleid van Timon is dat een goede manier om kwaliteit van de hulpverlening te waarborgen.</p> <p>Gaan jullie in de berekening er vanuit dat een gedragswetenschapper ook uren schrijft en dat deze ook gedeclareerd worden?</p> <p>En zo ja, hoe zien jullie dat in het licht van administratieve lastenverlichting?</p>	<p>Ja, de gemeenten gaan er bij de producten waar de inzet van een gedragswetenschapper wordt verwacht vanuit dat deze ook een actieve bijdrage levert en dus cliëntgebonden uren zorg levert en dat deze tijd dus ook gedeclareerd wordt.</p>
164	<p>Met welke indexatie wordt er rekening gehouden is dit de OVA?</p>	<p>Voor de personele kosten wordt gerekend met de OVA 2022. Voor de materiële kosten, kapitaallasten en waar van toepassing huisvestingskosten, wordt rekening gehouden met de CPI / prijsindexcijfer particuliere consumptie 2022.</p>
165	<p>Normaal is de groeps grootte toch 4 excl eigen kinderen?</p>	<p>Tekst wordt aangepast in: "Maximaal 4 tot 6 geplaatste kinderen en wanneer eigen kinderen in huis wonen is het totaal niet groter dan 8."</p> <p>Er komt een overgangperiode op basis van natuurlijk verloop voor gezinshuizen met meer dan 6 jeugdigen op dit moment. Extra plaatsingen, ook als dit tijdelijke plaatsen zijn (Crisisplaatsen kennen de gemeenten niet), zijn niet mogelijk.</p>
166	<p>Wat maakt het verschil in huisvesting en hotelmatige kosten in gezinshuis en verblijf met behandeling 7 - 13,5%??</p>	<p>Verskil wordt enerzijds veroorzaakt door verschil in ruimte die voor deze producten benodigd is in combinatie met de gemiddelde groeps grootte. Daarnaast worden er aan de verblijf met begeleiding producten zwaardere eisen gesteld aan de locatie. Tenslotte zijn de percentages ook gebaseerd op vastgoedprijzen voor vastgoed van deze omvang.</p>
167	<p>Bij meerdere producten worden andere kosten specifiek genoemd als inclusief. Zijn hiervoor % meegenomen en zo ja hoeveel?</p>	<p>Alle kosten die inclusief zijn voor bepaalde producten, zijn in de vorm van percentages of extra kosten in euro's (bijv. maaltijdvergoeding) toegelicht gedurende de presentatie en ook terug te vinden in de presentatie op de website.</p>
168	<p>Vervangt het product vervoer het bestaande leerlingenvervoer?</p>	<p>Nee, het leerlingenvervoer blijft bestaan en staat in die zin los van het aangepaste vervoersproduct Jeugd.</p>



169	Bij begeleiding groep wordt uitgegaan van CAO jeugdzorg. Voor GGZ verblijf wordt ook regelmatig begeleiding groep ingezet, omdat jeugdige niet naar school gaat; er wordt gewerkt aan behandeldoelen en tevens wordt dit ingezet ter bestending van de behandelresultaten. Moet hier dan begeleiding groep voor ingezet worden (die niet op GGZ gebaseerd is), of een GGZ behandelproduct waarvan de inzet omgerekend wordt naar groeps grootte?	Bij Verblijfsetting GGZ-F en G maakt begeleiding onderdeel uit van het product/ tarief. Stapeling is hier dus niet van toepassing.  Het tarief voor begeleiding groep is doorgaans gebaseerd op J&O omdat deze doorgaans vaker voor dit product wordt ingezet. Hiermee sluiten we gebruik door organisaties in andere CAO's niet uit, maar ligt het meer voor de hand om een andere CAO als basis te gebruiken.  Mogelijk refereert deze vraag aan GGZ C en D bedden. Hierover gaan de gemeenten graag met aanbieders in gesprek.
170	GGZ behandeling is niet opgesplitst in individueel en groep, terwijl er (zeker icm klinisch verblijf) wel groepsbehandeling wordt ingezet. Mag dit met het reguliere GGZ product, waarbij de inzet uiteraard wordt omgerekend naar groeps grootte?	De gemeenten kunnen deze vraag nu nog niet goed beantwoorden. We gaan hiermee aan de slag en hopen snel met een antwoord te komen.
171	(...) heeft als doel diagnostiek. In onze ervaring is inzet MSP daarin hoger dan 10%. Waarop is 10% gebaseerd?	Voor GGZ start zorg geldt dat de MSP voornamelijk ondersteunend en consulterend betrokken is bij de zorgverlening. Daarom telt deze voor 10% mee.
172	In de GGZ wordt de inzet van ervaringsdeskundigen steeds meer erkend, omdat de effectiviteit van de inzet ook steeds meer wordt bewezen. Hoe is dit meegenomen in de GGZ producten? Een ervaringsdeskundige is niet altijd geregistreerd. Mogen zij onder de norm van verantwoorde werktoedeling wel ingezet worden?	Het is mooi als er gebruik wordt gemaakt van ervaringsdeskundigheid binnen de ingezette zorg. In de norm van verantwoorde werktoedeling wordt hier niet expliciet over gesproken. De ervaringsdeskundige kan naast de betrokken professional ingezet worden.
173	Indien ambulante producten (in ons geval behandeling GGZ specialistisch en evt. begeleiding groep) gestapeld wordt met verblijf is ORT hoger dan aangegeven aan het begin van de presentatie. Het programma voor onze jeugdigen start om 07.00 en eindigt om 22.00. Daartussenin wordt een dag vullend programma geboden met slechts 3 uur vrije tijd. Verzoek om te onderzoeken hoe hiermee rekening gehouden kan in het geval van stapeling bij verblijf	Bij verblijfsproducten is er rekening gehouden met de ORT waarbij de gemeenten de percentages volgen zoals opgenomen in de CAO's. Voor de ambulante producten geldt dat de regio ervanuit gaat dat deze zorg plaatsvindt gedurende kantooruren.
174	Wij leveren GGZ verblijf C/D (klinisch verblijf besloten) en kunnen deze niet goed kwijt in de verblijfsproducten zoals nu omschreven. Mbt de parameters verwachten we dat we met de achterliggende berekening met het tarief van verblijf met begeleiding zwaar niet uit zullen komen. Bovendien is zowel dit, als verblijf terrein groep inhoudelijk geen passend product als je kijkt naar een aantal kenmerkende aspecten van GGZ verblijf zoals DSM stoornis, VOV personeel, bescherming/toezicht etc	Sinds 2019 zijn er slechts heel beperkt plaatsingen geweest op GGZ A t/m E bedden. Uitgangspunt is dat dit nu valt onder Verblijf met begeleiding licht of midden. Hierover gaan de gemeenten graag met aanbieders in gesprek.
175	WMO dagbesteding groep; Ik zie dat hier rekening gehouden wordt met een groeps grootte van min. 7 en max. 11 personen. Dit vind ik heel veel voor 1 begeleider (met evt. vrijwilliger of stagiaire). Nu het tarief nog niet bekend is, is het lastig in te schatten of je met de nieuwe tarieven extra medewerkers kan inzetten op deze groeps grootte. Kunt u aangeven wanneer er duidelijkheid is over de tarieven? Bij andere contracten zien wij niet zulke grote groepen, veelal max. 8.	De publicatie van de tarieven volgt volgens de planning die met de aanbieders is gedeeld.  Voor Wmo Dagbesteding Groep wordt er bij de tariefsopbouw gerekend met een gemiddelde groeps grootte van 7 gerekend.
176	WMO dagbesteding groep extra Hierbij wordt aangegeven dat minimaal 40% van de begeleiding word uitgevoerd door een HBO beroepskracht, hoe moet ik dat zien? Bij kleinschalige zorg is er soms 1 beroepskracht MBO 4 met een HBO zorgcoördinator die betrokken is bij screening, plaatsing en alle gesprekken en tussentijd consulteerbaar indien nodig. Zou deze locatie dit product dan niet meer mogen leveren? Of alleen als er x uur per dag een HBO'er langskomt/ begeleidt? Persoonlijk zou ik dat heel jammer vinden, mede met oog op het feit dat cliënten die gaande het traject zwaarder worden (denk aan mensen met dementie) zouden moeten stoppen op hun vertrouwde plek met vertrouwde begeleider(s) en naar andere dagbesteding moeten (of eerder opgenomen moeten worden) i.v.m. te weinig % HBO. Ik wil u vragen dit % te heroverwegen omdat dit kostbare plekken kan kosten die dan niet meer deze zorg kunnen leveren. Persoonlijk denk ik niet dat de kwaliteit veel beter is als er x uur per dag een HBO'er mee begeleidt. Dat HBO betrokken is in de regierol en tijdens intake en gesprekken en dagelijks consulteerbaar is vind ik zeker wel van toegevoegde waarde.	40% van het te besteden aantal uren (dus: de personele inzet) aan de bedoelde groep dient door een HBO-geschoold personeelslid te worden uitgevoerd. Dit is volgens ons nodig vanwege de 'zwaarte' van de ondersteuningsbehoefte van die groep .  De consultatie- en intake functie door een HBO'er kunnen uiteraard deel uitmaken van het percentage van 40%. Maar ook dan blijft wel de productspecifieke eis staan dat inzet op locatie door een HBO'er wordt gevraagd.



177	<p>WMO Vervoer: Is het verplicht voor de aanbieder om vervoer te leveren als dit wordt geïndiceerd? Voor kleinschalig aanbieders is dit niet altijd haalbaar.</p> <p>M.b.t rolstoelvervoer kunnen kosten flink oplopen, omdat dit incidenteel voorkomt is het vaak 1 op 1 vervoer naar een zorgboerderij (geen volle taxibus). Kleinschalige aanbieders moeten dan gebruik maken van een taxibedrijf. Voor een rit van zo'n 12 km. komt dit al snel op €70,- per dag. (recent hadden we zo'n casus in een andere regio). De tarieven voor rolstoelvervoer zijn nog niet bekend maar ik schat in dat, deze niet kostendekkend zijn als het 1 op 1 vervoer is. Hierdoor kan het dus zijn dat cliënt bij ons niet geplaatst kan worden of moet stoppen als hij rolstoelafhankelijk wordt. Het zou fijn dat als voor rolstoelvervoer wel gebruik gemaakt kan worden van Versis met een speciaal tarief wat in de richting is van de vergoeding, zou u hierover na willen denken?</p>	<p>Het antwoord op uw vraag over de verplichting: ja, dit is verplicht. Het antwoord op uw vraag over Versis: Voor deze casus is Versis niet bedoeld. De gemeenten gaan ervan uit dat de tarieven gemiddeld kostendekkend zijn.</p>
178	<p>Begeleiding groep regulier: Ik lees in de omschrijving niets over groeps grootte, kunt u aangeven waar u vanuit gaat m.b.t. de tariefberekeningen?</p>	<p>Er wordt rekening gehouden met een gemiddelde groeps grootte van 6.</p>
179	<p>Begeleiding groep specialistisch: Ik lees in de omschrijving niets over groeps grootte, kunt u aangeven waar u vanuit gaat m.b.t. de tariefberekeningen?</p> <p>Bij product specifieke eisen staat: de directe geregistreerde begeleider heeft minimaal een relevante opleiding op HBO niveau. In ons geval heeft iedere jeugdige een SKJ geregistreerde HBO of WO opgeleide zorg coördinator, is dat voldoende m.b.t. deze omschrijving?</p>	<p>Er wordt rekening gehouden met een gemiddelde groeps grootte van 4.</p> <p>De benoemde SKJ geregistreerde HBO of WO opgeleide zorg coördinator voldoet aan de eis van directe geregistreerde begeleider met minimaal een relevante opleiding op HBO niveau. Deze tekst is verwijderd uit de productspecifieke eisen. De gemeenten werken volgens de norm voor verantwoorde werktoedeling, zie <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a>. Dit komt in het programma van eisen te staan.</p>
180	<p>Logeren regulier en intensief: Bij deze producten mis ik ook de groeps grootte, kunt u deze nog toevoegen?</p>	<p>Voor Logeren regulier wordt er rekening gehouden met een gemiddelde groeps grootte van 8.</p> <p>Voor Logeren intensief wordt er rekening gehouden met een gemiddelde groeps grootte van 6.</p>
181	<p>Vraag 1: In sheet 3 van uw presentatie wordt gesproken over "opleiding, marge en indexatie". Op sheet 9 wordt vervolgens gesproken over "Extra tegemoetkoming in kosten voor opleiding: 2%". Is deze 2% het percentage dat is opgenomen in het kostprijsmodel op sheet 3? Of staat dat hier los van?</p>	<p>Voor de opleiding wordt een 2% opslag meegenomen in de tariefopbouw van ieder product. Daarnaast is er een risico-opslag van 2%. Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Daarnaast zien de gemeenten bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag. Tenslotte wordt rekening gehouden met indexatie omdat de CAO's 2022 en verder nog niet bekend zijn. Voor de personele kosten wordt gerekend met de OVA 2022. Voor de materiële kosten, kapitaallasten en waar van toepassing huisvestingskosten, wordt rekening gehouden met de CPI / prijsindexcijfer particuliere consumptie 2022.</p>
182	<p>Vraag 2: Er wordt in sheet 9 gesproken over "Risicomarge: 2%", maar wordt er naast deze risicomarge in de kostprijsberekening ook een percentage opgenomen voor winstopslag?</p>	<p>Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.</p>
183	<p>Vraag 3: In sheet 3 wordt er gesproken over "overhead" en "materiële kosten". Kunt u ons vertellen wat hiervan uw definitie is en uit welke onderdelen deze posten bestaan?</p>	<p>Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De onderzoekers volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.</p> <p>Materiële kosten zijn alle kosten met betrekking tot het reguliere en planbare onderhoud, zoals onderhoudscontracten en schilderwerk, maar ook kosten voor energiecontracten en verzekeringen. Hierin volgen de gemeenten de landelijke definitie van de NZA en Berenschot.</p>
184	<p>Dit product lijkt niet goed uitgewerkt. Is dit nu een groepsproduct of wordt er ambulante inzet toegevoegd aan een bestaande KDV/BSO voorziening? Daarnaast: Regio FoodValley heeft dit in 2018/2019 uitgewerkt en is misschien een goede spiegel?</p>	<p>In de productomschrijving gaan de gemeenten uit van ambulante inzet. De gemeenten overwegen nog om een pilot te starten en daarbij uit te gaan van een groepsproduct.</p>

185	Logeren Waarom staat logeren als voorziening bij 'extramuraal' als dit een overnachtingsproduct is en vaak ook bij pleeggezinnen mogelijk is? Wat is inhoudelijk dan het verschil tussen deeltijdpleegzorg en logeren?	Omdat dit product is ingestoken vanuit de (tijdelijke) ontlasting voor ouders/gezinnen.
186	a. Wij zien een verhoging van de eisen voor 41A04 (specialistische behandeling individueel). Deze staat momenteel op post-HBO/WO voor GGZ en wordt nu WO/post-HBO. Met deze beweging worden de opleidingseisen hoger gesteld dan omringende regio's. Mocht dit al haalbaar zijn, dan heeft dit een kostenopdrijvend effect voor meerdere regio's. Is de regio zich hiervan bewust? b. Welke onderbouwing zit hieronder?	De opleidingseisen voor product 41A04 blijven hetzelfde. In de oude omschrijving is deze WO en post WO. In de nieuwe omschrijving is deze hetzelfde geformuleerd.
187	Persoonlijke verzorging kan een onderdeel van de begeleiding zijn." - Betekent dit dat een aanbieder verplicht kan worden in een dergelijk traject PV te leveren?	Binnen de oude groepsproducten begeleiding kon persoonlijke verzorging al onderdeel zijn van de gegeven begeleiding. Net zoals individuele contactmomenten kan ook persoonlijke verzorging een onderdeel zijn van de groepsbegeleiding. Dit blijft ook in de nieuwe productbeschrijvingen van begeleiding groep staan. In het tarief zit de indirect cliëntgebonden uren verdisconteerd
188	SKJ-geregistreerd moeten zijn staan niet meer als eis benoemd. Wel: 'HBO opgeleid'. In de wet wordt SKJ vereist. Welk standpunt heeft de regio hierin? Waarom wordt (algemeen) niet aangesloten bij en verwezen naar de landelijke vereisten ?	Met geregistreerd wordt SKJ-geregistreerd bedoeld. In alle begeleidings- en behandelproducten is daarmee de SKJ geregistreerd werker een verplicht onderdeel geworden.  Deze tekst is verwijderd uit de productspecifieke eisen. De gemeenten werken volgens de norm voor verantwoorde werktoedeling, zie <a href="https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling">https://skjeugd.nl/verantwoorde-werktoedeling</a> . Dit komt in het programma van eisen te staan.
189	Hoeveelheid producten GGZ: We zien binnen de specialistische GGZ meerdere producten: specialistisch GGZ 54002, behandeling ggz start zorg, behandeling ggz en nazorg. De hoeveelheid aan producten maakt het proces administratief zwaarder. Kan de regio toelichten hoe dit proces bijdraagt aan de lasten verlichting binnen GGZ? Wij kunnen niet verschillende productcodes tegelijkertijd opvoeren. Wat wel kan is volgtijdelijk. Kan de regio aangeven of we hier te maken hebben met volgtijdelijkheid? Is de regio tevens bereid om huidige afspraken rondom toewijzen bij zorgzwaarte typering te blijven handhaven, zodat deze werkwijze niet nodig is? Aanbieder heeft goed inzicht in type zorgvraag en welke indicatie hierbij passend is.	Deze producten bestaan momenteel ook al en zijn met de aanbieders in gezamenlijkheid geëvalueerd. Naar aanleiding van deze gesprekken en de positieve ervaringen met de producten, is ervoor gekozen deze ook in de nieuwe inkoop op te nemen. Er is bij deze producten inderdaad sprake van volgtijdelijkheid.
190	De specialistische GGZ wordt niet uitgevoerd door sec HBO+ of hoger gekwalificeerde medewerkers. Er worden ook (in veel mindere mate +/- 2% totaal organisatie) HBO-medewerkers ingezet. Onze HBO-medewerkers zijn onderdeel van het multidisciplinaire team, dit ter voorkoming van een opname. Kan de regio deze kwalificatie toevoegen?	In de opbouw van het tarief worden HBO'ers meegenomen in de vertaling van FWG 55.
191	Stopzorg: Wanneer wij nog medicatiecontrole uitvoeren gaat dat altijd gepaard met aanvullende consultatie, psychoeducatie of behandeling. De problematiek kan dan nog niet worden afgeschaald naar de huisarts. Wij gaan er van uit dat dit product daar niet voor is bedoeld, maar dat bij deze zorg de GGZ behandeling nog doorloopt. Is deze aanname juist? En zo niet, kunt u nader toelichten?	Het product 'stopzorg' wordt door de gemeenten niet herkend, mogelijk bedoelt u het product 'nazorg'. Het product nazorg is precies bedoeld voor datgene wat wordt beschreven in de vraag.
192	Het product academische functie is ons nog niet duidelijk. Wat wordt bedoeld met een opslag op het tarief? Dat er twee producten naast elkaar lopen? Dat kan systeemtechnisch namelijk niet. Voorkeur heeft derhalve een eigen tarief voor de academische functie. We gaan graag met de regio in gesprek om hier een passende en administratief vriendelijke werkwijze op te vinden. Is de regio hier toe bereid?	De gemeenten hanteren één tarief voor dit product en hanteren geen opslag meer.
193	De producten MST en MDFT kunnen, zeker in het geval van psychiatrische problematiek i.c.m. LVB, onderdeel uitmaken van de GGZ behandeling. Kunnen wij er derhalve vanuit gaan dat deze therapieën dan onderdeel uitmaken van de integrale GGZ behandeling en hier niet dit aparte product voor hier te worden toegewezen?	Producten MST en MDFT zijn bedoeld ter voorkoming van uithuisplaatsing en de gemeenten kiezen ervoor deze als losse producten te beschrijven. Deze producten dienen apart te worden ingezet.

194	<p>We zien dat de regio meerdere producten hanteert voor de behandeling door een psychiater, hoe moet dit worden gezien? Begrijpen wij goed dat producten 22 – 24 en producten rondom ADHD (die overigens niet in het productenboek staan opgenomen) niet apart voor de specialistische GGZ partijen van toepassing zijn? Deze extra producten geven een extra administratieve last.</p>	<p>De producten 22 - 24 hebben betrekking op behandeling in het ziekenhuis. De AD(H)D producten op de huisarts. Dit is dus niet van toepassing op specialistische GGZ partijen.</p>
195	<p>Consultatie en advies: het proces als beschreven werkt drempelverhogend. We zien een grote meerwaarde van deze dienst. Echter wegen de kosten en baten in dit proces niet tegen elkaar op. We zouden graag nader verkennen hoe we dit product zo met elkaar in kunnen zetten dat er laagdrempelig gebruik van kan worden gemaakt. Bent u bereid dit verder uit te werken en te verkennen?</p> <p>Tevens missen we hierin de constructie van consultatie tussen aanbieders? Hoe is hier uw zienswijze op?</p>	<p>Dit product is toegevoegd omdat we de consultatie en advies al kennen. De gemeenten zetten vooralsnog deze wijze van facturatie voort. Wellicht kunnen er in de toekomst nader gesprekken gevoerd worden hierover.</p>
196	<p>Eén van de belangrijkste argumenten om de aanbestedingsstrategie binnen de Regio Rivierenland voor WMO/Jeugdzorg 2023 te wijzigen, betreft het verbeteren van de kwaliteit. Tot op heden heeft Regio Rivierenland richting gecontracteerde zorgverleners niet inzichtelijk kunnen maken welke kwaliteitsissues spelen.</p> <p>a. Kunt u heel concreet aangeven welke kwaliteitsissues binnen WMO en Jeugdzorg aanleiding zijn geweest om de aanbestedingsstrategie 2023 te wijzigen?</p> <p>b. Kunt u aangeven rond welke producten met name kwaliteitsissues speelden/spelen?</p>	<p>De gemeenten beogen met de nieuwe inkoop de kwaliteit van zorg beter te kunnen waarborgen voor haar inwoners. Kwaliteit is hierbij een gelaagd begrip dat uit vele elementen bestaat en verder reikt dan alleen kwaliteitsissues. Door meer aandacht te besteden aan ervaren kwaliteit, effectiviteit en daarmee ook doelmatigheid en door duidelijke kwaliteitseisen te stellen willen de gemeenten voor inwoners de garantie kunnen geven dat de zorg en hulpverlening op een professioneel niveau wordt uitgevoerd. De inkoopstrategie zoals gepubliceerd op Rivierenlandkanmeer bevat een uitgebreide beschrijving van hoe meer aandacht voor kwaliteitsaspecten moet bijdragen aan de gewenste beweging en het bereiken van doelen. Voor meer informatie over wat de gemeenten met de nieuwe strategie willen bereiken (en daarmee dus met de huidige strategie niet of onvoldoende bereiken) kunt u de strategie vinden via <a href="https://www.rivierenlandkanmeer.nl/nl-NL/inkoop-wmojeugd-2023/inkoopstrategie">https://www.rivierenlandkanmeer.nl/nl-NL/inkoop-wmojeugd-2023/inkoopstrategie</a></p>
197	<p>Psychiatrie versus Psychologie</p> <p>Is bekend dat GGZ niet synoniem staat voor Psychiatrie? De GGZ omvat zowel psychiatrische als psychologische zorgverlening! Binnen de 54xxx productrange wordt verwezen naar DSM 5.0. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten. Voor de leek kan dit wellicht een definitiekwestie zijn, voor de zorgprofessional actief in en rond dit werkveld (verwijzer en aanbieder) is dit echter van wezenlijk belang. Een psychiater is over het algemeen vooral geïnteresseerd in mentale stoornissen en hoe dit via een medische behandeling (vaak met medicatie) verbeterd kan worden. Een psycholoog is over het algemeen meer geïnteresseerd in menselijk gedrag en de onderliggende hersen-processen en hoe deze veranderd zouden kunnen worden. Een essentieel verschil, waarbij overigens in voorkomende gevallen Psychiater en (gekwaliceerd) Psycholoog nauw samenwerken. Het advies is om de landelijke afspraken zoals deze onder andere zijn vastgelegd door de GGZberoepsverenigingen te volgen en geen regionale invulling aan het GGZ werkveld te geven. In dat kader is de volgende suggestie: vervang de zinsnede ‘psychiatrisch stoornis’ door ‘psychiatrisch/psychologische stoornis’.</p>	<p>Dat is de gemeenten bekend. De zinsnede wordt aangepast.</p>

Kwaliteitsstatuut:

Is bekend dat het Kwaliteitsstatuut alleen geldig is voor curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet? Het Kwaliteitsstatuut geeft dit ook nadrukkelijk op haar website aan: "Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz is dus geen veldnorm voor jeugdzorg.". Navraag bij het Kwaliteitsstatuut leert ook dat zorgaanbieders die alleen werkzaam zijn in de Jeugdzorg momenteel überhaupt geen Kwaliteitsstatuut kunnen verkrijgen. Door het Kwaliteitsstatuut is de volgende tekst gedeeld:

"Het model- Kwaliteitsstatuut GGZ geeft aan wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording, om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van 'geneeskundige GGZ', dat wil zeggen: generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet. Jeugdzorg valt onder de Jeugdwet en is overgeheveld naar gemeentes, en valt daarmee niet binnen het huidige Kwaliteitsstatuut. Het is op dit moment dan ook niet mogelijk om als GGZ-jeugd behandelaar een kwaliteitsstatuut in te vullen. Wellicht behoort dit in de toekomst wel tot de mogelijkheden. Neemt u voor meer informatie contact op met uw gemeente of branche- of beroepsorganisatie. Indien er wordt aangegeven dat de gemeente om een kwaliteitsstatuut vraagt, vraag dan na om welke gemeente het gaat en geef dit door aan de opdrachtgever."

Gevolg van het klakkeloos verwijzen naar het Kwaliteitsstatuut (zie product specifieke eisen, is dat een aantal landelijk erkende Jeugdzorg registraties onrechtmatig worden uitgesloten. Binnen de landelijke afspraken is o.a. nadrukkelijk gesteld dat naast o.a. de beroepen Jeugdarts en de GZpsycholoog ook de K&J Psycholoog NIP/SKJ en de Orthopedagoog-Generalist als Regiebehandelaar mogen optreden. Verzoek is om dit expliciet te maken. Dit komt de kwaliteit ten goede. Het verwijzen naar een opleidingsniveau (zie ook elders) biedt onvoldoende garantie voor kwaliteitsborging. Tevens wordt opgemerkt dat momenteel de discussie loopt om beide laatstgenoemde registraties in het BIG-register op te nemen. Hiermee zal worden voorkomen dat dergelijke discussies in de toekomst vaker zullen plaatsvinden!

De gemeenten hebben nadrukkelijk oog voor de eisen m.b.t. kwaliteitsborging. Als het gaat om de regiebehandelaar wordt dit nader aangepast.

199	<p>Eisen t.a.v. opleiding, beroep en registraties</p> <p>Binnen de producten Begeleiding, Jeugdhulpbehandeling en GGZ komen zinsneden voor als “... heeft minimaal een relevante opleiding op post-hbo-niveau of wo- niveau”. -niveau”. Met het woord ‘relevant’ wordt getracht e.e.a. te duiden, maar hiermee wordt nog niet expliciet gemaakt welke MBO-, HBO- of WO-opleidingen geldig zijn. Momenteel is er ruimte voor interpretatie en creatieve invulling. Zoals ongetwijfeld bekend zijn titels als ‘procesbegeleider’, ‘coach’ of ‘psycholoog’ niet beschermd. Dit heeft als mogelijke consequentie dat iedereen zichzelf als zodanig mag positioneren. Om deze reden laten bijvoorbeeld WO+ geschoolde psychologen zichzelf registreren in bijvoorbeeld het BIG- , SKJ- en/of NIP-register, en mogen hiermee het beroep van bijvoorbeeld GZ-psycholoog, Orthopedagoog-generalist, of K&amp;J-psycholoog SKJ uitoefenen. Om een dergelijke registratie te verkrijgen zullen betrokkenen moeten voldoen aan een breed pallet van kwaliteitsvereisten. Met deze registraties wordt in ieder geval de kwaliteit binnen de psychiatrische/psychologische zorg beter geborgd. Met het behalen van een dergelijke registratie</p> <p>a. De zorgprofessional wil net als de gemeenten voorkomen dat de spreekwoordelijke ‘bakker om de hoek’ zich in het werkveld mengt. Door het opleidingsniveau (MBO/HBO/WO/WO+) in algemene termen te beschrijven, wordt dit echter onvoldoende geborgd dat de noodzakelijke kwaliteit ook geleverd kan worden. Geadviseerd wordt om expliciet te verwijzen naar landelijk erkende kaders (zie bijvoorbeeld de GGZ) om daarmee te voorkomen dat commerciële ambities zich nog meer manifesteren in de WMO/Jeugdzorg. Een mogelijkheid zou zijn om bij ieder product te verwijzen naar landelijke erkende beroepen / registraties.</p>	<p>Daar waar nodig worden de genoemde opleidingseisen nog nader gespecificeerd. Het benoemen van alle opleidingen is geen optie, omdat deze lijst onuitputtend wordt. Het woord relevant laten de gemeenten dan ook staan. Door het stellen van kwaliteitseisen is de kwaliteit voldoende geborgd.</p>
200	<p>Opleidings- en registratie-eisen zijn voor de Generalistische en Specialistische GGZ nagenoeg gelijk. Bij de GGZ-producten wordt onder ‘Productspecifieke eisen’ eerst het minimale opleidingsniveau Post-HBO of WO beschreven. Hierna volgt in een tweede bullet een zinsnede dat daarnaast een regiebehandelaar betrokken is conform het Model Kwaliteitsstatuut. T.a.v. het Kwaliteitsstatuut is reeds eerder opgemerkt dat deze niet geldig is binnen de Jeugdzorg. Verder geldt dat als het gaat om psychiatrische en/of psychologische zorgverlening gaat altijd een Regiebehandelaar betrokken moet zijn. Verzoek is om beide bullets om te draaien en expliciet te maken (verwijzen of beschrijven) welke registraties hiervoor gelden. Opgemerkt wordt dat voor zowel de generalistische als gespecialiseerde GGZ een WO+ niveau vereist is. Immers, GGZ kan niet geleverd worden zonder de inzet van een Regiebehandelaar en deze is WO+ geschoold. Naast de Regiebehandelaar kan/kunnen eventueel mede-behandelaren worden ingezet (Post-HBO / WO niveau). Overigens zou de insteek hierbij moeten zijn dat de cliënt/patiënt steeds dezelfde zorgverlener(s) tegenover zich ziet.</p>	<p>Het klopt dat het Kwaliteitsstatuut niet geldt binnen de Jeugdzorg, omdat Jeugd GGZ geen wettelijk begrip is. Wel is dit een wens van de sector. De gemeenten willen wel werken conform dit statuut en hebben het daarom als zodanig opgenomen.</p>
201	<p>In het Productenboek worden o.a. de producten Begeleiding (45A48, 45A49, 45A53, 45A54), Jeugdhulpbehandeling (41A03, 41A15, 41A04, 41A16) en Behandeling GGZ (54001, 54002, 54052, 54053) in samenhang bezien (zie de vragen/opmerkingen onder ‘Samenhang producten’). Een goede zaak! Tegelijkertijd is er een onbalans tav de hierbinnen beschreven opleidingseisen</p>	<p>In het programma van eisen wordt verder ingegaan op de registratievereisten, verantwoordelijkheden en opleidingscriteria etc. In de benoemde productomschrijvingen wordt niet meer gesproken over registraties. De opbouw van het opleidingsniveau door de producten heen is zoveel mogelijk in samenhang vastgesteld. Voordat de productbeschrijvingen definitief worden zal nogmaals gekeken worden naar de logische opbouw.</p>
202	<p>In de producten Begeleiding (45A48, 45A49, 45A53, 45A54), Jeugdhulpbehandeling (41A03, 41A15, 41A04, 41A16) en Behandeling GGZ (54001, 54002, 54052, 54053) wordt onder ‘Samenhang met andere producten’ de onderlinge samenhang tussen deze producten beschreven in termen van ‘Lichter dan ...’ of ‘Intensiever dan ...’.</p>	<p>Aanvullend op bovenstaande vraag. Wij zullen als het gaat om de samenhang binnen de producten m.b.t. 'lichter dan of intensiever dan' goed kijken naar alle producten. Dit zodat ook hierin een logische en een te verklaren lijn zichtbaar is.</p>

203	<p>Producten Jeugdhulpbehandeling versus GGZ: dubbeling in behandelings-werkzaamheden. In de omschrijving van de producten Jeugdhulpbehandeling (41A03, 41A15, 41A04, 41A16) staat het volgende te lezen: “Behandelen van problemen in het dagelijks functioneren. Deze kunnen van pedagogische, systemische of psychologische aard zijn. Denk hierbij aan gedragsproblemen, een ontwikkelingsachterstand of sociaal-emotionele problemen”. Deze beschrijving had ook binnen de GGZ-producten opgenomen kunnen worden. Met bovenliggende tekst wordt een overlap geïntroduceerd tussen de producten Jeugdhulpbehandeling en GGZ t.a.v. het leveren van psychologische zorg. Dit is ongewenst en kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit en daarmee de cliënt/patiënt (bij Jeugdhulpbehandeling wordt niet gerefereerd naar landelijke GGZ-kwaliteitseisen). Geadviseerd wordt om het onderscheid tussen de producten Jeugdhulpbehandeling en GGZ duidelijker te verwoorden.</p>	<p>Er is al benoemd dat binnen de GGZ de psychiatrische stoornis op de voorgrond staat. In het kader van de wens om problematiek integraal aan te pakken, kiezen de gemeenten ervoor om dit niet nog verder te kaderen.</p>
204	<p>Jeugdhulpbehandeling – discrepantie tarieven De tarieven voor Jeugdhulpbehandeling (2022 en eerder) liggen (aanzienlijk) hoger dan vergelijkbare GGZ-producten. Tegelijkertijd wordt in de GGZ-producten beschreven dat deze intensiever zijn dan de Jeugdbehandelingsproducten (zie ook onder ‘Samenhang producten’). Onderstaand overzicht geeft de tarieven 2022 weer. Indien de producten inhoudelijk worden vergeleken blijkt dat bv opleidingseisen voor de Jeugdhulpbehandeling lager liggen dan die van de GGZ.</p> <p>a. Kunt u toelichten waarom de tarieven voor Jeugdhulpbehandeling hoger zijn dan die van de GGZ producten? b. Bent u van plan dit te corrigeren en recht te doen aan het WO+ opleidingsniveau dat binnen de GGZ voor de Regiebehandelaar wordt vereist?</p>	<p>Het klopt dat de tarieven voor Jeugdhulpbehandeling hoger zijn dan die voor de GGZ producten. In de nieuwe inkoop gaan de gemeenten dat beter op elkaar afstemmen.</p>
205	<p>Begrippen Begrippen als ‘systeemgerichte aanpak’, ‘ontwikkelingsbehoefte’, ‘psychologische aard’, ‘psychische stoornis’, ‘psychiatrische stoornis’, ‘psychosociale problematiek’, ‘psychosomatische klachten’ worden gebruikt zonder deze in de context van het geheel te plaatsen. Eerder is opgemerkt dat het beroep van psycholoog niet beschermd is. Daar waar de GGZ-producten nauwgezet beschreven en begrensd worden (volgen van landelijke richtlijnen als DSM 5.0, registratie-eisen, regiebehandelaar- /medebehandelaarschap, etc.), blijft met de huidige beschrijving van de producten Begeleiding en Jeugdhulpbehandeling de deur openstaan voor creatieve invulling van de zorg. Hierdoor wordt de voor 2023 beoogde kwaliteitsimpulsbehoefte onvoldoende vormgegeven. Daar waar psychische/psychologische zorgverlening aan de orde is, zal dit altijd moeten plaatsvinden onder aansturing of verwijzing van een daartoe erkend regiebehandelaar. Dit geldt dus ook voor de producten Begeleiding (o.a. 45A48, 45A49, 45A53, 45A54), Jeugdhulpbehandeling (41A03, 41A15, 41A04, 41A16).</p>	<p>De gemeenten volgen de norm voor verantwoorde werktoedeling en dragen er zorg voor dat in iedere productcategorie de juiste eisen aan professionals worden gesteld. In dat kader is het binnen de producten die genoemd worden niet altijd noodzakelijk een regiebehandelaar aan te stellen.</p>
206	<p>Regulier versus Specialistisch De huidige productbeschrijvingen laten veel ruimte voor interpretatie als het gaat om het maken van een keuze tussen Regulier/Specialistisch of Generalistisch/Specialistisch (GGZ). Wat voor de één als Regulier wordt gezien, kan door de ander als Specialistisch worden benaderd. Indien gestreefd wordt naar verbetering van kwaliteit, zullen typering als licht/matig/hoog/zwaar concreter gedefinieerd moeten worden. Binnen de GGZ wordt overigens een andere insteek gehanteerd: enkelvoudige problematiek (Generalistisch) versus meervoudige problematiek (Specialistisch), waarbij de enkelvoudige of meervoudige problematiek is gebaseerd op de DSM 5.0 classificatie.</p>	<p>De gemeenten zijn van mening dat het onderscheid in grote mate goed te maken is. Gemeenten gaan uit van de professionaliteit van de aanbieder eventueel in afstemming met het wijkteam van de gemeente. De gemeenten delen echter wel dat het van belang is om aandacht te hebben voor de overgang en het onderscheid en dat gemeenten en aanbieders dezelfde taal spreken.</p>

207	<p>Veiligheidsrisico's</p> <p>a. Wat wordt verstaan onder veiligheidsrisico's? Betreft het fysieke veiligheid, sociale veiligheid of een combinatie? Verzocht wordt dit specifiek te duiden.</p> <p>b. Binnen het product 'Behandeling GGZ Generalistisch' staat beschreven: "Er zijn geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld of automutilatie.". Dit is niet helemaal juist. Zoals eerder opgemerkt ligt het onderscheid tussen Generalistisch en Specialistisch GGZ eerder in enkelvoudige versus meervoudige problematiek (veelal multidisciplinair vormgegeven). Ook de geregistreerde WO+ GGZ-professional actief binnen de Basis GGZ zou in staat moeten zijn om adequaat te acteren op bepaalde veiligheidsrisico's.</p> <p>T.a.v. genoemde veiligheidsaspecten gelden vele gradaties. Tussen het denken, het benoemen, het dreigen met, of daadwerkelijk het doen (bv automutilatie) zit een heel spectrum. In dergelijke gevallen hoeft niet altijd het zwaarste product ingezet te worden.</p>	Onder veiligheidsrisico's verstaan de gemeenten een combinatie. In het programma van eisen volgen de gemeenten de richtlijnen zoals omschreven in het landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
208	<p>Product Behandeling GGZ Start Zorg</p> <p>Voor het product GGZ Start Zorg geldt voor de Generalistische GGZ sinds 2021 een specifieke benadering. Hierbij geldt dat dit product alleen kan worden ingezet voor Diagnostiek en niet voor Behandeling. Dit betekent dat tijdens de zorgverlening van het product Start Zorg naar het product Behandeling GGZ Generalistisch moet worden omgeschakeld. Alleen voor de generalistische GGZ is deze uitzondering gemaakt en voor zover bekend wordt deze insteek in geen enkele andere regio toegepast. Dit betreft een onwerkbaar constructie waarbij er diverse extra overbodige administratieve handelingen noodzakelijk zijn. Als argument voor deze benadering is meegegeven dat voor Behandeling een lager tarief kan gelden dan voor Diagnostiek. Dit argument is op drijfzand gebaseerd. Immers, het zijn dezelfde zorgprofessionals (regie- en medebehandelaar) die diagnostiek en behandeling vormgeven. Het is heel bijzonder dat slechts bij één doelgroep (Basis GGZ) binnen de WMO/Jeugdzorg een dergelijke insteek wordt gehanteerd. Tel hierbij op de wijze waarop de producten voor Jeugdhulpbehandeling zijn ingestoken (lagere producteisen, hoger tarief), kan slechts één conclusie getrokken worden dat deze bezuinigingsmaatregel onrecht doet aan de professionaliteit van dit Basis GGZ werkveld!</p>	Dit is geëvalueerd en de gemeenten gaan er op basis van deze evaluatie op dezelfde werkwijze mee verder.
209	<p>Vier-ogen-principe versus multidisciplinaire blik</p> <p>Eén van de vereisten van binnen de GGZ geldende registraties (BIG, SKJ, NIP) is dat intervisie plaats vindt. Hierop wordt periodiek getoetst en is een randvoorwaarde voor herregistratie. Het specifiek benoemen van het vier-ogen-principe of het aspect van consultatie binnen de GGZ-producten is hiermee overbodig. Overigens zijn er nog meer vereisten als het gaat om GGZ (her)registratie. Beter is om te verwijzen naar landelijke afspraken. Het begrip multidisciplinaire blik kan niet synoniem staan voor vier-ogen-principe. Het vier-ogenprincipe, of beter Intervisie, vindt plaats tussen beroepsgeenoten, mensen met vergelijkbare registraties (Uni-disciplinair). Multidisciplinair houdt bijvoorbeeld in dat de GGZ Regiebehandelaar overleg heeft met de Jeugd- of Huisarts. Een essentieel verschil. Verzoek is de producten hierop aan te passen.</p>	De gemeenten zullen verwijzen naar de geldende vereisten binnen de GGZ.



210	<p>Met een niet-open aanbesteding zal Regio Rivierenland op basis van specifieke selectiecriteria tot een keuze van contractpartijen moeten komen. Hierover de volgende vragen:</p> <p>a. Kan het zijn dat naast het Productenboek ook andere zorginhoudelijke criteria worden gesteld om tot deze keuze te komen?</p> <p>i. Zo ja, zijn deze al bekend? Wanneer worden deze gedeeld?</p> <p>ii. Zo ja, waarom worden deze niet in het Productenboek ondergebracht? Zoals door de Regio is immers aangegeven dat het Productenboek samen met de systematiek voor tariefsopbouw leidend voor de tarief bepaling. M.a.w. voordat een tarief kan worden bepaald, dienen alle zorginhoudelijke criteria bekend te zijn.</p> <p>b. Wanneer worden de selectiecriteria voor de aanbesteding 2023 gedeeld?</p>	<p>In de productbeschrijving zijn op dit moment alle relevante kostenparameters opgenomen om tarieven te kunnen berekenen. De gebruikte uitgangspunten, waarden en parameters zijn terug te vinden in de presentatie. De gemeenten stellen naast de productenboeken ook een programma van eisen en een inschrijfleidraad op. Deze zullen geen invloed meer hebben op de tarieven. De gemeenten streven ernaar om in april de volgende versies van de documenten te delen waarin ook meer bekend is over de beoordelings- en gunningssystematiek.</p>
211	<p>Product Start Zorg; wij zijn een specialistische aanbieder en hebben momenteel de afspraak om het productie Start Zorg niet te leveren. Dit i.v.m. het feit dat wij altijd langere trajecten hebben dan 20 uur. Is het mogelijk om de afspraak te maken dat dit product niet een vereiste is? Wij zien dit als een administratieve lastenverzwaring.</p>	<p>De gemeenten hanteren dezelfde werkwijze voor al onze zorgaanbieders. Het product Start Zorg wordt bij iedereen toegepast.</p>
212	<p>Wij herkennen een zwaardere disciplinemix dan opgenomen in de tariefopbouw. Op welke wijze kunnen wij afspraken maken die meer passend zijn? Daarnaast is, vanwege arbeidsmarktproblematiek, vaak de enige onderhandelingspositie dat behandelaren in de maximale schaal worden ingeschaald.</p>	<p>Het is voor de onderzoekers niet duidelijk op welke tariefopbouw van welk product u hier doelt. Indien u hiervoor een onderbouwing aanlevert waarom een zwaardere disciplinemix volgens u beter passend zou zijn in relatie tot de doelgroep, zorg die geleverd wordt en gestelde eisen, zullen de onderzoekers dit meenemen in de overweging op de tariefopbouw hiervoor aan te passen.</p>
213	<p>Overhead</p> <p>•Wij zijn een opleidingsorganisatie en hebben daardoor meer overhead dan een andere specialistische aanbieder. Hoe kunnen we afspraken maken over de compensatie van deze kosten? Opleiding is een essentieel om in de toekomst ook voldoende professionals beschikbaar te houden voor Jeugd.</p>	<p>Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De gemeenten volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.</p> <p>Daarnaast is er voor ieder product nog een aanvullende compensatie van 2% voor opleiding en de kosten hiervoor meegenomen. Gemeenten blijven productgericht inkopen. De wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de producten ligt bij de aanbieders. Met ontwikkeling en opleiding kunnen aanbieders zich onderscheiden in hun expertise en aanbod. Het compenseren van deze kosten is niet mogelijk.</p>
214	<p>Ik zie geen compensatie voor toenemende pnul in de GGZ: argumentatie healthcheck-ggz.pdf (assets.kpmg)</p>	<p>Dit hebben de onderzoekers meegenomen in de berekening van de loonkosten. De onderzoekers erkennen dat de werving van functies in de schalen 65 en hoger problematisch zijn. In de tariefberekening houden de gemeenten er daarom rekening mee dat personen in deze functies ingeschaald worden in minimaal de bovenste helft van de loonschaal.</p>
215	<p>Bij (...) wij met een doelgroep waarbij wij werken vanuit de methodiek Gezin Centraal. Vanuit deze methodiek werken wij oplossingsgericht en zijn aanwezig, betrokken en beschikbaar op elk moment van de dag. Daar waar nodig is. Vanuit deze werkvorm sluiten wij in de praktijk goed aan bij multiprobleem gezinnen. Wij voelen ons in het bijzonder verbonden aan de gezinnen die tussen wal en schip vallen op momenten dat er en sprake is van uitdagingen aangaande psychiatrie. En uitdagingen die gaan over bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning. In het huidige bestek van Rivierenland komen wij door het werken met deze gezinnen in de knel met onze tijd. Met name de tijd die nodig is om veelvuldig te overleggen met een GI, school, netwerk, gemeentelijk Centrum voor jeugd en gezin, en andere betrokken, is vanuit de huidige bestekteksten niet declarabel. Daarnaast kiezen wij ervoor om onze hulpverlening aan te bieden vanuit een brede basis in 45A48 (individuele begeleiding) met daarbij 45A53 voor de specialistische interventies. Daar een snelle afname van het hoogste tarief in combinatie met de hoeveelheid indirecte tijd die wij nu niet kunnen declareren, lopen wij vast. Er moet letterlijk geld bij en dat is economisch gezien niet vol te houden.</p>	<p>De regio gaat dezelfde afspraken als de huidige afspraken hanteren. Dit betekent dat bij alle vormen van ambulante jeugdhulp kan alleen de directe cliëntcontacttijd geïndiceerd en gefactureerd worden, met uitzondering van GGZ-behandeling.</p>
216	<p>Tolkkosten</p> <p>a. Alleen bij verblijf licht worden deze kosten genoemd. Dit geldt toch voor alle producten en de inzet van een aanbieder?</p>	<p>Dit geldt voor alle producten en wordt aangepast.</p>

217	<p>Medicatie</p> <p>a. Hier zit een fout: medicatiekosten vallen NIET onder de gemeenten maar onder de ZVW!!!! In de huidige (2020/2021) versie staat dit goed: maar de medicijnen zelf vallen onder de Zorgverzekeringswet (blz15). Graag aanpassen.</p>	<p>Voor een jeugdige die niet in een instelling verblijft, maar wel medicijnen voor psychische klachten krijgt voorgeschreven, valt het voorschrijven van medicatie onder de Jeugdwet (en wordt betaald door de gemeente), maar de medicijnen zelf vallen onder de Zorgverzekeringswet (en worden betaald door de zorgverzekeraar). Dit wordt aangepast in de productbeschrijving.</p>
218	<p>Wijziging producten</p> <p>“Bij meer dan 42 verlofdagen op jaarbasis worden alleen de daadwerkelijk ingezette etmalen vergoed.”</p> <p>- (deze passage komt in het PB Intramuraal voor als: “Bij een inschatting van meer dan 42 verlofdagen dan alleen daadwerkelijke etmalen per week vergoeden”).</p> <p>- Dit zou betekenen dat bij 42 verlofdagen in een jaar, 365 dagen worden vergoed, maar bij 43 verlofdagen slechts 365-43=322. Graag formulering aanpassen naar:</p> <p>o “Bij meer dan 42 verlofdagen, worden maximaal 42 verlofdagen vergoed.”</p>	<p>Uitgangspunt is alleen aanwezigheid declareren muv onderstaand verlof:</p> <p>Bekostiging afwezigheidsdagen in het geval van weekendverlof cliënt (dat onderdeel uitmaakt van het perspectief op terugkeer naar huis of een ‘lichere’ variant van zorg), vakantie, detentie of ziekenhuisopname met een maximum van 14 aaneengesloten dagen per keer en maximaal 42 dagen op jaarbasis.</p>
219	<p>Pleegzorg</p> <p>Regio wil het onderscheid tussen voltijd en deeltijdpleegzorg opheffen. Andere regio’s die dit hebben gedaan, zijn kort na de invoering hierop teruggekomen omdat men toch inzicht wil houden via het berichtenverkeer in dit onderscheid. Wij adviseren om hierover met de regio NoordOostBrabant af te stemmen. Inzicht is echter altijd mogelijk door het aantal etmalen dat gedeclareerd wordt te beschouwen.</p> <p>“Hierbij is de mogelijkheid toegevoegd om gedurende de eerste 12 maanden extra individuele begeleiding toe te kennen”</p> <p>- Dit veronderstelt dat dit alleen in het 1e jaar is ‘toegestaan’. Pleegzorgplaatsingen zijn over het algemeen langdurige plaatsingen waarin gedurende die periode er ‘normale’ ontwikkelingen zijn waardoor een zorgvraag fluctueert. Niet alleen het 1e jaar.</p> <p>- Wij verzoeken deze passage aan te passen naar:</p> <p>o “Hierbij is de mogelijkheid om extra individuele begeleiding en behandeling toe te kennen op geleiding van de ontwikkeling van de hulpbehoefte.”</p>	<p>Dank voor de tip. De gemeenten zullen hierover contact opnemen met de regio NoordOostBrabant. Het klopt dat alleen gedurende het eerste jaar pleegzorg aanvullend het product ‘Begeleiding individueel (45A48)’ beschikt kan worden. Dit is bedoeld voor de eventuele extra benodigde inzet voor (uitgebreid) netwerkonderzoek en perspectiefbepaling. Norm: 0-2 uur per week. Dit wordt met het specifiek omschreven doel ingezet.</p> <p>Behandeling mag separaat beschikt worden indien van toepassing.</p>
220	<p>Gezinshuizen</p> <p>Betekent de voorgestelde wijziging in kwaliteitseisen dat een zelfstandig gezinshuis niet meer gecontracteerd kan worden vanaf 2023?</p>	<p>Dat is juist. Als nieuwe eis voegen we toe dat de opdrachtnemer voor een gezinshuis een professionele aanbieder is, bij voorkeur met een breder zorgaanbod, die optreedt als hoofdaannemer voor een of meerdere gezinshuizen.</p>
221	<p>Wonen zelfstandigheid</p> <p>Dit product vervalt. De kostenopbouw van een kamertrainingsvoorziening is echter anders dan een verblijfsgroep met begeleiding/behandeling. Als de tariefopbouw van ‘verblijf met begeleiding – licht’ gebruikt wordt om de tariefopbouw van een kamertrainingsvoorziening te bekostigen, dan vraagt dit extra aandacht. De vraag is met name of een kamertrainingsvoorziening met een bekostiging als ‘verblijf met begeleiding – licht’ een reële kostenvergoeding toekomt hiermee.</p>	<p>De aanname is dat de tariefopbouw zoals gepresenteerd waarde doet aan het productspecifieke eisen en productomschrijving van het product verblijf met begeleiding licht.</p>
222	<p>Begeleiding en behandeling</p> <p>We lezen in de wijzigingen dat het gebruik van de term ‘behandeling’ lijkt te zijn voorbehouden aan de inzet van GGZ-zorg. In de bijeenkomst van 10-2-2022 is een gelijke vraag gesteld door een GGZ-partner ‘welke behandeling er nog meer is dan GGZ’. Het antwoord daarop was dat er ook in de J&amp;O behandelingen worden geleverd.</p> <p>Zeker als de definitie wordt gebruikt zoals in de stukken nu staat:</p> <p>“Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist.”</p> <p>Om te voorkomen dat het onderscheid tussen begeleiding en behandeling een kostenkarakter krijgt, vragen wij expliciet aandacht aan te besteden. Daarmee zouden namelijk zeer veel trajecten van aanbieders als Entrea lindenhout onder de GGZ vlag moeten komen vallen wat vanuit de ambitie tot demedicaliseren precies de verkeerde route zou zijn. Los van de lange wachttijden en het personeelstekort in de GGZ lijkt dit ons inziens een vervolgesprek meer dan waard.</p>	<p>Naast de producten GGZ Behandeling zijn er ook de producten Jeugdhulp behandeling regulier individueel en groep en Jeugdhulp behandeling specialistisch individueel en groep.</p>

223	<p>Algemeen/Introductie  “Extramuraal/Intramuraal” verwijst, associeert, veeleer met een medische omgeving dan het sociaal domein. Wij zien hier liever begrippen als ‘ambulant’ en ‘verblijf’. Andere regio’s noemen dit ‘licht’ en ‘zwaar’ in de contractering. Als we demedicaliseren en normaliseren als ambitie hebben, passen daar de termen intra- en extramuraal in ieder geval niet bij.</p> <p>0-23 jaar: dat is een mooi uitgangspunt. Het zou mooi zijn als gemeenten het onderscheid tussen een financiering onder Wmo dan wel Jw ook los zouden laten. Nu is dit vaak een struikelblok omdat de tariefstelling in de Wmo fors lager is dan bij de Jw ook al verandert de inzet en de kosten van de professional niet. Wij vragen aandacht hiervoor om in de nog te ontwikkelen regio visie een standpunt hierover te bepalen als regio.</p>	Deze aandachtspunten worden meegenomen in de ontwikkeling van de regiovisie.
224	<p>Bij ALLE verblijfsproducten:  Er wordt gewerkt met normen.</p> <p>- Waar zijn deze op gebaseerd, welke verwijzing naar de onderzoeken van o.a. Berenschot en KPMG zijn gehanteerd (zoals genoemd in de meeting van 10-2-2022) ?</p>	<p>De normen onder het kopje bij 'samenhang met andere producten' zullen worden verwijderd. Voor de Benchmark Care van Berenschot dient u zich aan te melden bij Berenschot om deze te kunnen ontvangen.</p> <p>Het rapport van KPMG is te vinden op:  <a href="https://vng.nl/sites/default/files/201404_eindrapportage_inzicht_in_tarieven_wmo_en_jeugdzorg.pdf">https://vng.nl/sites/default/files/201404_eindrapportage_inzicht_in_tarieven_wmo_en_jeugdzorg.pdf</a></p>
225	<p>Regio wil het onderscheid tussen voltijd en deeltijdpleegzorg opheffen. Andere regio’s die dit hebben gedaan, zijn kort na de invoering hierop teruggekomen omdat men toch inzicht wil houden via het berichtenverkeer in dit onderscheid. Wij adviseren om hierover met de regio NoordOostBrabant af te stemmen. Inzicht is echter altijd mogelijk door het aantal etmalen dat gedeclareerd wordt te beschouwen.</p> <p>a. Er wordt verwezen naar een ons inziens verouderd document:  <a href="https://vng.nl//files/vng/20140717_programma_van_eisen_pleegzorg.docx">https://vng.nl//files/vng/20140717_programma_van_eisen_pleegzorg.docx</a>  Er zijn nieuwe inzichten bekend maar er wordt nog verwezen naar pre-transitie uitgangspunten.</p>	<p>Dank voor de tip. De gemeenten zullen hierover contact opnemen met de regio NoordOostBrabant. Het klopt dat alleen gedurende het eerste jaar pleegzorg aanvullend het product ‘Begeleiding individueel (45A48)’ beschikt kan worden. Dit is bedoeld voor de eventuele extra benodigde inzet voor (uitgebreid) netwerkonderzoek en perspectiefbepaling. Norm: 0-2 uur per week. Dit wordt met het specifiek omschreven doel ingezet.</p> <p>Behandeling mag separaat beschikt worden indien van toepassing.</p>
226	<p>b. “Opdrachtnemer levert op verzoek een Pleegzorgplan waarin minimaal een aantal specifieke aspecten zijn opgenomen: breakdown-percentages en inspanningen/plan voorkomen van breakdown, voortgang activiteiten en knelpunten screening, matching, pleegouderwerving, begeleiding. Het plan vormt de grondslag voor de monitoring van de aanbieder.”</p> <p>Dit begrijpen wij niet. Wordt hiermee het operationeel werken in pleegzorg bedoeld? Waarom moet er een plan worden geschreven?</p>	De gemeenten gaan hier een verdiepende slag op maken en zullen de vraag op een later moment beantwoorden.
227	<p>c. “Tijdens het eerste jaar pleegzorg kan aanvullend het product ‘Begeleiding individueel (45A48)’ beschikt worden”</p> <p>- waarom alleen het 1e jaar? Dit is altijd situationeel en contextueel bepaald. Welke visie zit hier achter; wordt er verondersteld dat dit alleen het 1e jaar nodig is?</p> <p>- Trauma/hechtingsproblematiek en puberteit zijn niet gekoppeld aan het 1e jaar in een pleegzorggezin.</p>	Begeleiding zit in het tarief van pleegzorg verwerkt. Maar omdat meerdere pleegzorgaanbieders de afgelopen jaren hebben aangegeven dat de begeleidingskosten het eerste jaar erg hoog zijn is inzet van extra begeleiding in het eerste jaar mogelijk.
228	<p>d. “Bij aantoonbare overbelasting, wanneer er sprake is van medische/ psychische overbelasting vastgesteld door de huisarts, kan contact opgenomen worden met de betrokken gemeente. Er wordt hierbij altijd eerst naar een oplossing in het netwerk gezocht of vanuit een voorliggende voorziening.”</p> <p>- Als hier overbelasting van de pleegouders wordt bedoeld, dan betreft dit breakdown.</p> <p>- Regio FoodValley kent hiervoor Module X waarbij maatwerk oplossingen gefinancierd kunnen worden voor pleegzorgouders.</p> <p>- Als hier overbelasting van pleegkind(eren) wordt benoemd, dan graag anders formuleren.</p>	De tekst in de productbeschrijving wordt aangepast in overbelasting pleegouders.
229	<p>e. Zoals bekend mag worden verondersteld is voor het operationeel hebben en houden van deeltijdplaatsen bij pleeggezinnen een minimaal aantal van 104 dagen nodig op jaarbasis als bekostiging.</p> <p>- Hierover wordt niets genoemd</p> <p>- Hoe staat de regio hier tegenover om dit mogelijk te maken?</p>	De gemeenten zijn van mening dat het minimum van 104 etmalen hier niet van toepassing is. In het eerste jaar kan bij (deeltijd)pleegzorg extra uren ingezet worden voor begeleiding (stapeling) waarmee de hogere opstartkosten kunnen worden gedekt. Alleen aanwezigheid wordt dus vergoed.

230	<p>Vooraf: spreken we over bekostigen van een locatie = gezinsHUIS, of spreken we over het bekostigen van gezinshuisZORG ? De benaming is nu 'gezinsHUIS' wat de bekostiging van een plek impliceert. Als we toewillen naar het bekostigen van te leveren zorg, dan is de benaming 'gezinshuisZORG' mogelijk een betere?</p> <p>a. "Oftewel, de draagkracht en competenties van de gezinshuisouder(s) zijn voldoende om te voorzien in de ondersteuningsbehoefte van cliënt. Apart uren indiceren vanuit begeleiding is niet mogelijk."</p> <p>- Tijdelijke ophoging van ondersteuningsbehoefte die voorbij gaat aan wat genoemd wordt onder 'wat is inclusief?', komt geregeld in de praktijk voor. Daarbij wordt de veronderstelde norm overschreden.</p> <p>- Hoe denkt de regio deze tijdelijke extra inzet te compenseren?</p> <p>o Een vast opslagpercentage op het tarief (waardoor je soms betaald voor diensten die niet geleverd worden en soms niet betaald voor diensten die wél geleverd worden?)</p> <p>o Tijdelijke aanpassing van de toewijzing (gezinshuis regulier wordt specialistisch)?</p> <p>o Hoe worden behandelvragen tijdens GZH-plaatsing bekostigd?</p> <p>- Wij zouden willen adviseren deze laatste zin te schrappen. Als gemeenten maatwerk vragen, past een dergelijke bepaling niet omdat dit juist een hok om een inzet plaatst.</p>	<p>Gezinshuis is een breed bekende en veel gebruikte productnaam.</p> <p>Tijdelijk ophoging van de ondersteuningsbehoefte is niet mogelijk. Wanneer de intensiteit van de ondersteuningsbehoefte significant toeneemt dan kan in overleg met de toegang van de desbetreffende gemeente bekeken worden of al dan niet tijdelijke overgang naar specialistisch mogelijk is.</p> <p>Indien van toepassing mag behandeling separaat ingezet (gestapeld) worden.</p>
231	<p>b. "Een gezinshuis is gevestigd in een 'gewone' buurt waardoor kinderen op een normale manier kunnen meedoen in de maatschappij."</p> <p>- Nader specificeren wat gewoon en normaal is? Is een gezinshuis in een woonwijk toegestaan maar een gezinshuis in het bos of aan de dijk niet? Wat wordt niet gewenst is misschien duidelijker te formuleren?</p> <p>- Als een 'gewone setting' niet passend is voor de complexiteit, is dan een verblijfssetting een alternatief?</p>	<p>Hiermee wordt aangeduid dat je uitgaat van het creëren van een 'zo gewoon mogelijke' gezinssituatie. Zo dicht mogelijk bij voorzieningen/ school e.d.. Als er redenen zijn, en dat kan zijn de complexiteit, dat een kind zich niet op de huidige plek verder en veilig kan ontwikkelen dan is het aan de gedragswetenschapper om te beoordelen waar dat wel kan.</p>
232	<p>c. Omvang: maximaal 5</p> <p>- Hoe wordt gekeken naar gezinshuizen die 6 plekken bieden?</p> <p>- Gezinshuizen hebben vaak kinderen uit verschillende regio's. Hoe moet een gezinshuisaanbieder met tegenstrijdige aantallen plekken omgaan? NOB: max 4, FV 4-6.</p> <p>- Bij minder plekken zijn de kosten per cliënt (en dus per etmaal) hoger. Hoe gaat de regio hier mee om?</p>	<p>Tekst wordt aangepast in:</p> <p>"Maximaal 4 tot 6 geplaatste kinderen en wanneer eigen kinderen in huis wonen is het totaal niet groter dan 8."</p> <p>Er komt een overgangperiode op basis van natuurlijk verloop voor gezinshuizen met meer dan 6 jeugdigen op dit moment. Extra plaatsingen, ook als dit tijdelijke plaatsen zijn (Crisisplaatsen kennen de gemeenten niet), zijn niet mogelijk.</p>
233	<p>b. "Eén gezinshuisouder is als vaste opvoeder 24 uur per dag, 7 dagen per week betrokken bij /in het gezin. De andere ouder werkt/studeert bij voorkeur niet 's avonds en in het weekend en heeft minimaal een MBO 4 opleiding."</p> <p>- Dit betekent dat je gzh-ouder 'verbiedt' 's avonds of in het weekend te studeren. Deze passage is niet houdbaar.</p>	<p>Tekst wordt aangepast in: 'De andere ouder kan bij voorkeur in de avonden en weekenden ondersteunen in de opvoeding.'</p>
234	<p>c. "Kijk naar een gerichte inzet: beperkte duur/periode."</p> <p>- Deze passage ontbreekt bij regulier</p> <p>- Deze passage lijkt een instructie naar de consulent of wijkteam en zegt niets over de productomschrijving</p> <p>- S.v.p. verwijderen uit de tekst.</p>	<p>Deze tekst is inderdaad niet voor productomschrijving en wordt verwijderd.</p>

235	<p>a. “Bij het afschalen is de hulpvraag van de jeugdige bepalend voor de zwaarte van de categorie (binnen de eisen van het perceel), en niet de fysieke plek zelf. Dit betekent dat als er geen ruimte is op de afgeschaalde plek (de aanbieder heeft de plek wel, maar die is op dat moment niet beschikbaar), niet de opdrachtgever, maar de jeugdhulpaanbieder verantwoordelijk is voor de kosten.”</p> <p>Je schaalde de plek niet af, maar de inzet. Dus: als de afgeschaalde zorg op dezelfde plek wordt geleverd, dan gaat de vergoeding naar beneden omdat de toewijzing is gekoppeld aan de hulpvraag (die lager is geworden).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als er geen alternatief is, dan blijft cliënt op plek, maar vaste kosten blijven wel intact.</li> <li>- Tegelijkertijd wil je een cliënt niet verplaatsen; verplaatsingen zijn garanties voor trauma-verergering zo blijkt uit talloze onderzoeken.</li> <li>- Dit is géén incentive om goed werk te leveren: doe je je werk goed, dan kan je afschalen, krijg je minder geld en draai je als aanbieder op voor het kostenverschil.</li> <li>- Hoe gaat de regio met dit dilemma om?</li> </ul>	<p>Bij het afschalen is de hulpvraag van de jeugdige bepalend voor de zwaarte van de categorie (binnen de eisen van het perceel), en niet de fysieke plek zelf. Dit conform de huidige productbeschrijving/ contractafspraken. Dit vraagt tijdig inzicht in het perspectief en het tijdig daarop anticiperen zowel bij aanbieder intern als met samenwerkingspartners.</p> <p>Het oordeel van de verantwoordelijke behandelaar is inderdaad leidend.</p>
236	<p>b. Doelgroep roept vragen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelgroep Jeugdigen (en zijn gezin/omgeving) waarbij sprake is van (een vermoeden van): <ul style="list-style-type: none"> <li>o een diagnose op basis van een psychisch of psychiatrisch probleem of;</li> <li>o ernstige gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen , problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling.</li> </ul> </li> <li>o En waarbij behandeling in een ambulante setting tekort schiet</li> <li>- Waarop is dit laatste gebaseerd? Mag een plaatsing alléén als een ambulante setting tekort schiet?</li> <li>- Is dit een uitsluitende randvoorwaarde. Oftewel: als er géén behandeling is in de ambulante setting maar de 1e 2 aspecten gelden wel, is dan deze inzet géén optie?</li> <li>- Het aspect ‘veiligheid’ wordt o.i. onvoldoende genoemd als criterium om een verblijf buiten het thuis in te zetten. Graag toevoegen of anders formuleren.</li> </ul>	<p>De tekst wordt aangepast in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelgroep Jeugdigen (en zijn gezin/omgeving) waarbij sprake is van (een vermoeden van): <ul style="list-style-type: none"> <li>o een diagnose op basis van een psychisch of psychiatrisch probleem of;</li> <li>o ernstige gedragsproblemen en/of hechtingsproblemen , problemen van ouders, verwaarlozing en/of mishandeling, veiligheid in het geding is;</li> <li>o en waarbij begeleiding en/of behandeling in een ambulante setting niet afdoende is</li> </ul> </li> </ul>
237	<p>8. Verblijf met begeleiding pagina 13 productenboek intramuraal. U beschrijft dat wanneer de aanbieder vanwege een niet beschikbare plek, zelf opdraait voor de kosten wanneer er hierdoor niet kan worden afgeschaald. We gaan er vanuit dat dit niet geldt wanneer je buiten je eigen organisatie wil afschalen en er is geen plek. Komt deze aanname?</p>	<p>Bij het afschalen is de hulpvraag van de jeugdige bepalend voor de zwaarte van de categorie (binnen de eisen van het perceel), en niet de fysieke plek zelf. Dit conform de huidige productbeschrijving/ contractafspraken. Dit vraagt tijdig inzicht in het perspectief en het tijdig daarop anticiperen zowel bij aanbieder intern als met samenwerkingspartners.</p> <p>Het oordeel van de verantwoordelijke behandelaar is inderdaad leidend.</p>
238	<p>9. Kosten voor de psychofarmaca zijn onderdeel van verblijf. Psychofarmaca is onderdeel van de GGZ-behandeling en wordt nu apart toegewezen als onderdeel van de gegeven behandeling naast de verblijfsdagen. Derhalve zouden we deze werkwijze willen continueren. Is de regio bereid deze werkwijze te continueren?</p>	<p>Voor een jeugdige die niet in een instelling verblijft, maar wel medicijnen voor psychische klachten krijgt voorgeschreven, valt het voorschrijven van medicatie onder de Jeugdwet (en wordt betaald door de gemeente), maar de medicijnen zelf vallen onder de Zorgverzekeringswet (en worden betaald door de zorgverzekeraar).</p> <p>Dit wordt aangepast in de productbeschrijving.</p>
239	<p>Verblijf met begeleiding pagina 14 productenboek intramuraal. Er wordt aangegeven dat een beoordeling van de juiste crisisinterventie via SEZ of crisisdienst moet gaan. Wanneer een crisis ontstaat bij een jeugdige die al bij ons in zorg is, kunnen aanbieders die zelf spoed- en crisiszorg leveren deze beoordeling ook zelf doen en gaat dit niet per definitie via de crisisdienst. Deze extra stap is daarbij niet noodzakelijk, kan de regio zich daarin vinden?</p>	<p>De procedure voor crisissituaties wordt nader uitgewerkt en opgenomen in de inkoopstukken.</p>

240	<p>Product 2.1 Gezinshuis regulier;</p> <p>. 1) Bij "productspecifieke eisen" wordt maximaal 5 jeugdigen inclusief biologische kinderen genoemd. In de kwaliteitscriteria voor gezinshuizen staat een maximum van 8 inclusief eigen kinderen (afhankelijk van zorgzwaarte). De landelijke kwaliteitscriteria gezinshuizen zijn het resultaat van jarenlang onderzoek en overleg met belanghebbende partijen. De eis wijkt af van de landelijke norm. Hoe is de norm van 5 inclusief biologische kinderen tot stand gekomen? En waarom zijn de landelijke richtlijnen ter zijde geschoven?</p> <p>Volgens onze inschatting betekent de gestelde eis dat er ca. 20 gezinshuizenplaatsen in de regio verloren gaan. En dat het vervolgens het voortbestaan van gezinshuizen bedreigt.</p> <p>Bron: Kwaliteitscriteria Gezinshuizen (n ii. nl)</p>	<p>Tekst wordt aangepast in:</p> <p>"Maximaal 4 tot 6 geplaatste kinderen en wanneer eigen kinderen in huis wonen is het totaal niet groter dan 8."</p> <p>Er komt een overgangperiode op basis van natuurlijk verloop voor gezinshuizen met meer dan 6 jeugdigen op dit moment. Extra plaatsingen, ook als dit tijdelijke plaatsen zijn (Crisisplaatsen kennen de gemeenten niet), zijn niet mogelijk.</p>
241	<p>2) Bij de "omschrijving, wat is inclusief" staat een norm van 0,14 fte per cliënt. Hoeveel uur wordt er gerekend voor een fte? Om een voorbeeld te geven; een dag van een gezinshuisouder begint om (gegeneraliseerd, doordeweeks) 7:00 en eindigt om 22:00. Dat is 75 uur per werkweek. En daar komt in het weekend nog ongeveer 25 uur bij. Wij begrijpen dat er een norm gesteld wordt. Maar graag willen wij vanuit het werkveld met jullie in gesprek over de norm, hoe wij deze zien en wat rendabel is.</p> <p>En wanneer men uitgaat van een werkdag van 7:00 tot 22:00 uur, hoe wordt dan de tijd tussen 22:00 en 7:00 uur berekend? In die tijd moeten gezinshuisouders wel beschikbaar en thuis zijn. Bijvoorbeeld voor een kind met nachtmerries, een jeugdige die wegloopt, etc.</p>	<p>De tekst over aanvullende begeleiding met een norm van 0,44/0,6 FTE is verwijderd.</p>
242	<p>4) Bij "omschrijving, wat is inclusief worden andere kosten met naam en toenaam genoemd. Zoals bijvoorbeeld verzorgingskosten en bijzondere kindkosten. Deze kwamen niet terug in het kostprijsmodel. Welke percentages / bedragen zijn hiervoor meegenomen? Wij begrijpen dat bepaalde kosten in het tarief zitten, maar zouden graag de bijzondere kindkosten meer en duidelijker gespecificeerd zien. Dit kunnen forse bedragen zijn. Neem bijvoorbeeld de in de producttekst genoemde beugel. Gemiddeld kost dit tussen de € 2000,- en € 3000,-.</p>	<p>Deze kosten zitten verwerkt in de materiële kosten, kapitaallasten en huisvesting en hotelmatige kosten. De hiervoor gehanteerde percentages zijn wel genoemd op 10-2-2022 en terug te vinden in de presentatie.</p>
243	<p>5) Bij "omschrijving, wat is inclusief is een basisvorm van begeleiding in de thuissituatie opgenomen. Wij zijn hier blij mee. Dit sluit volledig aan op onze visie. We verzoeken echter om hier ook het geografische aspect mee te nemen. Dit is ook zo aangegeven en genotuleerd in de marktconsultatie. Het is al traumatiserend genoeg om niet meer thuis te kunnen wonen. Als dat dan ook nog eens 100km ver weg is, maakt dat het lastig(er) om de band met ouders op niveau te houden of te verbeteren. Vandaar ons verzoek om de zorg zo regionaal mogelijk te organiseren. Om een voorbeeld te geven; bij ons woont een kind waarvan moeder 6km van ons afwoont. Moeder heeft geen auto, maar kan wel op de fiets een keer bij de zwemles komen kijken. Uiteraard is deze situatie niet voor iedere jeugdige gewenst. Denk bijvoorbeeld aan geheime plaatsingen, loverboy problematiek, etc.</p>	<p>Het uitgangspunt is inderdaad het lokaal organiseren, ook van de verblijfszorg. In de situaties dat dit niet mogelijk is kan het zijn dat de geografische afstand tussen ouders en kind/ zorgaanbieder groter is. Dit neemt niet weg dat de basisvorm van begeleiding in de thuissituatie ook hierbij van toepassing is in het belang van het kind.</p>
244	<p>6) Bij "productspecifieke eisen" bullet 3 staat de eis genoemd van een keurmerk. Dit vinden wij een reële eis en een verzwaaring ten opzichte van het huidige contract waarin contractanten nog twee jaar respijt krijgen. Echter, zoals de tekst nu weergegeven is hoeven de afzonderlijke gezinshuizen niet te voldoen aan de eis van een keurmerk. Enkel de hoofdaannemer. Dit is tegenstrijdig met het doel de kwaliteit beter te waarborgen. Zelfstandige gezinshuizen zijn zelf verantwoordelijk voor het behalen van een keurmerk en worden ook meerdere malen per jaar op kwaliteit getoetst.</p> <p>Wij kunnen echter niet leven met de tekst die volgt dat gezinshuizen functioneren als onderaannemer. Zo ook niet met de volgende bullet waarin staat dat opdrachtnemer optreedt als hoofdaannemer voor één of meerdere gezinshuizen. Ondergetekenden hebben in meerderheid in het verleden gewerkt als onderaannemer en hebben in volle overtuiging op basis van kwaliteitsaspecten gekozen om verder te gaan als zelfstandig gezinshuis.</p>	<p>De gemeenten zien in de voorgestelde constructie een combinatie van noodzaak en kansen. In afgelopen jaren hebben de gemeenten herhaaldelijk ervaringen opgedaan met gezinshuizen waar de kwaliteit onder de maat was. Dit geldt uiteraard niet voor alle gezinshuizen. Toch voelen de gemeenten nu de noodzaak om de kwaliteit van gezinshuizen structureel te borgen en verhogen. Naast de noodzakelijke verbetering en/of waarborging van kwaliteit liggen er voor gezinshuizen ook kansen om gebruik te maken van de kennis &amp; expertise en ondersteuning van de hoofdaannemer. De gemeenten hopen dat hoofdaannemers en onderaannemers de kansen zien om in samenwerking en ondersteuning te werken aan betere kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering voor gezinshuizen in de regio.</p>

245	<p>1) Bij "omschrijving" staat dat de begeleidingsintensiteit door gezinshuisouders onvoldoende moet zijn en dat gezinshuisouders door opdrachtnemer ondersteund worden. Wij kunnen ons niet vinden in het laatste deel van dit punt. Gezinshuisouders willen zelf in combinatie met de jeugdconsulent/voogd de best passende zorg kiezen en niet afhankelijk zijn van opdrachtnemer. Dit is ook van toepassing voor de cliënt.</p>	<p>Zo lang een gezinsouder dit zelfstandig kan organiseren binnen het product en de kwaliteitseisen, want dat is het uitgangspunt, dan is dat alleen maar goed. De ondersteuning van de opdrachtgever kan hem ook zitten in bijvoorbeeld het meedenken van een gedragsdeskundige over wat de beste passende zorg is.</p>
246	<p>2) Naast bovengenoemd punt komen bij het product gezinshuis specialistisch dezelfde vragen naar voren als b'rj het gezinshuis regulier. Zie punt 1 t/m 5 bij product 2.1. Graag ontvangen wij voor dit product een aparte onderbouwinS.</p>	<p>Zie hiervoor de reacties bij vragen 241 t/m 245.</p>
247	<p>Loskoppelen behandeling en verblijf  Het loskoppelen van behandeling met verblijf geeft mogelijkheden om het aanbod om te bouwen mits het onderscheid tussen basisbegeleiding en (optioneel aan te vullen) behandeling voldoende scherp uitgewerkt. De definities van begeleiding en behandeling kunnen door elkaar lopen. Hierdoor ontstaat het risico op discussies of iets wel of niet binnen het basisproduct valt. Ons voorstel zou zijn om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In ieder geval de (potentiële) benodigde behandelinzet van een WO+'er (bijv. orthopedagoog en/of GZ Psycholoog/ Orthopedagoog-Generalist) als onderscheidend kenmerk te gebruiken.</li> <li>2. De enkelvoudigheid of meervoudigheid van benodigde disciplines (t.a.v. de betreffende hulpvraag) leidend te laten zijn om de intensiteit (regulier of specialistisch) en duur op behandelniveau te bepalen.</li> <li>3. Bovenstaande afweging een samenspel te laten zijn tussen jeugdhulpaanbieder en lokale verwijzer op casusniveau om maatwerk per jeugdige te garanderen.</li> </ol>	<p>Voor het onderscheid tussen behandeling en begeleiding verwijzen de gemeenten naar de productbeschrijving Intramuraal. Ook de leidende factoren . Vraag terug: Kunt u aangeven waar de definities behandeling en begeleiding door elkaar lopen? Afweging zal altijd ook een samenspel zijn tussen de verwijzer en jeugdhulpaanbieder waarin gekeken wordt naar de vraag en de intensiteit.</p>



248	<p>Gemist aanbod</p> <p>Het totaal aan verblijfsproducten is efficiënter door loskoppeling met behandeling en integreren van GGZ A t/m E bedden maar nog niet helemaal dekkend. (Transformatieve) alternatieven voor de 3-milieusvoorzieningen en JeugdzorgPlus worden gemist. Hierbij gaat om open woonvormen (dus geen instellingen) in een reguliere woonbuurt (dus niet in de bossen of een gecreëerd terrein) waarbij gebruik kan worden van de gebruikelijke voorzieningen en scholen (normaliseren).</p> <p>Deze varianten vragen gezien de complexiteit een (intramurale) specialistische basiszorg (dus niet uitsluitend per jeugdige) in een kleinschalige setting zonder kenmerkende vereisten van geslotenheid (hooguit beperkte en tijdelijke vrijheidsbeperkende maatregelen zoals niet naar buiten mogen na een bepaalde tijdstip en/of inleveren van digitale devices voor het slapen gaan). Om deze intensiteit (al dan niet gelimiteerd in aantal plekken) goed vorm te kunnen geven is een all-in arrangement nodig gezien het generieke karakter van bovengenoemde specialistische basiszorg. Deze manier van werken voeren wij momenteel uit in een open woongroep voor een jeugdige waarvan de aannahme is dat deze gezien de complexiteit in de gesloten jeugdhulp hoort. Desondanks lukt het momenteel om deze jeugdige in een open woongroep te houden. Dit doen wij momenteel op basis van het product Behandeling met verblijf zwaar. Dit product dekt grotendeels de (multidisciplinaire orthopedagogisch) inzet maar is nog niet helemaal dekkend (vooral gezien de benodigde 1-op-1 inzet in de nachtelijke uren). Het toewerken naar een productopbouw waarbij een orthopedagogische/socio-therapeutische basiszorg alleen wordt toegeschreven aan gesloten of terrein-achtige voorzieningen zal open woongroepen beperken in het ontwikkelen van alternatieven voor dezelfde doelgroep. Het gevolg kan zijn dat bovengenoemde casus in een vernieuwde afweging op basis van de nieuwe productbeschrijvingen sneller terecht komt in de geslotenheid of op een afgezonderd terrein. Oorzaak is dan dat het specialistische basisklimaat niet zit in het basistarief (alleen begeleiding) en het aparte toekenning van behandeling alleen persoonsgericht is. Hiermee kan geen specialistische basisklimaat worden gegarandeerd die voor deze specifieke doelgroep op voorzieningsniveau nodig is. Immers, deze arrangementen zijn dan geschrapt (verblijf met</p>	3 milieusvoorziening is omschreven in 4.1 en 4.2. JZ+ valt buiten de inkoop.
249	<p>Op basis van de huidige productindeling hebben wij deze zelf verhelderd en werkbaar gemaakt in een afwegingskader die wij (in samenspraak met de lokale teams) gebruiken bij plaatsingen (zie bijlage). Het verschil tussen producten in de nieuwe productindeling zoals beschreven in jullie document 'Toelichting op aanpassingen binnen de producten Jeugdzorg Intramuraal' is nog niet scherp genoeg. Deze vraagt om nadere uitwerking zodat deze ook uitvoerbaar is in de praktijk. Zie ook opmerkingen hierboven.</p> <p>Verder gaan de productbeschrijvingen uit van een pedagogische inzet (in uren per week) bij een gemiddelde groepsgrootte van 8. Onze groepsintensiteit is momenteel 1 op 6 en op piekmomenten 1 op 4. Het is onduidelijk of deze inzet past binnen de beschreven intensiteiten licht, midden en zwaar. De onderbouwing hiervan ontbreekt.</p>	<p>Onverschillend vermogen licht, midden en zwaar (verblijf)</p> <p>Normen die zijn gesteld komen uit benchmarking in verschillende gemeenten met een vergelijkbaar product. De omschrijvingen worden ook in een klankbord van consultants voorgelegd of het werkbaar is.</p>

	<p>Crisis niet exclusief maken. In navolging van GGZ A t/m E is het goed om crisis niet als apart product te faciliteren. Vanuit ons oogpunt moet de crisisaanpak primair gericht zijn op geschikte ambulante inzet die 24-7 beschikbaar is. Hiermee moet worden voorkomen dat crisisbedden nodig zijn. Op dit vlak hebben wij geen concreet aanbod maar wij steunen de focus op ambulante alternatieven aan de voorkant.</p>	Dit betreft geen vraag. De gemeenten zullen dit enkel meenemen.
250	<p>Verder ondersteunen wij de zienswijze dat er geen onderscheid hoeft te bestaan tussen crisisbedden en verblijfsbedden. Als (niet crisis) verblijfsaanbieder staan wij ook open om crisisgevallen op te vangen indien wij plekken beschikbaar hebben. Wij zien het als taak van vooral regionale verblijfsaanbieders (i.v.m. nabijheid) om hierin samen te werken. In het kader hiervan hebben wij ook contact met jeugdhulpaanbieders en lokale verwijzers die zich bezighouden met crisis.</p>	
251	<p>Component 'dagbesteding' ontbreekt in tariefopbouw (verblijf) Component tariefopbouw is niet genoemd als onderdeel van de verblijfsonderwerpen. Dit is een gemiste kans om op alle levensgebieden slagkrachtig te kunnen zijn voor jongeren. Het ideaal is dat jongeren ten alle tijden een vorm van dagbesteding hebben in de vorm van onderwijs, stage en/of werk maar de praktijk is weerbarstig. Vaak mist een dagbesteding of kost het tijd om een dagbesteding te organiseren. Daarom zou het wenselijk zijn om als verblijfsaanbieder mogelijkheden te hebben voor alternatieven.</p>	Indien van toepassing mag dagbesteding separaat ingezet (gestapeld) worden.
252	<p>Qua ligdagen heeft het onze voorkeur om de NZA ligdagtarieven te gebruiken. Hierbij kan de afwezigheidscomponent eraf worden gehaald zodat afwezigheid vergoed kan worden. Hiermee sluiten we het inhoudelijke en financiële beleid op elkaar aan. Er is dan namelijk geen financiële prikkel meer om cliënten niet met verlof te laten gaan. Samen willen we dat de jeugdige zoveel mogelijk thuis zijn.</p>	De gemeenten kiezen ervoor om deze ligdagtarieven niet te hanteren, maar de Verblijf GGZ producten volledig mee te nemen in het tarievenonderzoek.
253	<p>Graag willen wij hierin de producttekst van het huidige product "wonen zelfstandigheid" (44A12) zoals gepubliceerd op Bijlage 1, Beschrijving diensten en producten Jeugd Regio Rivierenland,....pdf (rivierenlandkanmeer.nl) (pagina 28) in meenemen. Naar onze mening is deze producttekst op veel punten afwijkend van de productteksten van "verblijf met behandeling".</p>	Omdat het productassortiment is aangepast en het product Verblijf met begeleiding licht voor meerdere doelgroepen ingezet kan worden is de tekst niet één op één overgenomen. Indien er onduidelijkheden zijn vernemen de gemeenten graag welke dat zijn.
254	<p>Het niet geheel helder of JZ+ onder verblijf zwaar wordt gehangen. Kunt u hier helderheid over geven?</p>	De JZ+ valt hier buiten en buiten deze inkoop.
255	<p>Wat verder opvalt is dat bij terrein voorziening uitgegaan wordt van groeps grootte 8. Met de hele transformatie JZ+ en 3 milieu is dat op zijn minst bijzonder. Alle landelijke ontwikkelingen zijn gericht op kleinschaligheid. Kunt u dit toelichten?</p>	Momenteel wordt hiervoor op (bovenregionaal) niveau visie ontwikkeld. Het is nu nog te vroeg om daar op productniveau op te anticiperen. Gedurende de looptijd van de overeenkomst zullen de gemeenten met de aanbieders in gesprek gaan over hoe ze de uitkomsten/ visie kunnen implementeren.
256	<p>Inzet ervaringsdeskundige ondersteunen wij ook voor de Wmo! goed dat hier aandacht voor wordt gevraagd</p>	Dank voor uw positieve reactie. De gemeenten kijken op welke manier de deskundigheid van de vrijwilliger/ervaringsdeskundige zo goed mogelijk benutten kan worden (d.m.v. 'certificering' bijvoorbeeld).
257	<p>Feedback m.b.t. de groeps grootte: Er wordt gerekend wordt met een groeps grootte voor dagbesteding: Basis WMO/JW – 8 tot 10 cliënten met inzet van 1 medewerker Gesp. WMO/JW – 6 tot 8 cliënten met inzet van 1 medewerker Wij zien dit echt als een veel te groot aantal en zeker niet werkbaar in de omgeving van een zorgboerderij. Een groeps grootte van respectievelijk 6-7 en 3-4 is beter passend en doet veel meer recht aan de praktijk, waarin veiligheid en kwaliteit geborgd moeten kunnen worden, maar waar juist ook zorg kan worden geboden aan mensen die prikkelgevoelig zijn en daarom zoeken naar de rust en ruimte. We zien daarin, vergeleken met andere regio's, dat deze uitgangspunten in de regio Rivierenland erg aan de hoge kant worden berekend. Bovenstaande geldt ook voor de logeerproducten. De gehanteerde groeps groottes zijn niet werkbaar op een zorgboerderij en doen geen recht aan wat er in de praktijk gebeurt.</p>	Uw aanname klopt niet helemaal. Voor het product Jeugd Begeleiding regulier groep wordt gerekend met een gemiddelde groeps grootte van 6. Voor het product Jeugd Begeleiding specialistisch groep is de gemiddelde groeps grootte 4. Bij Wmo Dagbesteding groep is het aantal 7 en ten slotte voor Wmo Dagbesteding groep extra is de gemiddelde groeps grootte 5. Dit sluit hiermee dan ook meer aan bij de door u genoemde groeps grootte.

	Samenvattend zien we dat vanuit onze organisatie met name de groepsgroottes en de gehanteerde overheadpercentages sterk afwijken, en vragen de regio om hier nog eens kritisch naar te kijken.	Zie hiervoor de reactie bij vraag 111, waarbij HHM ook een onderzoek heeft gedaan voor de regio Noord Oost Brabant.
258	Het feit dat men zich in veel gevallen baseert op onderzoeken vanuit Berenschot verklaart dit verschil wel; Berenschot heeft al haar onderzoeken gedaan bij zorginstellingen. Dit is voor een groot deel niet te vergelijken met de praktijk van de zorgboerderij. Wij zijn daarom altijd bereid om nader in gesprek te gaan, en bijv. inzicht te geven in de onderzoeken die bureau hhm (waarschijnlijk voor u bekend) voor ons heeft gedaan op de zorgboerderijen.	
259	Bij begeleiding individueel regulier (jeugd en WMO) is van de CAO GHZ en VVT uitgegaan. Bij Begeleiding individueel specialistisch (Jeugd en WMO) van CAO Jeugdzorg, GGZ en GHZ. Is bewust voor deze CAO's gekozen voor deze producten? Hoe is de CAO GGZ 'meegewogen' in het geheel?	Voor deze CAO's is bewust gekozen. De toevoeging van de CAO Jeugdzorg en CAO GGZ respectievelijk komt door het verschil in doelgroep en zorgbehoefte van de jeugdigen. De aandelen per CAO en functie hierin is terug te vinden in de presentatie op onze website.
260	Wij werken met de CAO GGZ. In deze CAO worden n.a.v. onderhandelingen binnenkort aanpassingen gepubliceerd. Wordt bij de definitieve tariefbepaling verwachte CAO-aanpassing meegenomen?	Indien deze tijdig gepubliceerd worden, kunnen deze nog meegenomen worden. Anders zijn de onderzoekers genoodzaakt de meeste recent gepubliceerde CAO GGZ te blijven hanteren, waarbij de gemeenten een indexatie toepassen.
261	Bij een vergelijking tussen de producten individueel regulier Jeugd en individueel regulier WMO valt het mij op dat de zwaarte van het jeugdproduct licht is. 80% wordt uitgevoerd door FWG 35. Is dit correct, in ogenschouw nemende dat juist bij Jeugd een SKJ-geregistreerde professional ingezet moet worden. Doelt men mogelijk op 'verlengde arm constructie' in het kader van verantwoorde werktoedeling?	Er is gekozen voor de FWG 35 vanwege het feit dat de directe begeleider minimaal een relevante opleiding (of werk- en denkniveau) op mbo- niveau 4 heeft. Daarnaast is de SKJ-geregisteerde professional meegenomen in de vorm van FWG 50 en 60.
262	Welke vragen liggen er nog rondom No Shows en worden deze nog beantwoord voor het afronden van deze analyse? Om welke producten gaat dit? De omgang met No Shows heeft effect op het productiviteitspercentage.	De gemeenten overwegen op dit moment aanvullende afspraken over No Show en hopen zo snel mogelijk hier meer duidelijkheid over te kunnen geven. De input die de gemeenten hebben ontvangen worden meegenomen in deze overwegingen.
263	Welk percentage is voor ziekte genomen? In welke post is dit opgenomen?	Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).
264	Is er gedacht aan niet-inzetbaarheid als gevolg van (corona)overheidsmaatregelen zoals quarantaine of wachten op een testuitslag? In hoeverre moet dit op lange termijn meegenomen worden?	Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
265	Wat is opgenomen in risicomarge van 2%?	Dit is niet meegenomen, omdat de aanname is dat de meeste maatregelen hoogstwaarschijnlijk niet meer plaats zullen vinden in de toekomst en er daarnaast verwacht wordt dat aanbieders voldoende mogelijkheden hebben en kunnen creëren om de zorg door te laten lopen
266	Uitgangspunten tariefberekening: 1. De regio kiest er voor om geen tariefdifferentiatie toe te passen naar type aanbieders (systeemorganisaties en reguliere aanbieders bijvoorbeeld). U maakt hierop wel een uitzondering voor de academische functie. Landelijk onderzoek doet een pleidooi voor tariefdifferentiatie om recht te doen aan de organisatie specifieke kenmerken, rollen in het zorglandschap, specifieke functies, etc.. Ons voorstel is om een passende kostprijs vast te stellen per type aanbieder. Hiermee kan over- en onderbetaling worden voorkomen. Is de regio bereid een uitgebreidere vorm van tariefdifferentiatie toe te passen en hiermee gehoor te geven aan de landelijke oproep?	Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.
267	2. Wat wordt bedoeld met de % inzet van medewerkers in bepaalde loonschaal? Is dit een norm die ook getoetst wordt, of is dit slechts bedoeld als uitgangspunt om tot de tarieven te komen?	Voor de producten Jeugd Extramuraal zal er een onderscheid plaatsvinden tussen tarieven voor instellingen en niet-instellingen. De definities voor instelling en niet-instelling zullen worden toegevoegd aan het programma van eisen.
		Dit is genomen als uitgangspunt om tot de tarieven te komen. De productomschrijvingen vormen hier ook een basis voor. Indien u van mening bent dat deze niet correct is voor een of meerdere producten, ontvangen de gemeenten hiervoor graag uw inhoudelijke onderbouwing, zodat de onderzoekers dit kunnen meenemen en de tariefopbouw hier eventueel op kunnen aanpassen.

268	Waar vallen de directe cliëntgeboden kosten onder in deze berekening, denk aan reiskosten bij ambulante hulp?	De regio gaat dezelfde afspraken als de huidige afspraken hanteren. Dit betekent dat bij alle vormen van ambulante jeugdhulp alleen de directe cliëntcontacttijd geïndiceerd en gefactureerd kan worden, met uitzondering van GGZ-behandeling.
269	Medisch specialisten hebben in de cao een speciale vergoeding voor scholing, waar is deze opgenomen?	Een aantal uren voor scholing is meegenomen in de productiviteit. Daarnaast is er voor ieder product nog een aanvullende compensatie van 2% voor opleiding en de kosten hiervoor meegenomen.
270	Kunt u de gebruikte benchmark in het kader van transparantie openbaar maken? Wij herkennen ons niet in de getoonde parameters.	De normen onder het kopje bij 'samenhang met andere producten' zullen worden verwijderd. Voor de Benchmark Care van Berenschot dient u zich aan te melden bij Berenschot om deze te kunnen ontvangen. Het rapport van KPMG is te vinden op: <a href="https://vng.nl/sites/default/files/201404_eindrapportage_inzicht_in_tarieven_wmo_en_jeugdzorg.pdf">https://vng.nl/sites/default/files/201404_eindrapportage_inzicht_in_tarieven_wmo_en_jeugdzorg.pdf</a>
271	Welke benchmark is gebruikt voor academische partijen?	Alle benchmarks, gehanteerde percentages en andere parameters die gebruikt zijn, zijn benoemd in de presentatie van 10-2-2022 en terug te vinden in de presentatie op onze website.
272	De 1352 uur voor schaal 60 in het academische product lijkt in relatie tot andere producten en functies niet te kloppen. Hoe komt u tot deze zeer hoge norm?	Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).  Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
273	Met de uitgangspunten in de presentatie dalen de tarieven met +/- 10%, dat is zeer fors. Op basis van welke informatie is de regio van mening dat een daling van 10% reëel is? Er zijn vele aanbieders in het zorglandschap met zeer minimale marges.	De gemeenten verwachten dat de tarieven zoals berekend reëel zijn ten opzichte van de gepresenteerde tariefopbouw en uitgangspunten. Indien u van mening bent dat deze niet correct is voor een of meerdere producten, ontvangen de gemeenten hiervoor graag uw inhoudelijke onderbouwing, zodat de onderzoekers dit kunnen meenemen en de tariefopbouw hier eventueel op kunnen aanpassen.
274	Overhead: het gebruik van de benchmark Berenschot enquête 2021 geeft geen reëel beeld van de overhead in de GGZ hoogspecialistisch. o Het onderzoek van Berenschot naar de overhead 2021 moet nog starten. o De definitie die Berenschot gebruikt voor overhead is afwijkend ten opzichte van de definitie die andere gerenommeerde kostprijsonderzoekers gebruiken. Hierdoor neemt Berenschot bij andere kostenposten de kosten op die andere kostprijsonderzoekers onder de overhead rekenen. Door alleen de overheadberekening van Berenschot te gebruiken, zonder de definitie en kostenposten over te nemen, doet u aan "cherry picking" waardoor er geen reëel beeld ontstaat. o In de enquête worden alle zorgaanbieders uitgevraagd waardoor het gemiddelde een mix is van basiszorg en hoogcomplex. Bovendien zijn er relatief een laag aantal hoogcomplexen aanbieders waardoor het gemiddelde nooit een reëel beeld geeft van de hoogcomplexen instellingen. o De hoogcomplexen instellingen hebben vanwege hun omvang, dienstverlening, opleidingsfunctie, bovenregionaal optreden een hogere overhead. o De gerenommeerde kostprijsonderzoekers (HHM, PPRC, Bijlevel) hanteren landelijk bij hun berekeningen een overheadpercentage voor de hoogcomplexen zorg van 40%.	De definitie van overhead in de regio Rivierenland zien de onderzoekers in meerdere regio's en ook bij meerdere onderzoeksbureaus terugkomen. Deze kan inderdaad afwijken van andere onderzoeksbureaus. Met overhead doelen de onderzoekers enkel op de personele overhead. Daarnaast voegen de onderzoekers nog een percentage toe voor de materiële kosten en kapitaallasten. De overhead, materiële kosten en kapitaalslasten zijn conform de landelijke benchmark, welke een goede representatie is van het gemiddelde van alle zorgaanbieders. Het percentage wat hieruit volgt komt daarmee in de buurt van het percentage van de door u genoemde onderzoeksbureaus waarbij de overhead ook de materiële kosten en kapitaalslasten bevat.
275	Dagbesteding bij verblijf: Is in de tariefopbouw de dagbesteding meegenomen en zo ja, hoeveel? Indien dit niet het geval is mag de dagbesteding gestapeld worden?	Indien van toepassing mag dagbesteding separaat ingezet (gestapeld) worden.
276	ORT op Behandeling GGZ specialistisch en Intramurale producten: in de berekeningen wordt maar met 0,75% ORT gerekend voor de ambulante behandelproducten (die gestapeld moeten worden met verblijf). Ook wordt er bij de zware intramurale producten slechts tussen de 0,75% en 5,11% ORT gerekend. Dit is voor een 24/7 voorziening te weinig. Wij voor ambulante behandeling GGZ 7% voor en voor verblijf hoog specialistisch 22%. Immers zie de toeslagen die wij als GGZ aanbieder volgens de CAO aan onze medewerkers dienen te vergoeden. Zorg in een 24/7 instelling houdt niet op na 20u of in het weekend.	Het uitgangspunt van de regio is dat de zorg hoofdzakelijk gedurende kantooruren wordt geboden. Indien dit in incidentele gevallen niet mogelijk is, is rekening gehouden met 0,75% ORT.

277	<p>Werkgeverslasten: wij zien verschillende afwijkingen op de onderdelen die de sociale lasten vormen. Op zich zijn dit kleine afwijkingen maar we willen u verzoeken om hiernaar nogmaals te kijken. We zouden wel graag het pensioenpercentage willen weten waar u mee rekent. Gelet op de hoogte, kan dit wel tot een wezenlijke afwijking van de reële kostprijs leiden.</p>	<p>De onderzoekers hebben de genoemde werkgeverslasten nogmaals getoetst met de wettelijk vastgestelde premies voor 2022. Deze komen overeen met de gepresenteerde percentages. Graag vernemen de onderzoekers van u welke percentage volgens u niet juist is. Het percentage voor de pensioenbijdrage is afhankelijk van het salaris van een medewerker. Daarom verschilt dit percentage per medewerker en is er in de presentatie geen vast percentage voor opgenomen. Hierbij hebben de gemeenten wel rekening gehouden met de OP premie, AOW franchise, AP premie en AP franchise voor 2022.</p>
278	<p>Schaalopbouw: de schaalopbouw die u hanteert is niet conform de huidige werkelijkheid. U geeft terecht aan dat er een enorme schaarste aan personeel is. Om personeel te krijgen en te behouden bevinden de schalen zich gemiddeld op 90% van het maximum. Dit is ook het percentage dat landelijk gehanteerd wordt.</p>	<p>In de berekeningen komen de onderzoekers niet lager uit dan 93% van de max schaal. Daarnaast erkennen de onderzoekers dat de werving van functies in de schalen 65 en hoger problematisch zijn. In de tariefberekening houden de onderzoekers er daarom rekening mee dat personen in deze functies ingeschaald worden in minimaal de bovenste helft van de loonschaal.</p>
279	<p>Risicopercentage: Grote zorginstellingen kennen vaak een slechte financieringspositie (zie rapport Jeugdzorg Autoriteit). Gelukkig geldt dit niet voor ons, maar wij ervaren dat marktontwikkelingen, wijzigende wet- en (lokale) regelgeving, en werving van schaars te vinden personeel, om grote investeringen vraagt. Indien hiervoor geen geld beschikbaar is of de gewenste ontwikkeling raakt het voortbestaan van een onderneming, zullen de (transformatie)doelen van de regio niet worden bereikt. Het is derhalve van het grootste belang om in de kostprijs ook een winstopslag mee te nemen. Het risicopercentage is 2% en bedoeld om risico's in de bedrijfsvoering af te dekken. Ons advies is om hier bovenop een winstopslag van 3% op te nemen, waardoor noodzakelijke investeringen gedaan kunnen worden. Vanuit de regio kan gemonitord worden dat winsten niet exorbitant hoog worden en de winst gebruikt wordt voor verbeteringen in het zorgproces. Met de normatieve marge/risico opslag blokkeert de regio dat noodzakelijke investeringen/innovaties/transformatie in de jeugdzorg kunnen plaatsvinden en dat gaat - links om of rechts om - ten koste van de kwaliteit die op grond van de Jeugdwet is vereist.</p>	<p>Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.</p>
280	<p>Nieuwe CAO GGZ: Vanaf 2022 is er een nieuwe CAO met een sterk verhogend karakter. Medewerkers krijgen een extra beloning voor werk- en roosterdruk: de vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt verdubbeld, het venster voor verschoven diensten wordt verruimd, de maximum grondslag voor de ORT wordt verhoogd, het minimum aantal hersteluren na een oproep wordt verhoogd. Gaat de regio de kosten die hiermee verband houden verdisconteren in de tarieven.</p>	<p>Indien deze tijdig gepubliceerd worden, kunnen deze nog meegenomen worden. Anders zijn de onderzoekers genoodzaakt de meeste recent gepubliceerde CAO GGZ te blijven hanteren, waarbij de gemeenten een indexatie toepassen.</p>
281	<p>3) In het kostprijsmodel wordt gesproken over 7% huisvestingskosten, hotelmatige kosten. Hoe zijn jullie tot deze 7% gekomen? En wat is de reden van een verschil in percentage met bijvoorbeeld verblijf met begeleiding? In de praktijk ondervinden wij dat dingen sneller stuk gaan en vervangen moeten worden wat extra kosten op onderhoud en inventaris met zich meebrengt.</p>	<p>Dit komt enerzijds tot stand door de eisen in ruimte die voor deze producten benodigd is in combinatie met de gemiddelde groepsgrootte en de eisen die gesteld worden aan de locatie. En anderzijds is het gebaseerd op vastgoedprijzen voor vastgoed van deze omvang.</p>
282	<p>Sheet 3 Met welk aantal uur per dagdeel en welke groepsgrootte wordt er gerekend om het dagdeel tarief straks te bepalen?</p>	<p>Er wordt rekening dat een dagdeel uit 4 uren bestaat. Dit is een uitgangspunt wat door meerdere regio's en ook door de NZA wordt gehanteerd. De groepsgrootte voor de verschillende producten staat daarnaast benoemd in de presentatie op onze website.</p>
283	<p>Sheet 4 ORT standaard op 0,75%. Dat lijkt ons te laag. Hoe is dit berekend en voor welke producten wordt dit gehanteerd?</p>	<p>De ORT van 0,75% wordt hoofdzakelijk gehanteerd voor de meeste extramurale producten Jeugd en de ambulante producten voor Wmo. Het uitgangspunt van de regio is dat de zorg hoofdzakelijk gedurende kantooruren wordt geboden. Indien dit in incidentele gevallen niet mogelijk is, is rekening gehouden met 0,75% ORT.</p>
284	<p>Sheet 7. Overhead GHZ is bepaald op 16,3%. Meestal wordt er in kostprijs onderzoeken gerekend met 20% of 30% overhead, afhankelijk waar de overhead over berekend wordt. Wat zorgt ervoor dat de overhead bij GHZ lager is vastgesteld dan voor de andere cao's?</p>	<p>Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De onderzoekers volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.</p>

285	Sheet 8. Wat is de berekening van productiviteit? Deze is vastgesteld tussen 64% en 74% en dat is namelijk erg hoog en niet haalbaar. De productiviteit ligt normaal gesproken tussen 60% en 65%. Wij zijn daarom benieuwd hoe de opbouw is berekend van de niet productieve uren.	Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).
		Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.
286	Sheet 8. Er wordt gesproken over cliëntgebonden tijd. Is er een beschrijving beschikbaar, wat daar onder valt?	Onder cliëntgebonden tijd valt de directe cliëntcontacttijd en de indirecte cliëntgebonden tijd. De definities zullen worden opgenomen in het programma van eisen. Bij alle vormen van ambulante jeugdhulp en ambulante wmo-hulp kan alleen de directe cliëntcontacttijd geïndiceerd en gefactureerd worden, met uitzondering van GGZ-behandeling.
287	Sheet 9. Risicomarge van 2% is laag. Maatschappelijk verantwoord rendement is minimaal 3,5%	Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.
288	Sheet 11 t/m 38. Hoe is de procentuele verdeling van de loonschalen bij de verschillende producten tot stand gekomen? En waarom wordt er een verdeling tussen verschillende cao's gemaakt? Unik werkt onder de CAO GHZ op producten die soms ingeschaald zijn op andere cao's.	Het gehanteerde CAO voor de verschillende producten is gebaseerd op de CAO die doorgaans vaker gehanteerd wordt voor deze producten. Hiermee sluiten we gebruik door organisaties in andere CAO's niet uit, maar ligt het meer voor de hand om een andere CAO als basis te gebruiken.
289	Sheet 11. BGI Jeugd GHZ 80% FWG 35. Waarom is er op FWG 35 ingezet? Met Jeugd wordt minimaal FWG 40 ingezet.	De FWG 35 is een landelijke representatie van de MBO-4 medewerker die gevraagd wordt. Voor Wmo geldt zelfs dat er ook een MBO-3 medewerker ingezet mag worden en dan komt de FWG 35 aan de hoge kant uit. De gemeenten kunnen daarom niet meegaan met uw voorstel.
290	Sheet 23. Groepsomvang logeren is bepaald op 8. Met hoeveel begeleiding wordt het tarief bepaald? 2 medew? Hoe is de verdeling 83% FWG 35 en 16% FWG 50 te maken bij een groep van 8? Moet dit niet 50/50 zijn?	Het betreft hier inderdaad 2 medewerkers. Hiervan dient er altijd 1 medewerker (de MBO'er) aanwezig te zijn. Uiteraard begrijpen de gemeenten dat dit niet altijd exact dezelfde medewerker kan zijn. Het grotere aandeel voor de FWG 35 wordt verklaard doordat de zorg geleverd dient te worden doordat de directe begeleider een MBO is. Doordat dit onder supervisie van eindverantwoordelijke SKJ-geregistreerde HBO'er is, verklaard dit de FWG 50. Er is dus een MBO'er altijd betrokken bij de groep en deze kan indien nodig terugvallen op de HBO'er.
291	Sheet 24. Waarom is er voor dezelfde uitgangspunten voor Logeren intensief als Logeren Regulier gekozen? Andere expertise nodig, niet alleen kleinere groep is intensief, Er is ook andere expertise nodig met de daarbij behorende hogere FWG verdeling.	Het klopt wat u stelt en dit staat ook op deze wijze beschreven in de productomschrijving. De gemeenten zullen dit daarom ook aanpassen
292	Sheet 36. BGI Waarom hier gekozen voor een mix van cao GHZ en VVT? Begeleiding Individueel Regulier normaal gesproken minimaal FWG 40 ipv een combi van FWG 35 en FWG 40 zoals hier vermeld staat.	De FWG 35 is een landelijke representatie van de MBO-4 medewerker die gevraagd wordt. Voor Wmo geldt zelfs dat er ook een MBO-3 medewerker ingezet mag worden en dan komt de FWG 35 aan de hoge kant uit. De gemeenten kunnen daarom niet meegaan met uw voorstel.
293	Sheet 37. Wordt er met het bepalen van het tarief ook hier uitgegaan van een bepaalde groepsgrootte en verhouding klanten/medewerkers? En zo ja, welke uitgangspunten worden daarvoor gebruikt?	Het gehanteerde CAO voor de verschillende producten is gebaseerd op de CAO die doorgaans vaker gehanteerd wordt voor deze producten. Hiermee sluiten we gebruik door organisaties in andere CAO's niet uit, maar ligt het meer voor de hand om een andere CAO als basis te gebruiken. De gehanteerde groepsgrootte voor de verschillende producten staat benoemd in de presentatie op onze website en is ook terug te vinden in de productomschrijvingen van de verschillende producten.
294	Feedback m.b.t. het personele stuk; Op de verschillende zorgboerderijen wordt met verschillende CAO's gewerkt. Vanuit ZBZH werken wij met de CAO GGZ en hanteren daarbij de schaal FWG 35-40.	Overhead is enkel alleen de personele overhead als onderdeel van de totale personeelskosten incl. werkgeverslasten (dus 16,3% van het totaal). De onderzoekers volgen hiermee de landelijke benchmark van Berenschot.  Het gehanteerde CAO voor de verschillende producten is gebaseerd op de CAO die doorgaans vaker gehanteerd wordt voor deze producten. Hiermee sluiten we gebruik door organisaties in andere CAO's niet uit, maar ligt het meer voor de hand om een andere CAO als basis te gebruiken.



295	Na twee jaar Corona en de huidige kostenontwikkelingen is een risicomarge van 2% niet meer reëel.	Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Helaas kunnen de gemeenten hierom niet in uw voorstel meegaan. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag.
296	Waarom worden de bestaande kostprijsberekeningen niet gebruikt en moet er wederom een duur en tijdsintensief onderzoek plaatsvinden. We verwijzen u graag het kostprijsonderzoek van Berenschot voor de jeugd GGZ.	De onderbouwingen van het vorige kostprijsonderzoek zijn onvoldoende concreet en niet meer actueel en daarom niet passend voor de nieuwe inkoopronde.
297	<p>Wat mij opvalt is dat de opbouw voor het kostprijsmodel gericht is op instellingen met personeel. Het zou voor mij heel helpend zijn dat er ook een kostprijsmodel zou zijn voor de ZZPer. Ik doe al het werk zelf en kan mij niet vinden in de manier waarop de percentages zijn opgesteld. Juist één aanspreekpunt geeft rust bij de cliënten die ik begeleid, zeker bij cliënten die moeite hebben met een vertrouwensband opbouwen, zoals mijn doelgroep de mensen met Autisme.</p> <p>Het uurloon zou opgebouwd mogen uit de componenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kosten van AOV</li> <li>-Kosten van pensioenopbouw</li> <li>-Kosten voor scholing</li> <li>-Kosten bij ziekte inkomensderving omdat uren niet gewerkt kunnen worden</li> <li>-Kosten bij inkomensderving bij vakantie omdat uren niet gewerkt kunnen worden</li> <li>-Kosten voor transport</li> <li>-Kosten voor aanschaf en onderhoud van digitale producten</li> </ul> <p>Ik hoop met mijn reactie dat er ook aandacht komt voor de ZZPers in de komende aanbesteding. Ik dank u hartelijk voor uw aandacht en tijd.</p>	Voor de producten Jeugd Extramuraal zal er een onderscheid komen qua tarieven tussen instellingen en niet-instellingen. De definities zullen worden opgenomen in het programma van eisen. Daarnaast willen de gemeenten hierbij aangeven dat ze begrijpen dat iedere aanbieder net iets andere percentages en een andere opbouw hanteert. Echter berekenen de gemeenten tarieven, met mede ook door de aanbieders gegeven input, voor de verschillende producten en geen tarieven per aanbieder. Daarom is er gekozen om voor ieder product dezelfde tariefopbouw te hanteren.
298	Declarabele uren hebben ze erg op detail uitgewerkt op functieniveau. Algemeen gemiddeld (andere regio's) wordt uitgegaan in diverse tariefonderzoeken van 1.250 uur per FTE declarabel	Zie de reactie bij vraag 62 voor de opbouw van de productiviteit zoals deze nu gehanteerd is. Deze is voor de producten ambulante jeugdhulp dus nog aangepast. Indien u van mening bent dat de productiviteit voor een bepaalde medewerker bij een bepaald product niet juist is, vernemen de gemeenten dat graag van u, zodat de gemeenten dit mee kunnen nemen en eventueel kunnen aanpassen.
299	<p>"Wij willen hierbij alvast aangeven dat het aantal cliëntgebonden uren van 1391 (voor bepaalde FWG's) hoog is. Wij kunnen hier onderbouwd op reageren als we weten welke elementen/parameters hierin zijn opgenomen (feestdagen, verlof, verzuim, opleiding, administratie, SKJ-registratie (indien van toepassing), deskundigheidsbevordering en inwerken...).</p> <p>Wat we alvast met u willen en kunnen delen is dat wij voor jeugdhulp extramuraal op een gemiddelde productiviteit uitkomen van circa. 1258 uur. Dit lijkt voor veel FWG-schalen in de uitgangspunten voor de tariefberekening behoorlijk af te wijken."</p>	<p>Per product kan de productiviteit wisselen. Het uitgangspunt bij een voltijd dienstverband is 1.878 uur per jaar. De onderzoekers volgen in alle gevallen de afspraken zoals gemaakt in de CAO, m.b.t. feestdagen, verlofdagen en bijzonder verlof. Daarnaast wordt uitgegaan van het landelijke gemiddelde m.b.t. ziekteverzuim (5%).</p> <p>Daarnaast is het afhankelijk welk product wordt geleverd. Naar aanleiding van de reacties en het blijven handhaven van de huidige afspraken, zijn enkele productiviteitsuren namelijk aangepast op basis van enkel direct cliëntgebonden uren. Zie hiervoor de reactie bij vraag 85.</p> <p>Indien u van mening bent dat de productiviteit voor een bepaalde medewerker bij een bepaald product niet juist is, vernemen de gemeenten dat graag van u, zodat de gemeenten dit mee kunnen nemen en eventueel kunnen aanpassen.</p>
300	Blijven de huidige afspraken met betrekking tot de het declareren van directe cliëntcontacttijd en indirect cliëntgebonden tijd gehanteerd?	Ja, deze zullen blijven gehandhaafd. In de presentatie van 10-2-2022 was hier nog niet voor alle producten rekening meegehouden qua productiviteit. Echter is dit in de huidige tariefberekeningen wel gebeurd en zal dit worden gecorrigeerd en toegelicht in de presentatie op 17-3-2022.