

Bijlage I.1 Marktverkenning tarievenonderzoek 2023

Marktverkenning tarievenonderzoek 2023

De vragen en bijbehorende antwoorden zijn ingedeeld naar onderwerp in de notitie Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar van het bureau HHM

1	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag. n.v.t.
Vraag	Blijft Hoofd-onderaannemerschap financieel bij zorgaanbieder?	
Antwoord	Nee, de regeling zoals die tot nu toe wordt gebruikt komt te vervallen	

2	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Wanneer Hoofd-Onderaannemerschap financieel bij zorgaanbieder blijft, hoe wordt er omgegaan wanneer de twee aanbieders verschillende producten leveren? Bijvoorbeeld wanneer de hoofdaanbieder Herstelgericht Individueel Specialistische GGZ levert en de onderaanbieder alleen Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ levert. Dit leidt tot een verschil in de tarieven.	
Antwoord	Nee, de regeling zoals die tot nu toe wordt gebruikt komt te vervallen	

3	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Bepaald het type instelling het product of de zorgvraag het type product?	
Antwoord	De hulpvraag van de jeugdige of het gezin is altijd leidend.	

4	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Is het tarief gekoppeld aan de instelling die het levert of is het tarief gekoppeld aan het product? zie ook punt 10; de organisatie structuur wijzigt niet bij een andere type product.	
Antwoord	Zie vraag 3.	

5	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	De voorgestelde aanpak is niet in lijn met de landelijke ontwikkelingen model prestatiecodes jeugd. Kunt u uitleggen waarom voor dit model is gekozen?	
Antwoord	<p>In de transformatieopgave waarvoor aanbieders vanaf 2023 worden gecontracteerd wordt niet alleen voor het leveren van een dienst ingeschreven, maar ook voor het veranderen van die dienst (doorlooptijden, lichtere zorg, hogere kwaliteit, enz.). Om dat te volgen zijn afgebakende producten nodig. Hiervoor is in oktober aan zorgaanbieders een mogelijk oplossing voorgelegd, door gebruik te maken van de facultatieve velden in het berichtenverkeer. Hierop is destijds geoordeeld door zowel zorgaanbieders en gemeenten dat de oplossing niet werkbaar zou zijn. Daarnaast werden ook risico's gesignaleerd, omdat op die manier teveel op de facultatieve velden in het berichtenverkeer geleund wordt, die niet overal uitgelezen (kunnen) worden. De enige andere optie die de gemeenten zien om dit te realiseren vraagt om ongeveer 450 declaratiecodes. Ook dit is daarom een niet proportionele oplossing.</p> <p>Daarnaast hebben de gemeenten de wens uitgesproken om zoveel mogelijk één declaratiewijze te hanteren. Declareren op opleiding voor groepsactiviteiten en verblijfszorg is niet mogelijk. Hierdoor is het eenduidig toepassen van één systematiek niet mogelijk.</p> <p>Een Hybride systeem, waarbij wordt toegewezen op producten maar gedeclareerd wordt op opleidingsniveau is overwogen, maar brengt een te hoge administratieve druk met zich mee, door het combineren van twee verschillende administratieve protocollen en werkwijzen.</p> <p>Het klopt dat de landelijke ontwikkeling wel deze kant op beweegt. Echter zijn in deze ontwikkeling deze issues ook nog niet opgelost. Daarnaast is nog niet duidelijk wanneer deze landelijke afspraken komen en de uitwerking hiervan wordt gefaciliteerd. Om die reden kiest de regio Alkmaar voor de meest administratieve zware oplossing, door de standaard uitvoeringsvarianten en de bijbehorende inrichting te volgen. Dit resulteert daarom in een inspanningsgerichte variant met toewijzing en declaratie op productniveau.</p> <p>De gemeenten sluiten niet uit dat gedurende het contract andere mogelijkheden gezamenlijk met zorgaanbieders worden ontwikkeld.</p>	

6	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Hoe het kostprijsmodel aan te passen zodat het ook voor kleinere partijen geschikt is?</p> <p>Kleine partijen hebben niet altijd de mogelijkheid om af te schalen qua beroepsgroep. Dit omdat het bij de vrijgevestigden vaak gaat om 1- danwel 2-pitters die GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en/of psychotherapeut zijn. Deze WO+ /WO++ -ers zouden dan volledig onderbetaald worden of meer HBO-ers moeten gaan inschakelen. Hiermee ontstaat het risico dat de vrijgevestigde hoger opgeleide specialisten hun praktijken sluiten voor jeugd en er oververtegenwoordiging ontstaat van aanbieders op een basisniveau die vooral het zgn. laag hangend fruit plukken (tegen een relatief hoog mixtarief). De specialistische kleinschalige zorg gaat dan verdwijnen. Hulp in de eigen wijk is wel een belangrijk speerpunt geweest bij de transitie in 2015!</p>	
Antwoord	Zie vraag 3.	

7	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Waarom is het werken met producten weer teruggehaald (daar waar de zorgverzekeraars in de volwassenenzorg dit hebben losgelaten)?</p> <p>Werken met 'producten' is niet passend bij ons werk waarin wij denken in zorg op maat, zorg naar behoefte. De landelijke trend in de zorgvergoeding is juist dat tarieven bepaald worden door bestede tijd en type zorgverlener. In 2015 is door de gemeente gestart met directe kopie van de toenmalige indeling door de zorgverzekeraars in de basis-GGZ producten, dit is niet voor niets korte tijd later veranderd in huidig model bij de gemeente. De tarieven voor de volwassenenzorg zijn bepaald door de NzA (Nederlandse Zorgautoriteit) en hangen vanaf 2022 af van het soort prestatie (intake/diagnostiek of behandeling), wie de prestatie heeft geleverd (GZ-Psycholoog, Psychotherapeut of anders) en de setting (vrijgevestigde praktijk of instelling). Dit is een maatvoering die transparent is voor cliënten en meer recht doet aan de verrichtingen.</p>	
Antwoord	<p>Zie vraag 5</p> <p>De wijze waarop de jeugdhulp nu wordt georganiseerd past als uitgangspunt bij de ontwikkeling die de gemeenten de komende jaren nastreven.</p>	

8	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Hoe denken jullie dat b.v. een product 'Herstelgericht Individueel Basis' zal uitwerken bij jeugdzorg? 12-13 sessies is niet wat er reeel geboden zal gaan worden aan directe zorg. Wij werken integraal waarbij ook gezien het gaat om jeugdigen veelal het directe milieu wordt betrokken en er relatief veel extra tijd nodig is, ook bij enkelvoudige problematiek. Risico is dat er slechts een (deel) behandeling wordt uitgevoerd, te vroeg wordt beëindigd waardoor uiteindelijk de druk op de zorg toeneemt.	
Antwoord	Dit is aangepast. Daarnaast gaat het hierbij om een richtlijn, waar u met argumenten vanaf kunt wijken.	

9	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarom wordt weer teruggegrepen op het inschalen van de zorg o.b.v. de DSM 5? De zorgvraag is niet te vangen in een DSM-classificatie. De DSM is bedoeld om een probleem te begrijpen en de behandeling richting te geven, niet om te bepalen of er recht is op betaalde zorg. Het denken in stoornissen werkt stigmatiserend en stimuleert uitsluiting van zorg aan jeugdigen waarbij wel degelijk sprake is van bedreigde ontwikkeling en zeer ernstige problemen welke niet te vangen zijn in een classificatiemodel zoals de DSM 5 maar wel een specialistische behandeling vereisen. Ook ontstaat er een risico op overdiagnosticeren om specialistische zorg te kunnen verlenen.	
Antwoord	Niet alle behandelingen hoeven onder de GGZ plaats te vinden. Herstelgericht heeft meerdere producten die ook andere mogelijkheden leveren.	

10	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Hoe wordt er gedacht over het instandhouden van kleinere praktijken met hoger opgeleide specialisten? Risico van de productmix is dat de vrijgevestigden geen contracten meer aan zullen gaan omdat het geen ruimte geeft voor specialistische zorg in een vrijgevestigd kader, dit is wel waar wij voor opgeleid zijn.	
Antwoord	Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die de regio inkoopt, niet de organisatie die het levert.	

11	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Dit zouden we graag terugzien in de tariefsopbouw Algemeen - Waar zien wij de input terug, welke aanbieders tijdens de "week van de aanbieder" hebben aangeleverd? Hoe is deze input meegenomen in dit proces?	
Antwoord	Informatie uit de week van de aanbieder wordt anoniem gepubliceerd bij de aanbestedingsdocumenten.	

12	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Algemeen - Voor ons is het nog steeds niet duidelijk waarom de regio teruggaat naar p*q financiering? Graag zouden wij (nogmaals) een uitgebreide toelichting hierop zien? Het druist in tegen het rapport van Rita Verdonk! Zie bijlage. 'transitie jeugdzorg' - toekomst functiegerichte bekostiging. "Model prestatiecodes jeugd"	
Antwoord	Zie vraag 5	

13	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Algemeen - Administratie protocol, graag ontvangen wij het zorgadministratie protocol welke van toepassing is?	
Antwoord	Deze komt bij de publicatie van de aanbesteding beschikbaar	

14	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Op functieniveau factureren per CAO en op daadwerkelijke ingezette kwaliteit. "Reële tarieven" - Prijs/kwaliteit - Kunt u dit verder concretiseren, wat gaat dit in de praktijk betekenen voor de zorgaanbieders? Reel tarief voor de geleverde kwaliteit. Wij worden graag in de gelegenheid gesteld om in een open dialoog de tarieven te bespreken. Bij voorkeur in samenwerking met vergelijkbare zorgaanbieders werkzaam in de regio Alkmaar.</p>	
Antwoord	<p>Het betreft hier tarieven die onderbouwt door onderzoek en benchmarking voor een dekkende financiering van de jeugdhulp zorgen. Binnen de nieuwe contracten gaan we graag met u open het gesprek aan over de inhoud en de transformatieopgave. Gevolgen voor financiering kunnen daaruit voortkomen, niet andersom. Voor meer informatie zie het aanbestedingsdocument.</p>	

15	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>"Reële tarieven" - Wat gaat de gemeenten doen met zorgaanbieders welke enorme financiële winsten draaien op jaarbasis? Waar andere zorgaanbieders jaarlijks negatieve cijfers moeten overleggen. Gaan zorgaanbieders ook gescreend worden op bijvoorbeeld; inhoud, beleid t.a.v. personeel, financiële huishouding en bovenal kwaliteit van de zorg? Reële grens van de winst(marge) bepalen bij de aanbieders? Hierdoor heeft iedere organisatie zijn bestaansrecht en kan blijven voorzien in de lokale werkgelegenheid, waardoor eenvoudige tot zeer complexe hoogwaardige kwalitatieve zorg betaald kan blijven worden. En er geen aanbieders voor "de krenten in de pap" gaan. En organisaties kunnen blijven bestaan, niet dankzij het feit dat andere gemeenten reële tarieven betalen.</p>	
Antwoord	<p>Met de opbouw van een reëel tarief worden de werkelijke kosten zo goed mogelijk weerspiegeld. Extreme winsten zijn dan alleen mogelijk indien niet voldaan wordt aan de eisen uit de productbeschrijvingen.</p>	

16	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>"Gevolgde aanpak" - Welke benchmarks, uitkomsten van vergelijkbare trajecten elders in het land zijn hiervoor gebruikt? Graag zouden wij deze inzien/ontvangen. Waar wordt geadviseerd om een mix van verschillende Cao's te gebruiken? Factureren per functiemix, per CAO Hoeveel heeft u nog nodig van een GGZ-organisatie, welke al jaren cijfermatig aangeeft dat een mix-cao niet functioneert. periode 2018 t/m 2021 een negatief resultaat van € 1 miljoen.</p>	
Antwoord	De specifieke benchmarks zijn genoemd in de notitie over de tariefopbouw. Verder, zie antwoord bij Bijlage i.2 Marktverkenning productbeschrijvingen 2023 vraag 49 en 50.	

17	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Open dialoog met vergelijkbare aanbieders "Gevolgde aanpak" - "Aansluitend hebben de aanbieders.... waarden te reageren". Dit is een hele korte doorlooptijd om zorgvuldig en volledig te kunnen reageren op de documenten zoals gepubliceerd op 13 januari 2021. Graag zouden wij na de publicatie van Nvl een moment zien waarop aanbieders een gesprek aan kunnen gaan t.a.v. de tariefbepaling? Reel tarief.</p>	
Antwoord	Zie vraag 14	

18	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Sociale lasten - Wordt hierin de sociale wetgeving gevolgd? Volgt dit gelijke trend met de actuele ontwikkelingen vanuit de overheid. in 2021 zijn de sociale lasten 28% echter rekent de gemeenten met een verouderd rapport van Berenschot.</p>	
Antwoord	Ja, er worden reële tarieven bepaald op prijspeil 2022. Daarin worden de dan geldende premies voor sociale lasten toegepast.	

19	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Beschikking alleen afgeven op totaal uren. Hoe zien de beschikkingen eruit? Hoe wordt deze afgegeven? is dit op basis van minuten? Doorlooptijd? Intensiteit? Geldigheid, duur - geen extra administratieve handelingen. Dus welk normkader wordt er gehanteerd en hoe wordt er mee omgegaan als de client niet precies in dat product past. bv. plotselinge grote mate van onveiligheid, crises in gezin enz.? Geen beperking aan aantal uren/inzet per week etc. Op dit moment kost het aanvragen van een verlenging van een beschikking ongelooflijk veel tijd , hoe gaan we dit verkorten zodat de tijd aan de client besteed kan worden? Bij te gedetailleerd dan komt de focus daarop te liggen i.p.v. het juist behandelen</p>	
Antwoord	Dit wordt bij publicatie van de aanbesteding aangegeven in Bijlage F.4 Handreiking Toegang en verwijzing.	

20	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>producten: als er op product basis gewerkt wordt, kan er dan ook een consultatie tarief gerekend worden? Dus een nieuw product toevoegen? Consultatie-tarief toekennen aan meerdere kwalificatieniveaus. In Utrecht is dit product opgenomen, dit werkt erg goed waarmee gemeenten en andere zorgverleners ondersteund worden in hu vraag stelling, soms is alleen advies voldoende, soms kan je aangeven dat een kind eerst doorstroomt naar de gemeente of lichte vorm i.p.v. GGZ, het kan ook betekenen dat je meteen naar de GGZ gaat omdat het daar meteen op zijn plek is. Minder geshopt door kinderen. En deze consulten moeten toch ergens van betaald moeten worden.</p>	
Antwoord	Consultatie is alleen via de gemeentelijke toegang beschikbaar. Consultatie is naats andere producten in te zetten, binnen de kaders van de dienstomschrijving.	

21	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Jeugdhulp versus sGGZ - is voor jeugdhulp een gedragswetenschapper as regiebehandelaar voldoende? Een GW-er binnen de jeugdhulp als regiebehandelaar aan te merken. De verantwoordelijkheid die een gedragswetenschapper heeft is passend voor HAJ midden en zwaar. De ambulante jeugdhulp werkt in een ander model werken dan bij de GGZ (regiebehandelaren). Bij ambulante jeugdhulp ligt de regie meer bij de ambulante hulpverlener die skj geregistreerd is. GW-er behandelt cliënten en leidt casuïstiek besprekingen en geeft werkbegeleiding.	
Antwoord	Voor hulpvragen met GGZ problematiek sluiten we aan bij het kwaliteitsstatuut GGZ. Voor hulpvragen waarbij alleen sprake is van inzet van herstelgerichte J&O vormen van jeugdhulp kan het regiebehandelaarschap- onder voorwaarden- ook door een gedragswetenschapper worden ingevuld. Doordat behandeling ook binnen de jeugdhulp plaatsvindt, vanuit een wetenschappelijk kader, speelt de gedragswetenschapper daar een belangrijke rol. Daarnaast houdt een gedragswetenschapper ook toezicht op de toepassingen van de juiste methodiek. De dagelijkse jeugdhulp kan uiteraard door een HBO'er worden geleverd.	

22	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	30%/50%/50%/10% product herstelgericht individueel basis, basis GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	De gemeenten herkennen uw voorstel niet als een passende functiemix voor dit product. We nemen uw voorstel daarom niet over.	

23	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	product herstelgericht individueel specialistische GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D 10%/20%/45%/20%/5% dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	Zie vraag 22.	

24	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	product herstelgericht individueel hoog specialistische GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D 5%/20%/45%/20%/10% dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	Zie vraag 22.	

25	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Tekst aanpassen: Laat de aanbieder het moment van diagnose bepalen.	
Antwoord	Diagnose en analyse zijn onderdeel van de behandeling. Om te bepalen welke behandeling past, moet van te voren bepaald worden wat er speelt. Dat diagnose en analyse terugkeren op verschillende momenten in de behandeling erkennen we en daarom is dit ook gedurende een behandeling binnen de toegewezen diensten mogelijk.	

26	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	1e "uitgifte" consult met medicatie? waar is die geborgd in het systeem, ofwel psychiater? Voordat überhaupt medicatie gegeven wordt vind er een 1e gesprek met de psychiater plaats , dit is een langdurig gesprek, de consulten die jullie opgenomen hebben gaat over herhaal gesprekken en herhaal medicatie	
Antwoord	Het uitgangspunt is dat er niet zomaar met medicatie wordt gestart, maar dat dit het gevolg is van een diagnosetraject en/of behandeling. Dit zou dan onder de daarvoor ingezette dienst vallen.	

27	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Gehanteerd opleidingsniveau gezinshuisouder 50% MBO-4 / 50% HBO. Echter, gegeven de ernst van de problematiek: Gezinshuisouder minimaal HBO Aanpassen functiemix 100% HBO	
Antwoord	Zie vraag 22. In dit geval ligt de inschaling in lijn met het Keurmerk Gezinshuizen.	

28	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarom is het werkelijke specialisme van de GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog niet onder gebracht? Binnen het product Jeugd Ambulant ontbreken producten waarmee de BIG of OG geregistreerde specialist haar of zijn vak kan uitoefenen. In de huidige beschrijving worden zij alleen voor een klein percentage ingezet voor regiebehandelaarschap of protocollaire behandeling in hooguit 12 sessies. Ons specialisme is echter niet om MBO en HBO ers aan te sturen of een protocolletje af te draaien, maar om diagnostiek en behandeling op maat en van kwaliteit te leveren voor client en gezinssysteem. Vergelijk het met dat je een hartchirurg gaat vragen om van achter zijn bureau een MBO en HBOer te coachen tijdens een hartoperatie. Ik wil me per 2023 graag inschrijven voor een product, maar wat ik kan staat er niet tussen	
Antwoord	De dienstomschrijvingen volgen de landelijke richtlijnen voor de zorgproducten. Gemeenten zijn wettelijk verplicht om kwaliteitsnormen toe te passen. Ook wij zien de grote meerwaarde van vrijevestigde hulpverleners en zijn het dan ook niet met u eens dat deze kansloos zijn. Wel verwachten wij dat zij zich houden aan de kwaliteitsnormen. We vragen u dan ook om goed naar de productbeschrijvingen te kijken omdat u mogelijk uw aanbod onder de verkeerde producten probeert te plaatsen en Herstelgericht individueel beter bij uw aanbod past.	

29	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waar is op gebaseerd dat een WO er een EMDR behandeling kan bieden? Conform de professionele landelijke richtlijnen mag een EMDR behandeling uitsluitend gegeven worden door minimaal een WO+ professional	
Antwoord	Dit is aangepast.	

30	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarom worden de specialismen van een WO+ en WO++ nergens beschreven? Een volledig, eerlijk en waarachtig beeld neerzetten van het complete domein van jeugdhulp door ook GGZ hulp te includeren in het model	
Antwoord	Dit is aangepast.	

31	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarom ontbreekt de ambulante S-GGZ zorg door vrijgevestigden? Het nieuwe model is ondermaats en gebaseerd op instellingen. Hierdoor gaat de ambulante vrijgevestigde S-GGZ verdwijnen uit de regio. De vrijgevestigden zullen niet akkoord gaan met het huidige model en geen contract tekenen met de gemeente. Kinderen en jongeren die een specialist nodig hebben, kunnen geen kwalitatieve zorg meer krijgen of op verdere oplopende wachtlijsten van de instellingen terecht komen. Als wij alleen nog de verlengde arm mogen zijn, zal dit beslist zorgcowboys in de hand werken; een zeer onwenselijk fenomeen waar begin 2021 over in de media geschreven is. Los hiervan is een kracht van de vrijgevestigde GZ-psycholoog/psychotherapeut/klinisch psycholoog dat zij geen overhead hebben (t.o.v. 40% overhead in de instellingen).	
Antwoord	Zie vraag 9	

32	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Bij de productomschrijving Dyslexie staat EED. Conform het nieuwe protocol van het NKD; protocol 3.0	
Antwoord	In protocol 3.0 wordt inderdaad ED gehanteerd. Echter houden gemeenten uit de regio Alkmaar vast aan de in de Jeugdwet opgenomen EED.	

33	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Het product HAJ Individueel S-GGZ wordt door vrijgevestigde klinisch psychologen/psychotherapeuten en KJ-psiater in het toekomstige conceptmodel omschreven als behandeling met een multidisciplinaire aanpak.</p> <p>In een 'eenmanszaak' zoals bij veel vrijgevestigden zal de multidisciplinaire aanpak altijd bestaan uit evaluaties én samenwerking met de verwijzer (vaak de JGB, lokale wijkteams oid, huisarts of andere specialisten) en andere betrokken behandelaren indien van toepassing. Mocht bovenstaande niet onder deze definitie van multidisciplinair (in deze context) passen, dan is een heroverweging of toevoeging van een andere product aan het productenboek wenselijk. Een verduidelijking van definitie of aangepaste productomschrijving HAJ SGGZ instellingen en HAJ SGGZ vrijgevestigden zal zorgen voor behoud van de behandel mogelijkheden voor de populatie kinderen die deze vorm van zorg hard nodig hebben.</p> <p>Behoud van de inzet van hoogopgeleide vrijgevestigden zorgt voor voorkomen van nog langere wachtlijsten.</p>	
Antwoord	Zie vraag 29.	

34	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Het tariefmodel en productenboek lijken niet geheel te passen voor vrijgevestigde aanbieders die als eenpitter werken? Behandelingen zoals die nu uitgevoerd worden door deze beroepsgroep zijn niet uit te voeren door de inzet van lager opgeleide professionals. Waar kunnen kinderen in het nieuwe model terecht die wel deze specialistische zorg nodig hebben? Het zijn specialistische behandelingen die voorbehouden zijn aan de BIG-geregistreerde zorgprofessionals.</p> <p>Het borgen van de kwaliteit en beschikbaarheid van de basis- en specialistische GGZ voor kind en jeugd zou hiermee gestimuleerd worden.</p> <p>Het behoud van de vrije keuze voor een vrijgevestigde behandelaar in de BGGZ of SGGZ zou met een aangevuld productenboek mogelijk zijn.</p>	
Antwoord	U bent vrij om u in te schrijven op elk product waarvan u aan de voorwaarden kunt voldoen. U mag zich daarbij ook inschrijven op meerdere producten.	

35	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Hierbij alleen in gegaan op producten herstelgericht individueel basis en specialistisch: o.a. de producten van de GGZ: basis, specialistisch maar ook die daaropvolgend; hoe kan het dat HBO plus daarin zoveel percentage vertegenwoordigt is, maar ook WO relatief veel meer dan in werkelijkheid passend? In principe is bij GGZ basis (zie ook 18 plussers) alleen een BIG ofwel GZ psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog zelfstandig werkzaam. In product staat omschreven dat licht, matig en ernstig/complex jongeren eronder vallen. Veelal is dan CGT, evt. EMDR, schema therapie geïndiceerd of andere technieken die door GZ psycholoog en voor aantal therapieën een psychotherapeut dan wel klinisch psycholoog uitvoerend zijn. Nu is aandeel percentage GZ psycholoog, en psychotherapeut en klinisch psycholoog niet passend bij werkelijkheid en bij vereiste van wat NZA aangeeft hoe de basis GGZ jongeren behandelt dienen te worden. Waarom is dan in product herstelgericht individueel basis GGZ geen differentiatie gemaakt tussen welke functie (gz psycholoog, klinisch psycholoog) welk niveau (licht, matig, ernstig/complex) jongeren behandelt, dan wel diagnostiek doet?. daling salariering wo plus en wo plus plus zal groot zijn. Daarbij zal werk voor gz psychologen, maar met name ook klinisch psychologen aan de randen van de behandelkamer zijn met deze productmix waardoor en ze niet ingezet worden waar nodig voor de jongeren met dsm en het zorgt ervoor dat ze niet kunnen voldoen aan de eisen van herregistratie namelijk 18 uur per week ftf behandelingen en juist in de behandelkamer aan het werk zijn. de eisen van de NZA tav basis GGZ zijn: uitvoering door minimaal WO, maar regie door WO+ en WO++ (als het gaat om SGGZ). in deze productmix wordt bij lange na niet voldaan aan de eisen.</p>	
Antwoord	<p>Gemeenten hebben op dit moment nog geen tarieven gepubliceerd. Het is daarom niet vast te stellen dat er sprake is van een daling. Mbt de functiemix: zie vraag 29.</p>	

36	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Ik mis in het productenboek de GGZ-hulp die in het huidige werken wordt geboden. Door de voorgestelde tariefmix worden GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten zowel binnen instellingen als in kleinere praktijken steeds minimaler ingezet en naar randen van behandelkamer geduwd. Zij moeten echter niet alleen in de regie staan, maar moeten ook de mogelijkheid hebben om specialistische behandeling uit te voeren. Voor bepaalde complexe zorg is dit specialisme nodig in de behandelkamer en niet enkel in de regie. hartchirurg gaat ook niet vanaf bureaustoel aanwijzingen geven. Een verlengde-arm-constructie wordt noodzakelijk gemaakt door dit model, wat zorgcowboys in de hand werkt. Zie ook https://www.ggz totaal.nl/nw-29166-7-3859827/nieuws/tariefdifferentiatie_in_jeugd-ggz_deel_loopt_binnen_deel_kan_kosten_niet_betalen.html</p>	
Antwoord	<p>Zie vraag 10.</p>	

37	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarom wordt er een verschuiving gemaakt naar het productdenken (en er schotten worden geplaatst) ipv integrale zorg zonder schotten (wat bijdraagt aan continuïteit van zorg)? Vrees voor verlies van continuïteit van zorg. We gingen juist naar een breder perspectief ipv in producten denken; dat is verarming van zorg en verlies van kwaliteit van medewerkers. Op- en afschaling van zorg zorgt voor betrokkenheid en overdracht naar een andere zorgaanbieder.	
Antwoord	Zie vraag 5	

38	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Wat maakt dat er voor een maximum aantal minuten (750) wordt gekozen in het product b-ggz? Het maximum aantal minuten in de b-ggz van 750 minuten maakt dat er nauwelijks ruimte is voor indirecte tijd. In hulp aan jeugdigen vindt er veel indirecte tijd (zorgoverleg) plaats wegens het overleg met andere betrokkenen, scholen, hulpverleners. Samenwerken wordt op deze manier onmogelijk gemaakt.	
Antwoord	Zie vraag 8	

39	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Wie bepaalt welk product het wordt? Welke zorg nodig is is meestal vooraf niet goed in te schatten. Door de schotten die met voorgesteld model weer neergezet worden wordt het juiste product kiezen te belangrijk gemaakt en ligt deze beslissing niet bij de zorgaanbieder die vanuit zijn specialisatie deze inschatting/beoordeling kan maken.	
Antwoord	De gemeentelijke toegang heeft in alle gevallen de bevoegdheid om diensten toe te wijzen die volgens hun passen bij de de hulpvraag en de situatie van jeugdige en gezin. Hoe de gemeente hiermee omgaat kunt u teruglezen in Bijlage F.4 Handreiking Toegang en verwijzing	

40	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	er wordt uitgegaan van productgroepen. Waarom? We gingen juist naar een breder perspectief ipv het denken 'in producten denken'. Met een breder perspectief kunnen zorgverleners maatwerk bieden; zorg die past bij de hulpvraag van dat moment. Met 'producten' moet de zorg ingericht worden zodanig dat dit binnen het product past. Dat is verarming van de zorg en een verlies van kwaliteit van medewerkers. Zie landelijke tendens, zorgprestatie model	
Antwoord	Zie vraag 5	

41	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Terugbrengen van DSM diagnoses als voorwaarde voor B-GGZ/S-GGZ en H-GGZ leidt tot stigmatisering van onze jeugd. Vaak is er sprake van (complexe) systeemproblematiek, het kind krijgt de "rekening" in de vorm van een diagnose. Diagnoses leiden daarnaast tot medicalisering. zie kansrijke start, 1001 kritieke dagen, the heckman curve (zie bijlagen)	
Antwoord	Wanneer diagnostiek vereist is, is dit opgenomen in de dienstomschrijving. Echter verwachten wij wel van elke zorgaanbieder dat er een analyse van de hulpvraag plaats heeft gevonden. Dit is onderdeel van het jeugdhulptraject. Dit omdat effectieve en efficiënte hulpverlening alleen mogelijk is indien die gericht kan worden ingezet.	

42	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Door de zorg weer te schotten, zoals met het voorgestelde model wordt neergezet, wordt het inschatten van het juiste product zeer belangrijk. Echter, bij aanvang van een hulpvraag is meestal vooraf niet goed in te schatten wat er precies gaande is en is welk 'product' geleverd moet worden. Dit gaat ten koste van maatwerk in de zorg, van flexibiliteit en slagvaardigheid. En daarmee gaat dit ook ten koste van de kwaliteit van zorg. momenteel is het voor de jeugdconsulenten al zeer lastig om in te schatten wat de zorgzwaarte is, en wat er nodig is. In de huidige situatie kunnen wij nog meedenken en meeschakelen met de hulpvraag door zorg op te schalen.	
Antwoord	Zie vraag 5 Primair gesteld is het de verwijzer die samen met de client bepaalt welke zorg er nodig is. Indien aan de orde en gewenst in verdere afstemming met de beoogde zorgaanbieder. Met de nieuwe productindeling wordt het voor iedereen makkelijker om te bepalen welke vorm van jeugdhulp het meest passend is voor de hulpvraag. Voor de genoemde praktijk samenstelling is het mogelijk om voor meerdere producten in te schrijven. Zowel voor de Herstelgerichte J&O producten als een aantal GGZ producten	

43	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>De afgelopen jaren is er ook vanuit de gemeente fors ingezet op samenwerking tussen zorgaanbieders, middels het hoofd- en onderaannemerschap. Zorg organiseren in productgroepen leidt tot schotten binnen zorg, meer doorverwijzingen als opgeschaald moet worden, daarmee discontinuïteit in zorg en zorgverlener.</p> <p>Vanuit veel onderzoeken naar de effectiviteit van behandeling blijkt dat tussen de 60 en 70% van de effectiviteit van de behandeling terug te voeren is naar de beschikbaarheid, continuïteit en opleidingsniveau van de behandelaar. Continuïteit leidt tot effectiviteit van de zorg.</p>	
Antwoord	Ook nu vinden de gemeenten samenwerking en een integrale aanpak van groot belang.	

44	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Herstelgericht individueel kent onderscheid tussen basis (1), specialistische (2) en hoogspecialistische GGZ (3). Er wordt onderscheid gemaakt tussen regiebehandelaar en regievoerder (vergelijkbaar met volwassen GGZ) waarbij Specialistische GGZ een regiebehandelaar zou vereisen zonder dat gespecificeerd; regievoerder is WO++; terwijl hoogspecialistische GGZ als regievoerder WO+ zou moeten hanteren. De aanpassingen die geadviseerd worden hebben verregaande gevolgen voor de inrichting van de huidige markt; mee overbelasting op de plek waar reeds overbelasting is, nl bij hoogspecialistische GGZ. Terwijl zoals het nu geregeld is goed werkt voor betrokken partijen. Vanwaar dit advies? Zoals regievoerder en regiebehandelaar nu in het schema is opgenomen is verwarrend en onduidelijk. Bij specialistisch wordt geen regiebehandelaar genoemd, regievoerder is WO++. Bij hoogspecialistisch is WO+ regievoerder en enkel AMS regiebehandelaar (dat is nu WO+ of WO++). Er is een grote groep die in aanmerking komt voor specialistische GGZ behandeling die volstaat met behandeling door WO+ die ook regiebehandelaar kan zijn. Door deze adviezen zal er groot tekort aan WO++ ontstaan, vooral voor kleinere praktijken, de druk op hoogspecialistische aanbieders wordt groter, waar de wachttijden reeds lang zijn. Ook de opleidingsdruk zal voor instellingen enorm toenemen als de vraag naar WO++ gaat toenemen. Een tekort van WO+ is reeds langer bekend en zal verder toenemen. De werkdruk in de SGGZ zal verder verhogen. Terwijl dit deels niet nodig is doordat het goed werkt zoals het nu geregeld is.</p>	
Antwoord	Dit is aangepast.	

45	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Met deze indeling is het voor een vrijgevestigde met WO + opleiding onmogelijk om specialistische zorg te leveren. Dit betekent dat er geen keuzevrijheid is bij de client.	
Antwoord	De keuzevrijheid is geborgd in de contracten.	

46	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Ik in 2021 en nu 2022 zowel basis als specialistische zorg geleverd. Volgens dit nieuwe model mag ik geen zorg leveren terwijl ik WO geschoold ben met specialistische vervolgopleiding van 2 jaar (RINO Amsterdam IMH-opleiding). Waar is de inhoudelijke onderbouwing hiervan? Wat is mijn specialisme nu waard? Op deze manier wordt een specialist buiten spel gezet en moeten HBO-ers gaan uitvoeren waar ik 6 jaar opleiding voor heb gehad. Wat is kwaliteit en specialisme nog waard? Ik vraag me af welke onderbouwing ik moet geven om duidelijk te maken dat specialistische zorg zo moet blijven.	
Antwoord	Zie vraag 29.	

47	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Is het tarief gekoppeld aan de instelling die het levert of is het tarief gekoppeld aan het product? zie ook punt 10; de organisatie structuur wijzigt niet bij een andere type product.	
Antwoord	Het tarief is primair gekoppeld aan de dienst.	

48	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Waarop is de CAO mix per functiemix per product (tabel 4,blz 9) op gebaseerd?	
Antwoord	De cao-mix is gebaseerd op de door gemeenten ingeschatte aandelen van sectoren die het betreffende product in de regio leveren.	

49	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Hoe het kostprijsmodel aan te passen zodat het ook voor kleinere partijen geschikt is?</p> <p>Tarief o.b.v. Opleidingsniveau (huidige situatie), aparte aanbestedingsprocedure voor vrijgevestigden</p> <p>Kleine partijen hebben niet altijd de mogelijkheid om af te schalen qua beroepsgroep. Dit omdat het bij de vrijgevestigden vaak gaat om 1- danwel 2-pitters die GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en/of psychotherapeut zijn. Deze WO+ /WO++ -ers zouden dan volledig onderbetaald worden of meer HBO-ers moeten gaan inschakelen. Hiermee ontstaat het risico dat de vrijgevestigde hoger opgeleide specialisten hun praktijken sluiten voor jeugd en er oververtegenwoordiging ontstaat van aanbieders op een basisniveau die vooral het zgn. laag hangend fruit plukken (tegen een relatief hoog mixtarief). De specialistische kleinschalige zorg gaat dan verdwijnen. Hulp in de eigen wijk is wel een belangrijk speerpunt geweest bij de transitie in 2015!</p>	
Antwoord	Zie vraag 10.	

50	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Hoe wordt er gedacht over het instandhouden van kleinere praktijken met hoger opgeleide specialisten?</p> <p>Betekenis van het mixtarief bekijken vanuit de werkelijke samenstelling van personeel in de vrijgevestigde praktijken</p> <p>Risico van de productmix is dat de vrijgevestigden geen contracten meer aan zullen gaan omdat het geen ruimte geeft voor specialistische zorg in een vrijgevestigd kader, dit is wel waar wij voor opgeleid zijn.</p>	
Antwoord	Zie vraag 10.	

51	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>Waar zijn de psychotherapeuten gebleven in het model? Psychotherapie als behandelvorm plaatsen in de HAJ Psychotherapie is een belangrijke behandelvorm binnen de jeugdzorg en als specialisme zodanig erkend. In deze beroepsgroep is zeer veel basis- en specialistische kennis aanwezig op het gebied van diagnostiek en specialistische behandeling naast de standaardprotocollen.</p>	
Antwoord	<p>Psychotherapeuten vallen onder het opleidingsniveau WO++. Dat opleidingsniveau is bij diverse HAJ-producten opgenomen.</p>	

52	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>"Reële tarieven" - Wat gaat de gemeenten doen met zorgaanbieders welke enorme financiële winsten draaien op jaarbasis? Waar andere zorgaanbieders jaarlijks negatieve cijfers moeten overleggen. Gaan zorgaanbieders ook gescreend worden op bijvoorbeeld; inhoud, beleid t.a.v. personeel, financiële huishouding en bovenal kwaliteit van de zorg? Reële grens van de winst(marge) bepalen bij de aanbieders? Hierdoor heeft iedere organisatie zijn bestaansrecht en kan blijven voorzien in de lokale werkgelegenheid, waardoor eenvoudige tot zeer complexe hoogwaardige kwalitatieve zorg betaald kan blijven worden. En er geen aanbieders voor "de krenten in de pap" gaan. En organisaties kunnen blijven bestaan, niet dankzij het feit dat andere gemeenten reële tarieven betalen.</p>	
Antwoord	<p>Met de opbouw van een reëel tarief worden de werkelijke kosten zo goed mogelijk weerspiegeld. Extreme winsten zijn dan alleen mogelijk indien niet voldaan wordt aan de eisen uit de productbeschrijvingen.</p>	

53	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	<p>"Gevolgte aanpak" - Welke benchmarks, uitkomsten van vergelijkbare trajecten elders in het land zijn hiervoor gebruikt? Graag zouden wij deze inzien/ontvangen. Waar wordt geadviseerd om een mix van verschillende Cao's te gebruiken? Factureren per functiemix, per CAO Hoeveel heeft u nog nodig van een GGZ-organisatie, welke al jaren cijfermatig aangeeft dat een mix-cao niet functioneert. periode 2018 t/m 2021 een negatief resultaat van € 1 miljoen.</p>	
Antwoord	<p>De specifieke benchmarks zijn genoemd in de notitie over de tariefopbouw. Verder, zie antwoord bij vraag 10</p>	

54	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	"Geen kostprijsonderzoek" - De bandbreedte van die waarden is inmiddels goed bekend, graag zouden wij deze inzien/ontvangen? Graag inzien Ten behoeve van een reel hedendaags tarief.	
Antwoord	Nu we laten zien welke parameterwaarden bij de producten in de regio passen, zijn onderliggende bandbreedten niet relevant.	

55	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Kostprijsmodel - "Functiemix" - waar komt de functiemix vandaan, wat is de bron?	
Antwoord	De functiemix is afgeleid uit de productbeschrijvingen van de regio.	

56	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Kostprijsmodel - "Functieniveau" graag ontvangen wij een definitie per niveau?	
Antwoord	Tabel 2 van de notitie "Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar" geeft aan van welk aantal jaren opleiding per opleidingsniveau wordt uitgegaan. In bijlage 1 van die notitie is van verschillende beroepen het opleidingsniveau opgenomen.	

57	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Kostprijsmodel - "Opslagen" Wordt de CAO verhoging gehanteerd/aangehouden? Gaat de tarief bepaling van de gemeente gelijke trend houden met de tariefbepaling van de CAO verhoging?	
Antwoord	Er worden reële tarieven bepaald op prijspeil 1-1-2022. Omdat er geen nieuwe cao's zijn afgesloten, worden de tarieven vervolgens jaarlijks op het actuele prijspeil gebracht.	

58	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Sociale lasten - Wordt hierin de sociale wetgeving gevolgd? Volgt dit gelijke trend met de actuele ontwikkelingen vanuit de overheid. in 2021 zijn de sociale lasten 28% echter rekent de gemeenten met een verouderd rapport van Berenschot.	
Antwoord	Er worden reële tarieven bepaald op prijspeil 2022. Daarin worden de dan geldende premies voor sociale lasten toegepast.	

59	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Overhead - Wat valt er onder overige kosten?	
Antwoord	Wat onder 'overige kosten' valt, is beschreven in bijlage 2 van de notitie "Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar".	

60	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	product herstelgericht individueel basis, basis GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D 30%/50%/50%/10% dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	De gemeenten herkennen uw voorstel niet als een passende functiemix voor dit product. We nemen uw voorstel daarom niet over.	

61	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	product herstelgericht individueel specialistische GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D 10%/20%/45%/20%/5% dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	Zie antwoord bij vraag 60	

62	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	product herstelgericht individueel hoog specialistische GGZ - Svp de verhouding aanpassen, zie kolom D 5%/20%/45%/20%/10% dit op basis van onze praktijk	
Antwoord	Zie antwoord bij vraag 60	

63	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Gehanteerd opleidingsniveau gezinshuisouder 50% MBO-4 / 50% HBO. Echter, gegeven de ernst van de problematiek: Gezinshuisouder minimaal HBO Aanpassen functiemix 100% HBO	
Antwoord	Zie antwoord bij vraag 60	

64	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Wat zijn de 'kenmerken van deze regio'? Waar zijn die op gebaseerd?	
Antwoord	Een voorbeeld van een kenmerk van de regio is de 'grootte' van het gebied. Dit is o.a. van belang bij de onderbouwing van het tarief voor vervoer. Voor het bepalen van 'waarden' voor deze regiokenmerken maken we gebruik van de kennis binnen de regio en van de input van zorgaanbieders tijdens de marktverkenning.	

65	Onderwerp:0. Kostprijsmodel en aanpak	Pag.
Vraag	Wat is de 'gemiddeld efficiënte aanbieder'? Waar is die op gebaseerd?	
Antwoord	Deze term wordt in de jurisprudentie gebruikt. Hiermee wordt onderstreept dat de reële tarieven niet voor alle aanbieders kostendekkend hoeven te zijn. Dit betekent dat we voor alle parameterwaarden uitgaan van waarden die gemiddeld in de regio van toepassing (kunnen) zijn.	

66	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Kunnen er ook andere deskundigheden worden ingezet dan aangegeven in de opleidingsmix? Door het leven van multidisciplinaire zorg kan het voorkomen dat personeel met een ander deskundigheidsniveau zorg levert dan aangegeven in de opleidingsmix bij het product. Bijvoorbeeld HBO personeel of ervaringsdeskundigen (MBO) bij het product Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ.	
Antwoord	De in te zetten opleidingsniveaus zijn genoemd in de productbeschrijvingen. De procentuele verdeling is een onderlegger om tot reële tarieven te komen; geen eis/norm waaraan aanbieders zich moeten houden bij de zorgverlening.	

67	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	De WO++ lijkt in de productomschrijvingen niet voor te komen bij de omschrijving in te zetten functies. Merkwaardig dat in de productomschrijving functies wel/niet worden genoemd die wel/niet worden gebruikt in de kostenberekening.	
Antwoord	Dit is aangepast.	

68	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Herstelgericht Ambulant Individueel Zwaar: voor tarief is de functie mix 10% HBO; 35% HBO+, 35% WO; 15% WO+ en 5% WO++ ; echter, wanneer dit in een groepsaanbod is, dan is de inzet ineens 10% HBO; 15% HBO+, 30% WO; 25% WO+ , 15% WO++ en 5% AMS. Kortom: voor een groepsgewijze aanpak verschuift de inzet van 20% > WO+ naar 45% WO+?</p> <p>Herstelgericht Ambulant Individueel Zwaar: voor tarief is de functie mix 10% HBO; 35% HBO+, 35% WO; 15% WO+ en 5% WO++ ; echter, wanneer dit in een groepsaanbod is, dan is de inzet ineens 10% HBO; 15% HBO+, 30% WO; 25% WO+ , 15% WO++ en 5% AMS. Kortom: voor een groepsgewijze aanpak verschuift de inzet van 20% > WO+ naar 45% WO+?</p> <p>Aanpassen gebruikte functiemix naar een begrijpelijke , consistent geheel over productgroepen heen.</p>	
Antwoord	Het gaat hier om twee verschillende producten.	

69	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Feitelijk mist er tussen product Herstelgericht ambulante groep midden (personele inzet 40% HBO, 40% HBO+ en 20 % WO) en het product Herstelgericht ambulante groep zwaar (inzet 10% HBO, 15% HBO+ , 30% WO, 25% WO+, 15% WO++ en 5% AMS) een tussencategorie. Groepsgewijze aanpak jongere kinderen vereist vaak IMH kennis (infant mental health), waar voor minimaal niveau WO+ nodig is. Consequentie kan zijn dat een dergelijke aanpak onder de noemer Herstelgericht ambulante groep zwaar moet gaan vallen?</p>	
Antwoord	We vragen u de diensten die u levert in te schalen onder de diensten die bij uw zorglevering passen.	

70	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Bij de opleidingsmix voor dyslexiezorg (diagnostiek & behandeling) wordt uitgegaan van de CAO GGZ. Dyslexiezorg valt officieel onder jeugdzorg.	
Antwoord	Uw voorstel nemen we niet over. Voor de diagnose dyslexie wordt gebruik gemaakt van de DSM 5. Daarnaast werd in het verleden de DBC-bekostigingssystematiek toegepast voor dyslexiezorg. Daarom passen wij de cao GGZ toe.	

71	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Het mixtarief ondersteunt op geen enkele manier een passend maandsalaris voor een specifieke medewerker. Er zijn wat mij betreft 4 redenen waarom het meer passend is om deze parameter aan te passen. En dan beperk ik me voor het gemak tot de GBGGZ en SGGZ omdat die productgroepen voor mij van toepassing zijn. 1. De mix aan inzet van beroepen die benoemen komt niet overeen met de werkelijkheid in de regio. 2. Door de tarieven zo op te bouwen gaan jullie met de prijs sturen in de kwaliteit van de zorg. Dus dan wordt prijs leidend boven kwaliteit en specialismen. 3. Het geeft kleinere praktijken problemen in de samenwerking als zij op die manier tot multidisciplinair werken moeten komen. Wat leidt tot schotten in de zorg i.p.v. ontschotting. 4. Commissie Verdonk opperde actief het betalen op kwalificatieniveau (ook al liet het op productniveau wel open als optie. 5. Binnen de volwassenzorg is net overgestapt naar declareren op kwalificatieniveau en daar is ook sprake van productgroepen. Punt 1: Jullie geven aan via marktonderzoek tot de juiste mix van salaristarieven te zijn gekomen. Kortom, jullie vinden de daargenoemde percentages blijkbaar tekenend voor hoe de verschillende beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn in die soort van hulpverlening. Ik heb nu alleen gekeken naar GBGGZ en SGGZ. Ik ben hoogst verrast dat het aandeel HBO+ op % wordt ingeschaald. Dat herken ik niet in de huidige praktijken en instellingen die zowel GBGGZ als SGGZ bieden. Daarnaast wordt in beide productgroepen het percentage WO+ en WO++ verrassend laag ingeschat. Dit terwijl de GZ-psycholoog is opgeleid om bij een breed scala aan problemen goede therapie te kunnen bieden en de psychotherapeut wordt geacht bij nog diepgaande therapie van toegevoegde waarde te zijn. Niet vanaf de zijlijn, ze zijn specifiek opgeleid tot het bieden van goede behandeling in de GBGGZ en SGGZ. Zoals het nu omschreven staat wordt de WO+ en WO++ naar de randen van de behandelkamer geduwd met het idee dat zij m.n. de regie voeren en blijkbaar nauwelijks nog zelf behandelen. Dat is op dit moment NIET de realiteit binnen het merendeel van de instellingen en praktijken in de regio. Punt 2: volgt direct uit voorgaande. Om tot een sluitende begroting te komen zijn praktijken en instellingen genoodzaakt de inzet van hun medewerkers aan te passen aan de kwalificatieniveaus die jullie stellen bij de betreffende hulp. Nee, u krijgt nu geen GZ-psycholoog als behandelaar want die kunnen we u niet betalen aangezien de gemeente heeft besloten dat er meer mensen met HBO+ niveau moeten worden ingezet. Ten derde wordt het samenwerken tussen kleine praktijken ontzettend ingewikkeld. De WO-er met eigen praktijk krijgt voor ieder uur het vastgestelde mixtarief. Dus ervaart een vast uurtarief die hij van de gemeente krijgt. Zodra zij expertise wil invliegen (meestal van een hoger kwalificatieniveau) zou zij die persoon meer moeten betalen dan het mixtarief. tenslotte is het idee van het mixtarief dat het uit middelt. Dus als er een WO+ wordt ingeschakeld hoort die een hoger tarief te krijgen. Maar, voor ieder uur dat voor die persoon wordt gedeclareerd bij de gemeente wordt hetzelfde mixtarief uitbetaald. Kortom, een WO-er die een GZ-er inschakelt om te werken zoals het passend is in de zorg moet dan dus bijbetalen aan de WO+-er? Kortom, het kost een hulpverlener dan eigenlijk gewoon geld als hij/zij een hulpverlener van een hoger niveau vraagt aan te sluiten.(en dan heb ik het niet over consult maar bv gewon samenwerking binnen de SGGZ).. En welk tarief betalen ze dan aan elkaar? grote zakelijke onderhandelingen gaan ontstaan die de werkelijke hulpverlening in de weg zullen staan. Terwijl deze gemeente juist zo stevig aanstuurde op samenwerking en integrale zorg. Waar zowel hulpverleners als cliënten tot nu toe heel blij mee zijn geweest. Dat is denk ik precies wat er om zeep geholpen wordt als er wordt besloten tot mixtarieven per productgroep. Ten vierde is het voorstel van de commissie Verdonk juist geweest om per KWALIFICATIENIVEAU een tarief vast te stellen. met twee redenen. het eerste is omdat er zo recht gedaan wordt aan wat een medewerker met dat kwalificatieniveau behoort te verdienen. Ten tweede omdat dit juist de gelegenheid geeft om werkelijk te zien welke beroepsgroepen in welke mate worden ingezet binnen een bepaalde productgroep. Punt 5; het argument van de gemeente dat declareren op productgroep en kwalificatieniveau samen niet kan vanwege ICT is niet kloppend. Binnen de volwassenen GGZ is net die omschakeling gemaakt. Waar een wil is, is een weg.</p>	
Antwoord	Zie vraag 10.	

72	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>een klinisch psycholoog is bij ggz cao schaal 75 ingedeeld: waarmee gerekend als ik zie staan 70/75? Hoe kan gezegd worden dat iedere collega werkzaam momenteel met contracten voor gemeente Alkmaar zijn/haar salaris zal behouden? om CAO inschaling en betaling door gemeente in balans te houden. in produktiemix waar klinisch psychologen zich voor in kunnen schrijven, mogelijk zullen schrijven aangezien ze daarvoor zijn opgeleid; de herstelgerichte ggz zorg (basis en specialistisch) komen ze slechts voor 5% voor. Rol zal dan hooguit meedenkend zijn, of regie voerend, echter ze zijn opgeleid om voor groot deel van taken psychotherapieën te geven; schema, inzichtgevend, trauma, systeem, cgt, mbt ed. Nu in deze produkten zie je dit niet terug. als vrijgevestigd klinisch psycholoog is herstelgericht specialistisch niet mogelijk omdat er staat dat er multidisciplinair inzet nodig is. Een klinisch psycholoog kan zo niet voldoen aan de uren die voor herregistratie nodig zijn: namelijk 16-18 uur individuele ftf patiënten behandelingen. Zou sonde zijn als hoogopgeleide specialisten deze BIG registratie kwijt raken. Kans dat ze naar 18 plus over stappen is reeel. Echter er is gekozen voor kind en jeugd. zorg ervoor dat ieder zijn/haar werk kan doen waarvoor opgeleid en dan ook uitbetaald gaat worden. in huidige situatie is dit veel passender.</p>	
Antwoord	In vacatures voor klinisch psychologen komt zowel FWG 70 als FWG 75 voor. We passen dit aan in Bijlage G. Tarievenonderzoek 2023.	

73	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Baseer het mixtarief bij 'Herstel individueel gericht basis' op 20% HBO, 20%WO, 50% WO+ en 10%WO++. Voor herstelgerich individueel specialistisch: 10% HBO, 15% WO, 20% WO+, 50%WO++ en 5% KJP</p> <p>Funciemix binnen de B-GGZ/S-GGZ/H-GGZ leidt tot kwalitatieve armoede. Binnen GGZ moeten GZ-psychologen,psychotherapeuten en klinisch psychologen in ruime mate inzetbaar zijn als behandelaar. Specialistische behandelingen zoals psychotherapie, EMDR, schematherapie, Infant Mental Health, psychotherapeutische ouderbegeleiding, psychotherapiegroepen moeten geboden worden door de daartoe bevoegde professionals. Dat is vanaf WO+ niveau en hoger. Eerder is het specialisme van de psychiater steeds meer uit de SGGZ verdwenen (ze zijn schaars en duur geworden). Zorg ervoor dat de GZ-psychologen psychotherapeuten en Klinisch psychologen niet ook verdwijnen, en specialistische kennis met hen verdwijnt (deze zijn nu ook al schaars, en worden veel op ZZP-basis ingehuurd wat heel kostbaar is). Zie ook: maandsalaris en inschaling.</p>	
Antwoord	De gemeenten herkennen uw voorstel niet als een passende funciemix voor dit product. We nemen uw voorstel daarom niet over.	

74	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	psychotherapeuten/gz psychologen en KP die kunnen echt specialistisch behandelen maar niet in deze produc mix dan worden ze zowel binnen instellingen als in kleinere praktijken steeds minimaler ingezet en naar randen van behandelkamer geduwd. Moeten niet alleen in regie staan. Specialistische behandelingen zoals psychotherapie, EMDR, schematherapie, Infant Mental Health, psychotherapeutische ouderbegeleiding, psychotherapiegroepen moeten geboden worden door de daartoe bevoegde professionals.	
Antwoord	Zie vraag 10.	

75	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van functies MBO4-HBO-HBP+-WO-WO+-WO++-KJP. Binnen XXX worden géén MBO medewerkers ingezet. >> Is het mogelijk rekening te houden met inzet hogere niveau's door verschil in (zwaardere) populatie cliënten bij XXX Jeugdhulp XXX biedt hoogwaardige ondersteunings & Herstelgerichte Ambulante zorg. Tevens heeft XXX bij Jeugdhulp met Verblijf & Zelfstandigheidstraining - Behandelgroepen een relatief zwaardere populatie cliënten waardoor inzet MBO4 niet wenselijk is. >> Graag zou XXX zien dat in de verdeling opleidingsniveau's binnen de producten hier rekening mee wordt gehouden.	
Antwoord	Zie vraag 10.	

76	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Bij de producten 'Herstelgericht individueel Basis GGZ', 'Herstelgericht individueel Specialistische GGZ' en 'Herstelgericht individueel Hoogspecialistische GGZ' worden in voorkomende gevallen ook medewerkers met CAO Jeugdzorg ingezet. >> Waarom is ervoor gekozen om hier 100% CAO GGZ toe te passen? Bij de producten 'Herstelgericht individueel Basis GGZ', 'Herstelgericht individueel Specialistische GGZ' en 'Herstelgericht individueel Hoogspecialistische GGZ' wordt tevens medewerkers met CAO JZ ingezet. Gevraagd wordt hier in de CAO mix rekening mee te houden	
Antwoord	Gezien de problematiek waar deze producten zich op richten is de cao GGZ van toepassing. Uw voorstel nemen we daarom niet over.	

77	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van een salarisschaal met 93% van het maximum (p.9) - 100% bij AMS. Binnen XXX wordt door krapte op arbeidsmarkt vaak > 100% uitbetaald middels markttoeslagen. >> Wat is de onderbouwing voor toepassing 93% in huidige arbeidsmarkt? In huidige arbeidsmarkt wordt vaak > 100% salarismaximum betaald. Hierdoor is de gehanteerde 93% te laag in huidige arbeidsmarkt</p>	
Antwoord	<p>Vanwege de huidige regionale arbeidsmarktsituatie passen we de inschaling voor personeel op WO+ niveau aan van 93% naar 95% en voor WO++ niveau van 93% naar 97% van het maximum salaris in de schaal.</p>	

78	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van een verdeling in percentage van de functies MBO4-HBO-HBP+-WO-WO+-WO++-KJP. Binnen XXX wordt gemiddeld een hoger percentage ingezet op de niveau's HBO+ - WO, WO+ en WO++ >> Wat is de onderbouwing van de gehanteerde procentuele verdeling naar opleidingsniveau en kan rekening worden gehouden met een relatief zwaardere populatie aan klanten Binnen XXX wordt gemiddeld een hoger percentage ingezet op de niveau's HBO+ - WO, WO+ en WO++</p>	
Antwoord	<p>Zie vraag 66.</p>	

79	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Verhouding HBO/WO is bij onze praktijk 1 staat tot 2. In de berekening worden er andere percentages gehanteerd (Herstelgericht Individueel Midden 40% HB), 40% HBOplus en 20% WO). Betekent dit dat de kosten van de WO-er (schaal 11) ook maar 20% in de prijs wordt meegenomen en dat dus feitelijk verwacht wordt dat de WO-er ook maar 20% in het hele traject voor zijn rekening neemt? Wij ervaren bij BDB dat trajecten effectiever zijn als deze uitgevoerd worden door de meest gekwalificeerde persoon. Denk aan angstbehandeling waarbij de gedragswetenschapper is opgeleid tot Cognitief gedragstherapeut en dus sneller successen bereikt. Tevens is er zodoende geen extra regiebehandelaar nodig bij het traject omdat de behandelaar tevens regiebehandelaar is. Ouders en kinderen hebben 1 contactpersoon wat als zeer prettig wordt ervaren. Dus niet 1 gezin 1 plan maar 1 gezin 1 behandelaar.</p>	
Antwoord	<p>Zie vraag 66.</p>	

80	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>In de productbeschrijving wordt gesproken over de lengte van een traject en de uren dat hier per week aan besteed mag worden. Hoe wordt er te werk gegaan indien de situatie anders wordt en er meer uren nodig zijn? Ook kan hierbij gedacht worden aan een onderaannemer die betrokken raakt. Is opschaling dan mogelijk?</p> <p>Wij weten inmiddels dat een traject niet altijd loopt zoals verwacht. Hoe wordt hiermee omgegaan? Tevens ervaren wij op dit moment dat onderaannemers niet altijd tijdig declareren en dat de SOM van een budget bereikt kan zijn waardoor er met terugwerkende kracht 'verlenging' nodig is.</p>	
Antwoord	Zie vraag 19.	

81	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Wij werken in de zorg, niet in productenHet idee is dan een andere bedrijfsvoering. Maar dit is in de praktijk onmogelijk voor een vrijgevestigde praktijk gezien gebrek aan personeel. Daarnaast is het versnippering van de zorg en hierdoor minder specialisme op de plek in de uitvoering. Dit is bezuinigen met directe gevolgen voor de kinderen die zorg verdienen. Er wordt gekozen voor verschotting in plaats van de eerder zo aangeprezen aanpak om integrale jeugdhulp te bieden met de mogelijkheid tot Onder en Hoofdaannemerschap. Hierdoor is er onnodig een knip in het hulpverleningstraject waardoor er continuïteit in de zorg van het kind geboden kan worden. Kinderen die in de Basis niet geholpen kunnen worden die gaan door op de wachtlijst naar de Specialistische GGZ. In die Specialistische GGZ worden de specialisten op de functie van regiebehandelaar gezet en niet in de functie van behandelaar. Hierdoor krijgen we versnipperde, langere trajecten. Met als nadeel voor de client: meer hulpverleners, minder continuïteit.</p> <p>In de praktijk blijken de vrij gevestigden niet het probleem. Ik kan mij dat niet voorstellen. Ik heb een zuivere boekhouding en nauwelijks kosten in overhead. Daarbij kan er in een kleine praktijk sneller geschakeld worden.</p>	
Antwoord	Zie vraag 10.	

82	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	pag. 1 Ik mis de gezinsgerichte benadering en multiproblematiek zoals bij scheidingen	
Antwoord	Dit is aangepast.	

83	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Kunnen er ook andere deskundigheden worden ingezet dan aangegeven in de opleidingsmix? n.v.t. Door het leven van multidisciplinaire zorg kan het voorkomen dat personeel met een ander deskundigheidsniveau zorg levert dan aangegeven in de opleidingsmix bij het product. Bijvoorbeeld HBO personeel of ervaringsdeskundigen (MBO) bij het product Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ.</p>	
Antwoord	Zie vraag 66.	

84	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Waar is de verdeling in inschaling bij de functie HBO op gebaseerd? Voorstel is 65% FWG 50 en 35% FWG 55 De indeling is niet 80/20 verdeeld zoals wordt aangenomen door HHM</p>	
Antwoord	De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.	

85	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Waar is de verdeling in inschaling bij de functie HBO+ op gebaseerd? Voorstel is 10% FWG 55 en 90% FWG 60 De indeling is niet 50/50 verdeeld zoals wordt aangenomen door HHM</p>	
Antwoord	Zie vraag 84	

86	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Waarop is de 93% van het maximum van het hoogste salarisbedrag gebaseerd? Is er bijvoorbeeld ook rekening gehouden met persoonlijke toeslagen die bepaalde medewerkers ontvangen, schaarste en met ervaringsjaren? n.v.t.	
Antwoord	De waarde is mede ontleend aan een onderzoek van KPMG (zie voetnoot 2 in de notitie "Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar"). Berenschot werkt in 2018 (Rapportage tarieven ambulante Jeugdzorg regio Alkmaar) met een inschaling op 90%-91% in de Jeugdzorg en 94,5% - 96% in de GGZ. Voor KJP werken we met 100% (o.a. vanwege de schaarste).	

87	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	De inschaling (de hoogte van het salaris) hangt samen met het opleidingsniveau. Afrekenen op werkelijke kosten. Hoe gaat de regio om met zorgpersoneel met jaren ervaring? Bij goed personeelsbeleid is continuïteit van zorg geborgd en ook werkplezier en werkresultaten, maar dan heb je wel duurder personeel	
Antwoord	Er wordt uitgegaan van een mix van ervaren en minder ervaren personeel. Dat is verdisconteerd in het uitgangspunt om met 93% van het maximum salaris binnen een schaal te werken.	

88	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	4 jaar opleiding op Hbo-niveau + HBO vervolgopleiding (ca. 2 jaar). Welke vervolgopleidingen vallen hieronder? ook RGT, IMH consultant, systemisch werker hieronder laten vallen Welke vervolgopleidingen worden er hier bedoeld? Systeemtherapeut vanaf HBO wordt in de markt op schaal 65 betaald.	
Antwoord	Gemeenten werken niet met een uitputtend overzicht van vervolgopleidingen. Tabel 2 van de notitie "Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar" geeft meer algemeen aan van welk aantal jaren opleiding per opleidingsniveau wordt uitgegaan. In bijlage 1 van die notitie is van verschillende beroepen het opleidingsniveau opgenomen. Voor de systeemtherapeut gaan we uit van FWG 60; die inschaling zien we ook in vacatures voor systeemtherapeuten in de regio.	

89	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	4 jaar opleiding op WO-niveau + WO vervolgopleiding (ca. 2 jaar). Welke vervolgopleidingen vallen hieronder? ook IMH specialist, systeem therapeut, GZ, OG, NIP hier onder laten vallen reel tarief naar opleiding van personeel	
Antwoord	Gemeenten werken niet met een uitputtend overzicht van vervolgopleidingen. Tabel 2 van de notitie "Opbouw reële tarieven Jeugdhulp Alkmaar" geeft meer algemeen aan van welk aantal jaren opleiding per opleidingsniveau wordt uitgegaan. In bijlage 1 van die notitie is van verschillende beroepen het opleidingsniveau opgenomen.	

90	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	4 jaar opleiding op WO-niveau + WO vervolgopleiding (ca. 4 jaar). Welke vervolgopleidingen vallen hieronder ook de 3 jarige opleiding hieronder laten vallen, psychotherapeut gaat binnen kort gelijk vallen als KP reel tarief naar opleiding van personeel	
Antwoord	Zie vraag 89	

91	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Tabel 4 - CAO mix Inzet en CAO door elkaar heen. Hoe kunnen wij hiermee rekenen? Wat is de bedoeling van deze tabel? Waarom wordt er niet per CAO gerekend? Hoe komt u aan de verdeling over de Cao's? 100% CAO van de organisatie hanteren en geen mix De Cao's verschillen nogal, dit betekend zoals nu het geval is dat bepaalde organisatie altijd in de plus gaan en bepaalde organisaties altijd in de min. Is dit de bedoeling? Waarom gaan jullie in tegen het rapport van Rita Verdonk? Waarom niet per organisatie kijken welke CAO wordt gehanteerd en daarmee te werken?	
Antwoord	Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die de gemeenten inkopen. Per product is gekeken door welke mix van 'sectoren/cao's' het product wordt geleverd. Die mix is opgenomen in de notitie.	

92	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	4 jaar WO opleiding + WO vervolgopleiding circa 2 jaar; vallen hier ook de OG, OG sprokkelroute en de NIP onder? OG, OG sprokkel direct hieronder laten vallen en NIP t.z.t. reel tarief naar opleiding van personeel	
Antwoord	Zie vraag 89	

93	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	inschaling - Personeel. Welke medische beroepen worden hier exact bedoeld? Basisarts, kind en jeugdarts en psychiater. Reel tarief naar opleiding van personeel.	
Antwoord	Zie vraag 89	

94	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Hoe komt u aan de gehanteerde inschaling per opleidingsniveau en de verdeling over de schalen? In de praktijk is dit bij ons totaal anders voor de GGZ zie voorstel in kolom D HBO is bij ons in de praktijk 55 (50%) en 60 (50%), HBO+ is 60 (40%) en 65 (60%), WO 60 (100%), WO+ is idem als jullie voorstel, WO++ is 70 (20%) en 75 (80%)	
Antwoord	Zie vraag 84	

95	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Hoe komt u aan de gehanteerde inschaling per opleidingsniveau en de verdeling over de schalen? In de praktijk is dit bij ons totaal anders voor de jeugdhulp zie voorstel in kolom D Bij ons in de praktijk is het als volgt HBO schaal 9 (100%), HBO+ schaal 10 (100%), WO+ schaal 12 (100%)	
Antwoord	Zie vraag 84	

96	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	CAO mix: u rekent met 93% van het maximum en verwijst naar stukken uit 2014 (7 jaar geleden en voorafgaand aan de transitie van 2015 en de door gehanteerde open house inschrijvingen). Aan de WO+ en WO++ en specialisten is niet te komen. Waarom past u dit niet aan, aan de huidige arbeidsmarktsituatie? Voor WO+ en WO++ en artsen de hoogste periodiek aan houden en niet 93% De nieuwe mensen die op WO+ en WO++ niveau worden aangetrokken zitten in de hoogste periodieken. Voor hun liggen de banen voor het oprapen en zij laten zich weg kopen of starten voor zichzelf ondanks goed personeel beleid.	
Antwoord	Vanwege de huidige regionale arbeidsmarktsituatie passen we de inschaling voor personeel op WO+ niveau aan van 93% naar 95% en voor WO++ niveau van 93% naar 97% van het maximum salaris in de schaal.	

97	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Tarieven op basis van in te zetten functiemix. Nieuw daarbij WO++, uit de tekst valt op te maken dat het hierbij ws gaat om klinisch psychologen Inschaling: niet reële aanname 50% schaal 70; 50% schaal 75. In de opleiding zelf worden de aanstormend klinisch psychologen gepusht om alleen schaal 75 te accepteren Aanpassen inschaling tot 100% schaal 75. Opleiding staat er als 4 jaar WO opleiding plus 4 jaar vervolg opleiding. Dit klopt niet: Dit moet zijn 4 jaar WO + 2 jaar WO+ plus 4 jaar WO++.	
Antwoord	Zie vraag 84	

98	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	De WO++ lijkt in de productomschrijvingen niet voor te komen bij de omschrijving in te zetten functies Consistentie tussen productomschrijvingen en berekenen inzet in kostprijsmodel Merkwaardig dat in de productomschrijving functies wel/niet worden genoemd die wel/niet worden gebruikt in de kostenberekening	
Antwoord	Dit is aangepast.	

99	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Discrepancie productomschrijving en weergave in notitie tarieven opbouw: voorbeeld: bij verblijf klinisch jeugd GGZ wordt aan in te zetten personeel gevraagd WO+ en AMS; regievoerder WO+ /AMS. Echter in de tarievenopbouw worden de categorieën WO+, WO++ noch AMS überhaupt genoemd (en dus voor het tarief niet geïncludeerd.) Consistentie aanbrengen tussen kostprijsmodel en bijbehorende productomschrijvingen	
Antwoord	In de tariefopbouw voor Jeugdhulp met verblijf is enkel de inzet van het pedagogisch klimaat in het tarief opgenomen. Dit product wordt vervolgens 'gestapeld' met bijv. een behandelproduct. Zie de productbeschrijving.	

100	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Herstelgericht Ambulant Individueel Zwaar: voor tarief is de functie mix 10% HBO; 35% HBO+, 35% WO; 15% WO+ en 5% WO++ ; echter, wanneer dit in een groepsaanbod is, dan is de inzet ineens 10% HBO; 15% HBO+, 30% WO; 25% WO+ , 15% WO++ en 5% AMS. Kortom: voor een groepsgewijze aanpak verschuift de inzet van 20% > WO+ naar 45% WO+? Aanpassen gebruikte functiemix naar een begrijpelijke , consistent geheel over productgroepen heen.	
Antwoord	Het gaat hier om twee verschillende producten.	

101	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Uit Tabel 3 blz is af te leiden dat in de jeugdzorg geen WO++ of medisch specialisten worden ingezet (???) Dit klopt niet met de werkelijkheid. Deze groepen includeren en meenemen in kostprijsmodel	
Antwoord	In het functieboek bij de cao Jeugdzorg is de vertrouwensarts de functie met de hoogste schaal (schaal 12) binnen het primair proces. Het salarisniveau van schaal 12 sluit het meest aan bij de inschaling van WO+-ers binnen de GGZ en GHZ.	

102	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Intensiteit inzet pedagogisch klimaat (tabel 14) : Klinische Jeugd GGZ besloten: 0,9 fte per kind/bed. Dit is erg weinig. In de oude verblijfs categorieën was verblijf F al 1,3 tot 1,7 fte. Aanpassen vereiste inzet pedagogisch klimaat conform werkelijkheid en werkelijke eisen bij de complexiteit van problematiek van de jongeren.	
Antwoord	Uw vergelijking met deeloprestatie verblijf F is niet juist. Deeloprestatie F betreft een overwegend gesloten setting.	

103	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	De inzet van de pleegzorgwerker (95%) en de gedragswetenschapper (5%) vanuit de pleegzorgorganisatie. De omvang van de inzet is gebaseerd op een caseload van 12 kinderen per fte (circa 107 cliëntgebonden uren per kind per jaar; circa 2 uur per kind per week). Elders staat: Inzet pleegzorgwerker en gedragswetenschapper (52+30=) 82 uur per pleegkind per jaar Onduidelijk is waar dit verschil vandaan komt. Voorstel is om ook hier consistent in te zijn en dit ook op consistente wijze te verwerken in het de taarvenopbouw berekening te gebruiken	
Antwoord	We rekenen met 107 uur. De 82 uur in tabel 14 zijn we abusievelijk vergeten aan te passen.	

104	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Er staan op dit moment nieuwe CAO voorwaarden op het punt ingevoerd te worden. Accoord CAO GGZ is nagenoeg rond. CAO Jeudgzorg is in de maak. Maak gebruik van de nieuwe inschalingen en aanvullende vergoedingen en dergelijke uit de nieuw afgesloten CAO's.	
Antwoord	We hanteren de geldige cao op het moment van opleveren van de rapportage. Van cao ggz is al wel onderhandelaarsakkoord bekend, maar daarin zijn nog niet alle aanpassingen uitgewerkt (waaronder de extra trede bij FWG 35 t/m FWG 60). Overigens is een cao pas geldig zodra deze Algemeen Verbindend verklaard is; dat is met een onderhandelaarsakkoord niet het geval.	

105	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Bij de opleidingsmix voor dyslexiezorg (diagnostiek & behandeling) wordt uitgegaan van de CAO GGZ CAO Jeudgzorg Dyslexiezorg valt officieel onder jeudgzorg.	
Antwoord	Uw voorstel nemen we niet over. Voor de diagnose dyslexie wordt gebruik gemaakt van de DSM 5. Daarnaast werd in het verleden de DBC-bekostigingssystematiek toegepast voor dyslexiezorg. Daarom passen wij de cao GGZ toe.	

106	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	Ik heb geen vraag ik heb opmerkingen en een voorstel tot aanpassing inschalling op functieniveau · Specialisten zijn opgeleid om te coördineren en specialistisch te behandelen en specialistische kennis en kunde te delen. Daar hoort een inschaling op functieniveau bij.	
Antwoord	Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die de gemeenten inkopen.	

107	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Ik heb geen vraag ik heb opmerkingen en een voorstel tot aanpassing inschalling op functieniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> De zorgverlening in een vrijgevestigde praktijk is zorg verleend op niveau. Dat kan niet deels uitgevoerd worden door een lager opgeleid persoon. Het valt dus niet te rijmen dat je deels op een lager niveau betaald zou worden in de productmatrix die nu hier voorligt. Alhoewel er altijd enige mate van administratie of vastlegging nodig is, betreft dit clientgebonden zaken die altijd door de betreffende zorgverlener zelf uitgevoerd moet worden en niet uitbesteed kan worden aan een lager opgeleide collega. Ook niet in een grote organisatie. Een heel klein deel van de administratieve verrichtingen (misschien 1% of 2% van de clientgebonden tijd) zou uitbesteed kunnen worden. Voor administratieve werkzaamheden die niet met de client te maken hebben wordt geen uurtarief in rekening gebracht en zit in de component overheadkosten. Het antwoord in de online presentatie op 13 januari jongstleden dat je daar maar je bedrijfsvoering moet inrichten op de productmix inschaling is dus een volslagen onzinnige reactie. 	
Antwoord	Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die gemeenten inkopen.	

108	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>een klinisch psycholoog is bij ggz cao schaal 75 ingedeeld: waarmee gerekend als ik zie staan 70/75? Hoe kan gezegd worden dat iedere collega werkzaam momenteel met contracten voor gemeente Alkmaar zijn/haar salaris zal behouden?</p> <p>doorvoeren zoals nu ingesteld bij ggz en jeugdwet cao: schaal 75. Daarbij in produktmix zorgdragen dat het percentage klinisch psycholoog in percentage omhoog gaat zoals passend in werkelijkheid en nodig voor behandelen van GGZ jongeren met dsm classificatie. (geldt overigens ook voor aantal andere functies)</p> <p>om CAO inschaling en betaling door gemeente in balans te houden. in produktiemix waar klinisch psychologen zich voor in kunnen schrijven, mogelijk zullen schrijven aangezien ze daarvoor zijn opgeleid; de herstelgerichte ggz zorg (basis en specialistisch) komen ze slechts voor 5% voor. Rol zal dan hooguit meedenkend zijn, of regie voerend, echter ze zijn opgeleid om voor groot deel van taken psychotherapieën te geven; schema, inzichtgevend, trauma, systeem, cgt, mbt ed. Nu in deze producten zie je dit niet terug. als vrijgevestigd klinisch psycholoog is hestelgericht specialistisch niet mogelijk omdat er staat dat er multidisciplinair inzet nodig is. Een klinisch psycholoog kan zo niet voldoen aan de uren die voor herregistratie nodig zijn: namelijk 16-18 uur individuele ftf patiënten behandelingen. Zou sonde zijn als hoogopgeleide specialisten deze BIG registratie kwijt raken. Kans dat ze naar 18 plus over stappen is reeel. Echter er is gekozen voor kind en jeugd. zorg ervoor dat ieder zijn/haar werk kan doen waarvoor opgeleid en dan ook uitbetaald gaat worden. in huidige situatie is dit veel passender.</p>	
Antwoord	In vacatures voor klinisch psychologen komt zowel FWG 70 als FWG 75 voor. We passen dit aan in bijlage 1.	

109	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Funciemix binnen de B-GGZ/S-GGZ/H-GGZ leidt tot kwalitatieve armoede. Binnen GGZ moeten GZ-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen in ruime mate inzetbaar zijn als behandelaar. Specialistische behandelingen zoals psychotherapie, EMDR, schematherapie, Infant Mental Health, psychotherapeutische ouderbegeleiding, psychotherapiegroepen moeten geboden worden door de daartoe bevoegde professionals. Dat is vanaf WO+ niveau en hoger.</p> <p>Baseer het mixtarief bij 'Herstel individueel gericht basis' op 20% HBO, 20%WO, 50% WO+ en 10%WO++. Voor herstelgericht individueel specialistisch: 10% HBO, 15% WO, 20% WO+, 50%WO++ en 5% KJP</p> <p>Eerder is het specialisme van de psychiater steeds meer uit de SGGZ verdwenen (ze zijn schaars en duur geworden). Zorg ervoor dat de GZ-psychologen psychotherapeuten en Klinisch psychologen niet ook verdwijnen, en specialistische kennis met hen verdwijnt (deze zijn nu ook al schaars, en worden veel op ZZP-basis ingehuurd wat heel kostbaar is). Zie ook: maandsalaris en inschaling.</p>	
Antwoord	De gemeenten herkennen uw voorstel niet als een passende funciemix voor dit product. We nemen uw voorstel daarom niet over.	

110	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van functies MBO4-HBO-HBP+-WO-WO+-WO++-KJP. Binnen XXX worden géén MBO medewerkers ingezet.</p> <p>>> Is het mogelijk rekening te houden met inzet hogere niveau's door verschil in (zwaardere) populatie cliënten bij XXX Jeugdhulp</p> <p>Door het ontbreken van inzet medewerkers met MBO is de voorgestelde wijziging parameter het weghalen danwel sterk reduceren van de inzet MBO4 bij producten Zelfstandigheidstraining / KTC, Behandelgroepen, Fasehuizen, Ondersteuningsgericht Ambulant</p> <p>XXX biedt hoogwaardige ondersteunings & Herstelgerichte Ambulante zorg. Tevens heeft XXX bij Jeugdhulp met Verblijf & Zelfstandigheidstraining - Behandelgroepen een relatief zwaardere populatie cliënten waardoor inzet MBO4 niet wenselijk is.</p> <p>>> Graag zou XXX zien dat in de verdeling opleidingsniveau's binnen de producten hier rekening mee wordt gehouden.</p>	
Antwoord	De gemeenten herkennen uw voorstel niet als een passende funciemix voor dit product. We nemen uw voorstel daarom niet over.	

111	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van een CAO-Mix waarin tevens GHZ is opgenomen. Binnen XXX zijn echter geen medewerkers met CAO GHZ werkzaam. >> Wat is het effect op de tarieven (verschil JZ-GGZ versus GHZ) door toepassing CAO GHZ binnen de CAO-Mix? Door ontbreken medewerkers XXX binnen CAO GHZ is de voorgestelde wijziging parameter het weghalen van CAO GHZ danwel het effect op tarief per product te minimaliseren Binnen XXX zijn echter geen medewerkers binnen CAO GHZ werkzaam.</p>	
Antwoord	<p>Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die de gemeenten inkopen. Per product is gekeken door welke mix van 'sectoren/cao's' het product wordt geleverd. Die mix is opgenomen in de notitie.</p>	

112	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Bij de producten 'Herstelgericht individueel Basis GGZ', 'Herstelgericht individueel Specialistische GGZ' en 'Herstelgericht individueel Hoogspecialistische GGZ' worden in voorkomende gevallen ook medewerkers met CAO Jeugdzorg ingezet. >> Waarom is ervoor gekozen om hier 100% CAO GGZ toe te passen? Bij de producten 'Herstelgericht individueel Basis GGZ', 'Herstelgericht individueel Specialistische GGZ' en 'Herstelgericht individueel Hoogspecialistische GGZ' is voorgestelde wijziging parameter om een deel CAO JZ toe te passen. Bij de producten 'Herstelgericht individueel Basis GGZ', 'Herstelgericht individueel Specialistische GGZ' en 'Herstelgericht individueel Hoogspecialistische GGZ' wordt tevens medewerkers met CAO JZ ingezet. Gevraagd wordt hier in de CAO mix rekening mee te houden</p>	
Antwoord	<p>Gezien de problematiek waar deze producten zich op richten is de cao GGZ van toepassing. Uw voorstel nemen we daarom niet over.</p>	

113	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van een salarisschaal met 93% van het maximum (p.9) - 100% bij AMS. Binnen XXX wordt door krapte op arbeidsmarkt vaak > 100% uitbetaald middels markttoeslagen. >> Wat is de onderbouwing voor toepassing 93% in huidige arbeidsmarkt? Doordat in huidige arbeidsmarkt vaak > 100% salarisschaal wordt uitbetaald is het voorstel om de gehanteerde 93% van het maximum te verhogen dan wel de gehanteerde 100% van KPJ's ruimer te trekken naar opleidingsniveau's WO-WO+ en WO++ In huidige arbeidsmarkt wordt vaak > 100% salarismaximum betaald. Hierdoor is de gehanteerde 93% te laag in huidige arbeidsmarkt</p>	
Antwoord	De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.	

114	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Binnen de opleidingsmix (p. 7-9) wordt uitgegaan van een verdeling in percentage van de functies MBO4-HBO-HBP+-WO-WO+-WO++-KJP. Binnen XXX wordt gemiddeld een hoger percentage ingezet op de niveau's HBO+ - WO, WO+ en WO++ >> Wat is de onderbouwing van de gehanteerde procentuele verdeling naar opleidingsniveau en kan rekening worden gehouden met een relatief zwaardere populatie aan klanten Door de gemiddeld hogere verhouding inzet opleidingsniveau is de gevraagde wijziging parameter een hogere percentage inzet HBO+ - WO, WO+ en WO++ Binnen XXX wordt gemiddeld een hoger percentage ingezet op de niveau's HBO+ - WO, WO+ en WO++</p>	
Antwoord	Het in te zetten opleidingsniveaus zijn voorgeschreven in de productbeschrijvingen. De procentuele verdeling is een onderlegger om tot reële tarieven te komen; geen eis/norm waaraan aanbieder zich moeten houden bij de zorgverlening. Verder is niet duidelijk bij welke producten de verdeling niet zou passen.	

115	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Verhouding HBO/WO is bij onze praktijk 1 staat tot 2. In de berekening worden er andere percentages gehanteerd (Herstelgericht Individueel Midden 40% HB), 40% HBOplus en 20% WO). Betekent dit dat de kosten van de WO-er (schaal 11) ook maar 20% in de prijs wordt meegenomen en dat dus feitelijk verwacht wordt dat de WO-er ook maar 20% in het hele traject voor zijn rekening neemt?</p> <p>Afrekening op opleidingsniveau zoals wij nu gewend zijn bij de HAL-BUCH</p> <p>Wij ervaren bij BDB dat trajecten effectiever zijn als deze uitgevoerd worden door de meest gekwalificeerde persoon. Denk aan angstbehandeling waarbij de gedragswetenschapper is opgeleid tot Cognitief gedragstherapeut en dus sneller successen bereikt. Tevens is er zodoende geen extra regiebehandelaar nodig bij het traject omdat de behandelaar tevens regiebehandelaar is. Ouders en kinderen hebben 1 contactpersoon wat als zeer prettig wordt ervaren. Dus niet 1 gezin 1 plan maar 1 gezin 1 behandelaar.</p>	
Antwoord	<p>Het in te zetten opleidingsniveaus zijn voorgeschreven in de productbeschrijvingen. De procentuele verdeling is een onderlegger om tot reële tarieven te komen; geen eis/norm waaraan aanbieder zich moeten houden bij de zorgverlening.</p>	

116	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	hoe met ZPZ tarief?	
Antwoord	De gestelde vraag is onduidelijk.	

117	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>Hoe wordt rekening gehouden met werkervaring? Een afgestudeerde hulpverlener heeft 4 of 6 jaar opleiding maar 0 of 2 jaar werkervaring. Een hulpverlener met 10 of 20 jaar of meer werkervaring en vereiste herregistraties mag ook beloond worden daarvoor.</p> <p>Bij vrijgevestigde zzp-ers zou het basistarief mede bepaald moeten kunnen worden door de werkervaring en/of de complexiteit van de casuïstiek, bijv. multiproblematiek, (herhaalde of langdurige)veiligheidsissues, complexe scheidingen</p> <p>Bij CAO aanpak kan de werkgever binnen een salarisschaal differentieren. De zzp-er heeft een ervaringsniveau en specialisatieniveau dat bij inschaling is vast te stellen. Een schoolverlater kan niet hetzelfde als iemand met 20 jaar specifieke ervaring.</p>	
Antwoord	<p>Voor de vertaling van werkervaring naar salarisniveau maken we gebruik van een gemiddeld salaris op 93% van van het maximum van een schaal. Dat passen we zowel toe bij de 'instellingen' als de vrijgevestigden.</p>	

118	Onderwerp:1. Maandsalaris en inschaling	Pag.
Vraag	<p>opleidingsmix: ik mis naast individueel en groep de component gezinssysteem, behandeling van meerdere leden van een gezinssysteem vergt meer uren aparte parameter maken</p> <p>stelselbehandeling vergt meer opleiding, ervaring en tijd. Bij complexe systemen is de verslaglegging ook een substantiele component van de behandeling.</p>	
Antwoord	<p>De ambulante tarieven zijn uurtarieven. De toegang bepaalt het aantal uren inzet.</p>	

119	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Is er rekening gehouden met hogere PNIL kosten door schaarste op de markt? Door schaarste op de arbeidsmarkt is een opslag van 1% voor PNIL niet reeël.</p>	
Antwoord	<p>Om tegemoet te komen aan de huidige schaarste op de arbeidsmarkt hebben we de inschaling per opleidingsniveau aangepast en het percentage van het maximale salaris voor WO+ en WO++ verhoogd. De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.</p>	

120	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Consultatie is ook buiten kantooruren. ORT toeslag opnemen	
Antwoord	Het gaat hierbij om consultatie die specifiek door de gemeentelijke toegang is aangevraagd.	

121	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Wakende wacht norm is afwijkend van de HIC monitor norm (besloten en gesloten klinische jGGZ)	
Antwoord		

122	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>PNIL: 1 % opslag over de totale kosten van het personeel en ook in de kosten in de overhead mee nemen.</p> <p>De uitgangspunten van Bureau HHM komen niet overeen met de realiteit, de schaarste in de arbeidsmarkt (WO+, WO++ en psychiaters) is van langdurige aard. De PNIL is niet alleen om niet in loondienst te overbruggen maar ook omdat bepaalde categorieën specialisten niet in loondienst aan te trekken zijn. De SGGZ verlangt wel deze specialisten. Wij worden daarmee langdurig geconfronteerd met veel hogere kosten. Dit betekent eerder 15% op een totaal personeelsbestand, voor een periode van minimaal 6 maanden en een hogere loonkostensom van meer dan 50%, hetgeen uitmond in ruim 5 % in plaats van 1%. Psychiater als ZZP'er kost € 120.000 op jaarbasis extra. Andere rekensom 1% van 2,5 milj loonkosten is € 25.000. stel een Regiebehandelaar voor € 110,00 per uur is 36 uur per week voor 4 weken € 15.840 per 4 weken en niet eens per kalendermaand.</p>	
Antwoord	Om tegemoet te komen aan de huidige schaarste op de arbeidsmarkt hebben we de inschaling per opleidingsniveau aangepast en het percentage van het maximale salaris voor WO+ en WO++ verhoogd. De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.	

123	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Uit de ORT cijfers blijkt dat met uitzondering van het product 'ondersteuningsgericht individueel zwaar' en 'crisis ambulante' er vanuit gegaan wordt dat er geen ORT geldt, oftewel, alle zorg wordt geleverd tijdens niet-ORT plichtige uren. Het niet includeren van ORT, het uitsluiten van zorg buiten de reguliere kantooruren, bevordert niet erg de inzet van IHT (intensive home treatment) of thuisbegeleiding, terwijl dit toch juist de ambulantisering een boost kan geven.	
Antwoord	Voor een aantal producten verhogen we de ORT van 0% naar 1,2% ter dekking van het incidenteel bieden van zorg buiten de 0% ORT uren.	

124	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Wat is de reden dat er geen ORT is berekend op de (specialistische) GGZ in de kostprijs? Voor de (hoog)specialistische GGZ is geen ORT meegenomen. Dit is een onterechte aanname die niet overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Behandeling, door (regie)behandelaren, houdt niet op na 17u. Ons klinische behandelprogramma start om 06.45 uur en eindigt om 22.00 uur (jongeren hebben hierbinnen 3x een half uur "vrije" tijd). Ook in het weekend en op feestdagen vindt dit behandelprogramma op eenzelfde wijze plaats en ontvangen onze behandelaren hiervoor een ORT compensatie.	
Antwoord	Zie vraag 123.	

125	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Is het realistisch dat bij herstelgericht specialistisch géén ORT opslag is? problematiek met een hoog escalatierisico vereist (soms tijdelijk) een dergelijke dagelijkse bereikbaarheid (7 dagen)	
Antwoord	Zie vraag 123.	

126	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Waarom is er 0% ORT opgenomen voor Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ? ORT toeslag opnemen Ook bij ambulante producten is er sprake van ORT	
Antwoord	Zie vraag 123.	

127	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	Is er rekening gehouden met hogere PNIL kosten door schaarste op de markt? Opslag PNIL verhogen Door schaarste op de arbeidsmarkt is een opslag van 1% voor PNIL niet reeël.	
Antwoord	Om tegemoet te komen aan de huidige schaarste op de arbeidsmarkt hebben we de inschaling per opleidingsniveau aangepast en het percentage van het maximale salaris voor WO+ en WO++ verhoogd. De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.	

128	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	PNIL: 1 % opslag over de totale kosten van het personeel en ook in de kosten in de overhead mee nemen 0,054 De uitgangspunten van Bureau HHM komen niet overeen met de realiteit, de schaarste in de arbeidsmarkt (WO+, WO++ en psychiaters) is van langdurige aard. De PNIL is niet alleen om niet in loondienst te overbruggen maar ook omdat bepaalde categorieën specialisten niet in loondienst aan te trekken zijn. De SGGZ verlangt wel deze specialisten. Wij worden daarmee langdurig geconfronteerd met veel hogere kosten. Dit betekent eerder 15% op een totaal personeelsbestand, voor een periode van minimaal 6 maanden en een hogere loonkostensom van meer dan 50%, hetgeen uitmond in ruim 5 % in plaats van 1%. Psychiater als ZZP'er kost € 120.000 op jaarbasis extra. Andere rekensom 1% van 2,5 milj loonkosten is € 25.000. stel een Regiebehandelaar voor € 110,00 per uur is 36 uur per week voor 4 weken € 15.840 per 4 weken en niet eens per kalendermaand.	
Antwoord	Om tegemoet te komen aan de huidige schaarste op de arbeidsmarkt hebben we de inschaling per opleidingsniveau aangepast en het percentage van het maximale salaris voor WO+ en WO++ verhoogd. De salarismix wordt aangepast op basis van de consultatie van de markt.	

129	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Uit de ORT cijfers blijkt dat met uitzondering van het product 'ondersteuningsgericht individueel zwaar' en 'crisis ambulante' er vanuit gegaan wordt dat er geen ORT geldt, oftewel, alle zorg wordt geleverd tijdens niet-ORT plichtige uren.</p> <p>Inconsistentie tussen productbeschrijving en kostprijsberekening. Voorstel wel meenemen ORT in de berekeningen</p> <p>Het niet includeren van ORT, het uitsluiten van zorg buiten de reguliere kantooruren, bevordert niet erg de inzet van IHT (intensive home treatment) of thuisbegeleiding, terwijl dit toch juist de ambulantisering een boost kan geven.</p>	
Antwoord	<p>Voor een aantal producten verhogen we de ORT van 0% naar 1,2% ter dekking van het incidenteel bieden van zorg buiten de 0% ORT uren.</p>	

130	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Opvallend: Gezinshuisouder 24/7: ORT = 14%; Behandelgroepen en klinisch verblijf (besloten) gedeeltelijke aanwezigheid (van 7-10 en van 15 tot 23): ORT =18,5%; Klinisch behandeling gesloten, permanente aanwezigheid 24/7: ORT 16,7%. Raar!</p> <p>Consistent gebruik van ORT tarief bij 24/7 inzet: 16,7 %</p> <p>De inconsistentie tussen gehanteerde ORT tarieven is niet te begrijpen.</p>	
Antwoord	<p>We zorgen voor een toelichting in de definitieve versie van de notitie.</p>	

131	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Persoonsgebonden budget medisch specialist (volgens CAO) mist (nu tussen de 4000 en 5000 euro per jaar)</p>	
Antwoord	<p>Dit persoonsgebonden budget valt onder rubriek 432 uit het rekeningschema voor zorginstellingen. Deze kosten zijn verdisconteerd in de opslag voor overhead.</p>	

132	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Wat is de reden dat er geen ORT is berekend op de (specialistische) GGZ in de kostprijs? Wij stellen voor om een ORT % van 7% mee te nemen voor behandelaren. Voor de (hoog)specialistische GGZ is geen ORT meegenomen. Dit is een onterechte aanname die niet overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Behandeling, door (regie)behandelaren, houdt niet op na 17u. Ons klinische behandelprogramma start om 06.45 uur en eindigt om 22.00 uur (jongeren hebben hierbinnen 3x een half uur “vrije” tijd). Ook in het weekend en op feestdagen vindt dit behandelprogramma op eenzelfde wijze plaats en ontvangen onze behandelaren hiervoor een ORT compensatie.</p>	
Antwoord	Zie vraag 129	

133	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Bij de opslag Personeel Niet in Loondienst (p. 12) wordt uitgegaan dat de inzet PNIL incidenteel is met een looptijd van circa 2 maanden. Echter, door de huidige arbeidsmarkt is bij PNIL geen sprake van incidentele inzet maar worden diverse functies structureel middels PNIL ingevuld / aangevuld. Daarbij zijn de opslagen voor PNIL (veel) hoger dan 20% >> Wat is de onderbouwing om te kiezen voor incidentele inzet PNIL i.p.v. structurele inzet >> Wat is de onderbouwing van de 10% á 20% hogere kosten voor PNIL? Gevraagd wordt een wijziging van het opslagpercentage van 1% in de berekening van kosten van het uitvoerend personeel. Binnen XXX is inzake inzet PNIL op diverse functies geen sprake van incidentele inzet maar is er een structureel tekort dat wordt ingevuld middels PNIL. Daarbij zijn de kosten tot wel 50% hoger dan inzet binnen vast dienstverband en daarmee dus hoger dan in model (10% á 20%)</p>	
Antwoord	Zie vraag 129	

134	Onderwerp:2. Opslagen	Pag.
Vraag	<p>Is het realistisch dat bij herstelgericht specialistisch géén ORT opslag is? Een redelijke ORT voor wie ook in het weekend voor cliënten beschikbaar is. problematiek met een hoog escalatierisico vereist (soms tijdelijk) een dergelijke dagelijkse bereikbaarheid (7 dagen)</p>	
Antwoord	Zie vraag 129	

135	Onderwerp:3. Sociale Lasten	Pag.
Vraag	Kunt u toelichten hoe de pensioenpremie werkgever berekend is met een gemiddelde van 10,3 %? Deze premie ligt bij ons 8,57% hoger (18,87%) waardoor de totaal opslag sociale lasten ook een stuk hoger is. Totaal 37,53%	
Antwoord	De (gemiddelde) pensioenpremie is gebaseerd op de uitgangspunten van het PFZW, dus rekening houdend met een gemiddeld salaris, de werkgeversbijdrage aan de pensioenpremie en de bijbehorende franchise.	

136	Onderwerp:3. Sociale Lasten	Pag.
Vraag	Is rekening gehouden met de hoogte van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenvoorziening van ZZP-ers? Zo ja, hoe? daarmee rekening houden en duidelijk vermelden. deze lasten zijn bij zzp-ers hoger.	
Antwoord	Voor de sociale lasten hanteren we de wettelijk premiepercentages voor werkgevers. De premies die werknemers betalen laten we buiten beschouwing. De aanname is dat de gecombineerde premies (werkgevers- en werknemersdeel) vergelijkbaar zijn met de premies die gelden voor zelfstandigen.	

137	Onderwerp:3. Sociale Lasten	Pag.
Vraag	Hoe is zijn de sociale lasten zoals AOV en pensioen berekend in het tarief voor de vrijgevestigde? Onderscheid tussen instellingen en vrijgevestigde/ZZP Zzp-ers hebben hoge kosten aan sociale lasten	
Antwoord	Zie vraag 136	

138	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	Waarom is er geen onderscheid gemaakt tussen reguliere instellingen en hoogspecialistische/systeeminstellingen? De overhead voor hoogspecialistische en/of systeeminstellingen ligt hoger wegens hogere opleidingskosten en duurdere zorginfrastructuur en beschikbaarheidskosten bijv. als gevolg van de Wet verplichte GGZ	
Antwoord	Dit percentage is aangepast vanwege de uitgebreidere dienstverlening en de daarmee samenhangende organisatie. Dit wordt onderbouwd door de gesprekken die afgelopen jaar met aanbieders zijn gevoerd.	

139	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	Waarom kleine partijen 20% en grotere 40% Bedrijfsvoering zou geen invloed hebben op tarieven, waarom dan wel op overhead? Tevens blijkt uit "Evaluatie gebruikte parameters voor tariefberekening ambulante JeugdzorgBerenschot mrt 2018" een veel hoger % voor vrijgevestigden.	
Antwoord	We verhogen het percentage voor micro-aanbieders van 20% naar 30%. Daarmee is het in lijn met de uitkomsten van het onderzoek uit 2018 door Berenschot in de regio. Binnen de tarieven wordt vooralsnog geen onderscheid gemaakt tussen reguliere en microaanbieders, vanwege een verschillende kosten opbouw op andere onderdelen.	

140	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	40 % overhead kosten van de reguliere organisatie: waar rekent u dan de overige kosten in het tarief mee? En voor een GGZ organisatie niet 42.2%? Voor GGZ gaat men uit van een 42,2% opslag. Die 42,2% komt overeen met de overheadkosten die wij binnen de OVP zien. Waarom rekent de methodiek deze niet door in de GGZ-productmix? Jeugdzorginstellingen worden in toenemende mate geconfronteerd met hogere overheadkosten, zeker voor een Jeugdzorginstelling als de Opvoedpoli die zich met name richt op het aanbieden van GGZ-producten. De benchmark voor opslag van de overheadkosten GGZ van 42,5%, zoals genoemd in uw kostprijsonderzoek, zal in de nabije toekomst nauwelijks realistisch blijken door groei van de volgende kosten, laat staan de in het document voorgesteld 40% opslag voor overheadkosten. Steeds verder toenemende verantwoordingseisen richting gemeentes en toezichthouders, waarvan dit onderzoek een goed voorbeeld is.	
Antwoord	Zie vraag 10.	

141	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>In de toelichting opslag overhead regio Alkmaar wordt als onderbouwing van het overall gehanteerde percentage overhead gerefereerd aan het Berenschot onderzoek uit 2018 (in de regio Alkmaar) waarin wordt uitgekomen op een percentage van 47% voor jeugd-instellingen. Voor recentere cijfers (als onderbouwing) wordt gerefereerd aan een Berenschot onderzoek in de regio Utrecht West waar een opslag van 36,6 % wordt gehanteerd. Absoluut onbegrijpelijk is hoe er sprake zou kunnen zijn van een daling van overhead van 47 % in 2018 naar 32% in 2022. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat in de regio Utrecht West waar sprake is van een geheel ander financieringsmodel , met aanmerkelijk minder administratieve lasten. Echter, naar het zich laat aanzien, bij de huidige productbeschrijvingen en functiemixen lijkt er in de regio Alkmaar 2023 nog steeds sprake van hoge administratieve lasten. Ergo, het hanteren van de gegevens uit Utrecht West lijkt niet relevant. Er is geen aanleiding om te concluderen dat de overhead in de regio Alkmaar naar 40% zou kunnen gaan.</p>	
Antwoord	<p>De 47% opslag voor jeugdzorginstellingen die Berenschot heeft opgenomen in het onderzoek in de regio Alkmaar uit 2018, is ontleend aan gegevens van de deelnemers aan de Bechmark Jeugd van Berenschot. Dat is een landelijke steekproef, het zijn niet enkel aanbieders uit de regio. De jeugdzorgaanbieders uit de regio kwamen gemiddeld uit op een opslag van 41,9%. In een meer recent onderzoek van Berenschot voor de regio Utrecht-West, zien we dat de opslag overhead voor de sector Jeugd lager is dan die voor de GGZ. Dit alles wegende gaan we ervan uit dat een generieke opslag overhead (voor GGZ en Jeugd) van 40% reëel is.</p>	

142	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>Op welke kennis is de uitspraak "micro aanbieders hebben ...beperkte capaciteit voor bovengemiddeld complexe vragen en escalaties, ..' gebaseerd? goed opgeleide en ervaren professionals kunnen alleen en/of in een klein team (ook van zzp-ers, die noodzakelijkerwijs voor dergelijke zaken goed willen samenwerken) héél goed zijn in bovengemiddeld complexe vragen. Dat is niet voorbehouden aan 'reguliere aanbieders'. Het gaat hier over kwaliteit niet kwantiteit.</p>	
Antwoord	<p>Dit is geen waardeoordeel over de zorg die micro-aanbieders leveren, maar zegt iets over de mogelijkheden van een micro-aanbieder ten opzichte van de mogelijkheden van grotere aanbieders voor het uitvoeren van multidisciplinaire interventies.</p>	

143	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	De term 'reguliere aanbieders' is misleidend, en de definitie past dus niet. regulier' is niet synoniem aan instelling. 'Micro' lijkt niet op ZZP of kleine of middelgrote praktijk; dat woord wordt voor van alles gebruikt en dekt de lading geenszins.	
Antwoord	Wat onder micro-aanbieders wordt verstaan is opgenomen in de notitie. Alle andere aanbieders noemen we 'reguliere' aanbieders.	

144	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	Wat is de reden dat zzp-ers niet worden onderscheiden van praktijken van 2 tot 10 fte? zzp-ers verdienen een zelfstandige erkenning in de Jeugdhulp en (jeugd-)GGZ. Zie landelijke standpunten VNG.	
Antwoord	We sluiten hierbij aan op landelijke toetsbare criteria.	

145	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	micro-aanbieders' doen misschien minder aan werving en selectie, maar zij investeren anderzijds wel tijd in het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met andere professionals, om integraal te kunnen werken. Zij maken ook kosten voor scholing en ook reiskosten, en audiovisuele en ict-kosten zijn voor een micro-aanbieders zelfs relatief hoger. Dit percentage voor micro-aanbieders/ZZP-ers verhogen, conform inschattingen van Berenschot. 20% is te laag. Van 'micro-aanbieders' én 'reguliere aanbieders' mag gevraagd worden zich daarover te verantwoorden. In de praktijk blijkt dat sommige zzp-ers weinig tot niet (hoeven) samenwerken en anderen juist heel regelmatig.	
Antwoord	Zie vraag 139.	

146	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>Waarom is er geen onderscheid gemaakt tussen reguliere instellingen en hoogspecialistische/systeeminstellingen? Voorstel is om apart percentage of toeslag voor hoogspecialistische en/of systeeminstellingen te bepalen De overhead voor hoogspecialistische en/of systeeminstellingen ligt hoger wegens hogere opleidingskosten en duurdere zorginfrastructuur en beschikbaarheidskosten bijv. als gevolg van de Wet verplichte GGZ</p>	
Antwoord	<p>Voor product Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ rekenen we met een opslag voor overhead van 47% vanwege....</p>	

147	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>Waarom kleine partijen 20% en grotere 40% Gelijktrekken Bedrijfsvoering zou geen invloed hebben op tarieven, waarom dan wel op overhead? Tevens blijkt uit "Evaluatie gebruikte parameters voor tariefberekening ambulante JeugdzorgBerenschot mrt 2018" een veel hoger % voor vrijgevestigden.</p>	
Antwoord	<p>Zie vraag 139.</p>	

148	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>In (nieuwe) CAO is nu geregeld 100% vergoeding in geld en in tijd van studie in het kader van behouden van verplichte registraties (SKJ, BIG, etc.) Dat is voor de SKJ registratie minimaal 24 uur per jaar per medewerker, exclusief de uren van de supervisor. Voor de BIG registraties (bv de klinisch psycholoog) is de omvang (tijd /bedrag) nog eens vele malen hoger. Neem een bedrag en tijd op in de berekeningen voor SKJ registraties (tenminste 24 uur in tijd) en voor de BIG geregistreerden tenminste 28 uur , plus €1000 kosten. I.h.k.v. de BIG registraties moeten medewerkers gemiddels 20 'studie-punten' per jaar halen, waarbij op een dag (8 uur) max 6 punten behaald kunnen worden. Dus per jaar tenminste 28 uur. Daarnaast is in de CAO opgenomen dat de herregistratiekosten ten last van de werkgever komen, ergo moet er rekening gehouden worden met ca €2000 per jaar op full time aanstelling. Voor de SKJ zijn er naast de 24 uur die een medewerker supervisie moet hebben ook de kosten van de supervisie die de supervisie moet hgaan boieden aan de medewerkers (dus ook 24 uur per jaar).</p>	
Antwoord	<p>De opleidingsuren zijn verdisconteerd in het aantal productieve uren. De kosten van opleidingen zijn verdisconteerd in de opslag overhead.</p>	

149	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>In de toelichting opslag overhead regio Alkmaar wordt als onderbouwing van het overall gehanteerde percentage overhead gerefereerd aan het Berenschot onderzoek uit 2018 (in de regio Alkmaar) waarin wordt uitgekomen op een percentage van 47% voor jeugd-instellingen. Voor recentere cijfers (als onderbouwing) wordt gerefereerd aan een Berenschot onderzoek in de regio Utrecht West waar een opslag van 36,6 % wordt gehanteerd. Daar waar de rechtvaardiging voor het berekenen van 'reële' tarieven gestoeld is op onder andere 'regionale kenmerken' is het gek om wel rapportages uit andere regio's te gebruiken als argument, terwijl al beschikbare tariefsberekeningen uit andere regio's als niet valide voor deze regio af te doen. Voorstel: ofwel er wordt gekeken naar regio-specifieke factoren en tarieven , maar dan zijn buitenregionale rapporten dan ook niet relevant. Dan wel andere regionale rapporten zijn wel relevant , maar dan kan ook volstaan worden met reeds betaande tariefsberekeningen. Absoluut onbegrijpelijk is hoe er sprake zou kunnen zijn van een daling van overhead van 47 % in 2018 naar 32% in 2022. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat in de regio Utrecht West waar sprake is van een geheel ander financieringsmodel , met aanmerkelijk minder administratieve lasten. Echter, naar het zich laat aanzien, bij de huidige productbeschrijvingen en functiemixen lijkt er in de regio Alkmaar 2023 nog steeds sprake van hoge administratieve lasten. Ergo, het hanteren van de gegevens uit Utrecht West lijkt niet relevant. Er is geen aanleiding om te concluderen dat de overhead in de regio Alkmaar naar 40% zou kunnen gaan.</p>	
Antwoord	<p>De 47% opslag voor jeugdzorginstellingen die Berenschot heeft opgenomen in het onderzoek in de regio Alkmaar uit 2018, is ontleend aan gegevens van de deelnemers aan de Bechmark Jeugd van Berenschot. Dat is een landelijke steekproef, het zijn niet enkel aanbieders uit de regio. De jeugdzorgaanbieders uit de regio kwamen gemiddeld uit op een opslag van 41,9%. In een meer recent onderzoek van Berenschot voor de regio Utrecht-West, zien we dat de opslag overhead voor de sector Jeugd lager is dan die voor de GGZ. Dit alles wegende gaan we ervan uit dat een generieke opslag overhead (voor GGZ en Jeugd) van 40% reëel is.</p>	

150	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	<p>Is er rekening gehouden met locatiekosten bij de ambulante dienstverlening dyslexiezorg? Omdat wij de zorg kind nabij bieden, behandelen wij veel kinderen met dyslexie op (de eigen) school. Wij behandelen op dit moment op ca. 50 locaties in heel Noord-Holland. De scholen rekenen hiervoor een vergoeding. Deze kosten zijn 3,8% van onze totale overhead. Hierdoor zitten wij boven de 40% overhead.</p>	
Antwoord	<p>Wanneer u dyslexiezorg op locatie van de school biedt, dalen uw kapitaallasten t.o.v. een aanbieder die dyslexiezorg op de eigen locatie verzorgt. We beschouwen dit als een bedrijfsvoeringsvraagstuk.</p>	

151	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	Op welke kennis is de uitspraak "micro aanbieders hebben ...beperkte capaciteit voor bovengemiddeld complexe vragen en escalaties, ..' gebaseerd? deze uitlating weglaten en de implicaties ervan ongedaan maken. goed opgeleide en ervaren professionals kunnen alleen en/of in een klein team (ook van zzp-ers, die noodzakelijkerwijs voor dergelijke zaken goed willen samenwerken) héél goed zijn in bovengemiddeld complexe vragen. Dat is niet voorbehouden aan 'reguliere aanbieders'. Het gaat hier over kwaliteit niet kwantiteit.	
Antwoord	Dit is geen waardeoordeel over de zorg die micro-aanbieders leveren, maar zegt iets over de mogelijkheden van een micro-aanbieder ten opzichte van de mogelijkheden van grotere aanbieders voor het uitvoeringen van multidisciplinaire interventies.	

152	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	De term 'reguliere aanbieders' is misleidend, en de definitie past dus niet. Een beter passende term/naam kiezen. regulier' is niet synoniem aan instelling. 'Micro' lijkt niet op ZZP of kleine of middelgrote praktijk; dat woord wordt voor van alles gebruikt en dekt de lading geenszins.	
Antwoord	Wat onder micro-aanbieders wordt verstaan is opgenomen in de notitie. Alle andere aanbieders noemen we 'reguliere' aanbieders.	

153	Onderwerp:4. Opslag Overhead	Pag.
Vraag	micro-aanbieders' doen misschien minder aan werving en selectie, maar zij investeren anderzijds wel tijd in het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met andere professionals, om integraal te kunnen werken. Zij maken ook kosten voor scholing en ook reiskosten, en audiovisuele en ict-kosten zijn voor een micro-aanbieders zelfs relatief hoger. Dit percentage voor micro-aanbieders/ZZP-ers verhogen, conform inschattingen van Berenschot. 20% is te laag. Van 'micro-aanbieders' én 'reguliere aanbieders' mag gevraagd worden zich daarover te verantwoorden. In de praktijk blijkt dat sommige zzp-ers weinig tot niet (hoeven) samenwerken en anderen juist heel regelmatig.	
Antwoord	Zie vraag 139.	

154	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	Waarom is er geen aparte productiviteitsnorm voor het crisisproduct? De productiviteitsnorm bij crisis is door het beschikbaarheidscomponent lager dan de genoemde productiviteitsnormen.	
Antwoord	Voor de bereikbaarheid voegen we een separate component toe aan het tarief.	

155	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	Alle woonvoorzieningen en verblijf (uitzondering klinisch GGZ verblijf gesloten): geen personeelsinzet tussen 10:00 en 15:00 ivm afwezigheid kinderen/jongeren naar school. Bij geen personele inzet tussen 10:00 en 15:00 hoe om te gaan met a) vakanties b) ziekte kind c) studiedagen/ corona besmettingen op school? Als geen personeel moet er iets een ander product in het leven geroepen worden dat regelt dat er tussen 10 en 15 wel degelijk mensen verantwoordelijk zijn (en betaald worden) voor de kinderen?	
Antwoord	Alleen voor de bepaling van het ORT percentage is uitgegaan van (in principe) geen aanwezigheid tussen 10 en 15 uur.	

156	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	De opslag voor Hoogspecialistische GGZ van 65 uur is ook van toepassing voor multiproblematiek in de Herstelgericht Individueel Zwaar en Herstelgericht Individueel Groep. bijv. bij scheidingen met meervoudige problematiek d.w.z. in verschillende domeinen (onderwijs, WMO, huisvesting)	
Antwoord	Voor Herstelgericht Individueel Zwaar verlagen we het aantal cliëntgebonden uren ook naar 1.218.	

157	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	Waarom is er geen aparte productiviteitsnorm voor het crisisproduct? Een lagere productiviteitsnorm voor crisis De productiviteitsnorm bij crisis is door het beschikbaarheidscomponent lager dan de genoemde productiviteitsnormen.	
Antwoord	Voor de bereikbaarheid voegen we een separate component toe aan het tarief.	

158	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	cliëntgebonden uren 1.283. Kunt u een onderbouwing geven aan de weinige uren "overleg algemeen en administratie"? Wij werken met een productiviteit van 1.260. 1260 Om goed gekwalificeerd personeel (WO+/WO++) is veel scholing nodig, dit vergt vrijgestelde tijd. In de praktijk blijkt dat zelf 1.260 lastig te realiseren is. Vb. 2 GZ-psychologen in opleiding en 1 psychotherapeut betekent 27 uur vrijgestelde tijd per werkweek (45 weken) = 1.215 op jaar, gedeeld door 30 medewerkers = 40,5 uur op jaarbasis.	
Antwoord	Er is rekening gehouden met 50 uur per jaar voor scholing en intervisie. Dat is meer dan de door u opgegeven 40,5 uur per jaar.	

159	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	Alle woonvoorzieningen en verblijf (uitzondering klinisch GGZ verblijf gesloten): geen personeelsinzet tussen 10:00 en 15:00 ivm afwezigheid kinderen/jongeren naar school. Includeren personeelsinzet tussen 10:00 en 15:00 uur, Personeel gewoon mee rekenen Bij geen personele inzet tussen 10:00 en 15:00 hoe om te gaan met a) vakanties b) ziekte kind c) studiedagen/ corona besmettingen op school? Als geen personeel moet er iets een ander product in het leven geroepen worden dat regelt dat er tussen 10 en 15 wel degelijk mensen verantwoordelijk zijn (en betaald worden) voor de kinderen?	
Antwoord	Voor de bepaling van het ORT percentage is uitgegaan van (in principe) geen aanwezigheid tussen 10 en 15 uur.	

160	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	<p>Productieve uren: nauwelijks differentiatie, 1218 - 1286 - 1313 uur. Is erg rudimentair en niet in overeenstemming met eerdere rapporten, die een gedifferentieerder beeld laten zien.</p> <p>Gebruik de productieve uren zoals in het rapport van Berenschot, en in de handreiking van de GGZ / VNG Nederland worden gehanteerd.</p> <p>De productieve uren zoals nu opgenomen, zijn minimaal dus 1218 uur, terwijl binnen de GGZ, volgens de rapporten van Berenschot het aantal productieve uren voor slechts een enkele functie de 1200 uur net overschreid. De gemiddelde productieve uren liggen binnen de GGZ eerder rond de 1140 uur.</p>	
Antwoord	<p>Berenschot werkte in 2018 (Rapportage tarieven ambulante Jeugdzorg regio Alkmaar) met 1.239 productieve uren voor de GGZ en met 1.288 productieve uren voor de Jeugdzorg. Het in de notitie over de opbouw van de tarieven voorgestelde aantal uren is in lijn met de eerdere bevindingen van Berenschot.</p>	

161	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	<p>Waarom wordt de landelijke gebruikelijke normering voor productiviteit niet over genomen? Kunt u nader toelichten (in lijn van de toelichting op % overhead in bijlage 2) hoe u tot genoemde cijfers voor productiviteit bent gekomen?</p> <p>1250 uur productiviteit voor de gehele GGZ</p> <p>Jammer genoeg moeten we weer in de oude discussie met HHM vervallen over de gehanteerde productiviteit. Waar op ondermeer op het gebied van overhead is aangesloten op een percentage dat realistisch te noemen is (zowel bij zorgaanbieders als bij gerenommeerde zorgtariefonderzoekers), wijkt het gehanteerde productiviteitsuren aanzienlijk af van hetgeen klinische jeugd GGZ instellingen berekenen over de daadwerkelijke inzet van hun behandelaren.</p> <p>Ten eerste: Het verschil in de categorie "overig" tussen ambulante en verblijf (blz 16) is onverklaarbaar en onjuist, zoals wij dat al regelmatig met HHM hebben bediscussieerd. Wij zien niet dat verblijfsmedewerkers minder naar het toilet gaan, minder koffie drinken enz. dan ambulante medewerkers.</p> <p>Ten tweede: wij zien geen verschil in hoogspecialistische GGZ/forensische zorg en de inzet van onze behandelaren in de klinische GGZ. Afstemming met justitie, JR/JP, scholen, schuldsanering, verwijzers, toegang enz.en verslaglegging, is net zo intensief.</p> <p>Ten derde: alle andere gerenommeerde tariefonderzoekers hanteren een productiviteitsnorm van 1250 uur. HHM hanteert nog steeds als enige de 1313 norm (gelukkig alweer veel minder dan dat u bij andere regio's initieel hanteerde). Bij andere regio's hebben we uitgebreid aangetoond dat we zelf ver onder de 1250 norm uitkwamen. Dat willen we zeker nogmaals doen, als dat nodig is.</p> <p>Echter u heeft een uitgebreide bijlage 2 toegevoegd, waar u gebruik maakt van de onderzoeken in andere regio's om het overheadpercentage toe te lichten. Wij willen u vragen om een dergelijke toelichting ook te maken voor de productiviteit. Wij willen u graag hierbij helpen en de uitkomsten van de gehanteerde productiviteitsonderzoeken in de verschillende regio's aanleveren.</p> <p>Ons verzoek is om de in Nederland algemeen geaccepteerde productiviteitsnorm van 1250 uur te hanteren.</p>	
Antwoord	<p>Zie antwoord bij vraag 138. Wat betreft het verschil tussen ambulante en verblijf: we veronderstellen niet dat verblijfsmedewerkers minder naar toilet gaan e.d., maar dat ze dat grotendeels doen tijdens de op de groep ingeroosterde uren. Die tijd wordt dus gewoon 'doorbetaald' via het tarief voor de verblijfsproducten.</p>	

162	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	<p>In het model (p.16) wordt binnen Begeleiding / Behandeling Ambulant uitgegaan van 1.283 uur productief. Binnen XXX wordt gestuurd op 1.250 uur waarbij met name het onderdeel Opleiding en intervisie hoger is hetgeen wordt veroorzaakt door een relatief hoger opgeleid personeel.</p> <p>In het model wordt hier ook rekening mee gehouden bij de producten Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ en Herstelgericht Forensische Psychiatrie.</p> <p>>> Graag zou in model bij meerdere producten rekening gehouden moeten worden met een lagere # Clientgebonden uren die recht doet aan de inzet van hoger gekwalificeerd personeel met ruimte voor opleiding en intervisie</p> <p>Gevraagd wordt een wijziging van het aantal clientgebonden uren naar 1.250 uur danwel het voor meer producten rekening houden met het aantal van 1.218 clientgebonden uren zoals toegepast bij Herstelgericht Individueel Hoogspecialistische GGZ en Herstelgericht Forensische Psychiatrie.</p> <p>Binnen XXX wordt gestuurd op 1.250 uur waarbij met name het onderdeel Opleiding en intervisie hoger is hetgeen wordt veroorzaakt door een relatief hoger opgeleid personeel</p>	
Antwoord	Voor Herstelgericht Individueel Zwaar verlagen we het aantal cliëntgebonden uren ook naar 1.218 .	

163	Onderwerp:5. Productiviteit	Pag.
Vraag	<p>De opslag voor Hoogspecialistische GGZ van 65 uur is ook van toepassing voor multiproblematiek in de Herstelgericht Individueel Zwaar en Herstelgericht Individueel Groep.</p> <p>die correctie in productiviteit ook daar toepassen</p> <p>bijv. bij scheidingen met meervoudige problematiek d.w.z. in verschillende domeinen (onderwijs, WMO, huisvesting)</p>	
Antwoord	Zie antwoord bij vraag 162	

164	Onderwerp:6. Risico-opslag	Pag.
Vraag	<p>Risico opslag, ivm met terugval aantal cliënten. Echter onduidelijk waar en hoe rekening wordt gehouden met niet-bezette bedden in het kader van oefenen terugkeer naar huis/ weekenden / beschikbaarheid bed. (moet ws buiten tarief voor een bezet bed)</p> <p>Wanneer je een opslag op de prijs zou doen ter compensatie van lege bedden, bevorder je op verkeerde wijze het bezetten van bedden: je krijgt alleen compensatie voor leegstand door de bedden juist zo maximaal te bezetten. Dit werkt averechts in het licht van kinderen/jongeren zo thuis mogelijk te behandelen.</p>	
Antwoord	Hiervoor is een regeling opgenomen in het administratieprotocol.	

165	Onderwerp:6. Risico-opslag	Pag.
Vraag	<p>2% is in onze ogen te laag. Wat is de onderbouwing van deze 2%?</p> <p>0,04</p> <p>De voorgestelde risico-opslag van 2% op de cliëntgebonden kosten is niet toereikend voor gemiddelde Jeugdzorginstelling om tot een gezond weerstandsvermogen te komen. Onderzoek van o.a. Berendschot bevestigt dat de winstmarge van de Jeugdzorginstellingen sterk onder druk staan. Bij het merendeel van de grote aanbieders is er zelfs sprake van een reeks van negatieve jaarresultaten; een direct gevolg de decentralisatie van de Jeugdzorg. In de brief van de Minister van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer van 3 juni 2021, waarin de VNG een extra bedrag van EUR 1,5 miljard voor de jeugdzorg wordt beschikbaar gesteld om de tekorten bij de jeugdzorg te dekken, wordt opgemerkt dat er door een nieuw kabinet besluiten moeten worden genomen om structurele financiën beschikbaar stellen en met noodzakelijke aanpassingen aan het Jeugdhulpstelsel te komen om de jeugdzorg in de toekomst effectief te houden.</p>	
Antwoord	<p>Zie de notitie voor een toelichting op het gekozen percentage. We gaan ervan uit dat wanneer we voor de verschillende parameters in het kostprijsmodel een reële waarde hebben bepaald, een risico-opslag van 2% voldoende is om een weerstandsvermogen op te bouwen. Berenschot werkte in 2018 (Rapportage tarieven ambulante Jeugdzorg regio Alkmaar) met een opslag van 2% voor innovatie en risicodragerschap. De 2% die wij voorstellen betreft uitsluitend de risicocomponent (dus geen innovatie).</p>	

166	Onderwerp:6. Risico-opslag	Pag.
Vraag	<p>Kunt u toelichten hoe u tot het percentage van 2% bent gekomen voor risico-opslag?</p> <p>Wij stellen een winst opslag van 3-5% voor</p> <p>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, zal het doel 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.</p> <p>Ons advies is om hier boven op een winstopslag van 3% - 5% 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.</p>	
Antwoord	<p>Winst is er voor aanbieders die in staat zijn met hun kosten onder het tarief voor een gemiddeld efficiënte aanbieder uit te komen. We voegen geen opslag voor winst toe aan het kostprijsmodel.</p>	

167	Onderwerp:7. Overige kosten	Pag.
Vraag	<p>Intensiteit pedagogisch klimaat inzet bij verblijfsproducten. Wij herkennen het geschetste beeld niet.</p>	
Antwoord	<p>HIC is primair gericht op tijdelijke (crisis) interventies en is daarom meegenomen in de crisisdienstverlening.</p>	

168	Onderwerp:7. Overige kosten	Pag.
Vraag	Alleen bij herstelgericht verblijf wordt er rekening gehouden met deelname aan overlegtafels 10 uur per jaar ?? Is dit echt de bedoeling? Graag verhelderen	
Antwoord	Zie aanbestedingsdocument.	

169	Onderwerp:7. Overige kosten	Pag.
Vraag	<p>Gevraagd wordt een hogere parameter Intensiteit inzet uur per etmaal per jeugdige van minimaal 3,75 uur (in model nu 2,05 uur)</p> <p>In het model wordt bij Intensiteit inzet begeleiding/behandeling bij verblijfsproducten (p.22) uitgegaan van 2,05 uur per etmaal per jeugdige binnen product 'Fasehuizen'</p> <p>De inzet van XXX is bij 'Fasehuizen'circa 30 uur per dag op een groep van 8 cliënten; 3,75 uur per etmaal per jeugdige.</p> <p>>> Wat is de onderbouwing van de 2,05 uur per etmaal per jeugdige en kan rekening worden gehouden met een relatief zwaardere populatie jeugdigen binnen XXX?</p> <p>Door een relatief zwaardere populatie jeugdigen is er meer ondersteuning nodig waardoor de gehanteerde norm van 2,05 uur per etmaal onvoldoende is om gevraagde kwaliteit te leveren.</p>	
Antwoord	<p>We vragen u om wonen en zorg van elkaar te scheiden. De reguliere taken gericht op het pedagogisch klimaat op de groep is meegenomen in het tarief. Aanvullende zorg kan aanvullend aangevraagd en gedeclareerd worden indien aan de voorwaarden in het dienstenoverzicht wordt voldaan.</p>	

170	Onderwerp:7. Overige kosten	Pag.
Vraag	<p>In het model wordt bij Intensiteit inzet begeleiding/behandeling bij verblijfsproducten (p.22) uitgegaan van 3,0 uur per etmaal per jeugdige binnen product 'Behandelgroepen'</p> <p>De inzet van XXX is bij 'Behandelgroepen' circa 43 uur per dag op een groep van 8 cliënten; 5,4 uur per etmaal per jeugdige.</p> <p>>> Wat is de onderbouwing van de 3 uur per etmaal per jeugdige en kan rekening worden gehouden met een relatief zwaardere populatie jeugdigen binnen XXX?Door een relatief zwaardere populatie jeugdigen is er meer ondersteuning nodig waardoor de gehanteerde norm van 3,0 uur per etmaal onvoldoende is om gevraagde kwaliteit te leveren.</p>	
Antwoord	Zie vraag 169	

171	Onderwerp:7. Overige kosten	Pag.
Vraag	Bij de optelling op blz 21 inzet gezinshuisouder van 1,28 + 0,286 + 0,169 + 0,132 wordt dit geconcludeerd/afgerond op 1,8. Echter doorrekening met alle decimalen , komt met op 1,867, en als daar mee wordt verder gerekend komt daar uit 0,363 fte. Consistent afronden	
Antwoord	In de tekst in de notitie was een foutje geslopen. 1/6 deel van 1,288 is niet 0,286, maar 0,214. De tekst in de notitie wordt aangepast.	

172	Onderwerp:Algemeen	Pag.
Vraag	Een harde tweedeling GB-GGZ en SGGZ is mijn inziens onwenselijk. Gevolgen zijn denk ik niet te overzien. Ik voorspel een chaos, langere wachtlijsten en specialisten die GB-GGZ gaan behandelen terwijl zij in de SGGZ zo ongelofelijk hard nodig zijn. Wat ik wel aandraag? Nu kan iedereen en contract krijgen. Ook hulpverleners met een wat minder wetenschappelijk opleiding die mi geen evidence of practice based hulp verlenen. Daarnaast hoor ik regelmatig uit het veld dat er organisaties zijn die als massale regiebehandelaar functioneren. Zij hebben geen idee waar de onderaannemer dan precies aan werkt en de hoofdaannemer verdient hier alleen maar aan. En ja dit gebeurt en niet eenmalig. Daarnaast zijn er organisaties die op school hulpverlening geven en die tekorten opvullen die vanuit budget onderwijs opgevuld zouden moeten worden. Dan nog de grote organisaties: zij declareren veel uren en minuten op de client in standaarden. Misschien is een jaar van “steekproeven” met jeugdhulpdeskundige en of tariefdeskundige een goed idee?	
Antwoord	Zie vraag 128	

173	Onderwerp:Algemeen	Pag.
Vraag	Daarnaast zie ik niet hoe binnen de GBGGZ kwalitatieve zorg geboden kan worden aan kinderen als er een maximum van 750 minuten wordt gesteld. Als je bedenkt dat, iit de volwassenzorg, je niet alleen met de client te maken hebt (het kind) maar ook met een gezin en daaromheen scholen en eventuele andere betrokken kun je je voorstellen dat dit aantal minuten regelmatig niet voldoende zal zijn. Voor zeer gerichte interventies als bv EMDR na een ongeluk kan ik me dit voorstellen. Maar werken met kinderen impliceert werken met het netwerk om een gezin heen. Dat gaat niet lukken als dit allemaal in 750 minuten bereikt moet zijn. En dan heb ik het nog niet over eventuele samenwerking met andere hulpverleners in het gezin... En was dat niet waar jullie als gemeente vooral voor stonden? En terecht!	
Antwoord	Met betrekking tot de duur wordt gesproken over richtlijnen, waar u beargumenteert vanaf kunt wijken. De richtlijn voor inzet van Basis-GGZ is aangepast.	

174	Onderwerp:Algemeen	Pag.
Vraag	Tevens vragen jullie binnen de GBGGZ om een regiebehandelaar op WO+ niveau. Beseffen jullie je dat meerdere vrijgevestigde basispsychologen/orthopedagogen die nu goed werk leveren dan niet meer zelfstandig hun werk kunnen uitvoeren? Zij zullen een collega moeten aantrekken op minimaal GZ-psycholoog niveau. Een groep collega's waarvan er binnen de huidige GGZ in de jeugd al tekorten van zijn.	
Antwoord	Ook vrijgevestigden op WO-niveau die niet kunnen optreden als Regiebehandelaar (WO+) kunnen zelfstandig jeugdhulp blijven leveren. Echter zijn hier andere producten voor.	

175	Onderwerp:Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Laat staan jullie voornemen binnen de SGGZ een WO++ verplicht te stellen als regiebehandelaar. Natuurlijk zijn er binnen de specialistische zorg ook WO++ en psychiaters nodig maar lang niet voor alle casuïstiek. Beseffen jullie je dat meerdere vrijgevestigde GZ-psychologen die nu naar tevredenheid SGGZ aanbieden in de regio dit onder deze voorwaarden niet meer kunnen doen? Want de kans dat zij een klinisch psycholoog/psychotherapeut danwel psychiater bereidt zullen vinden om als regiebehandelaar op te treden is nog kleiner dan dat de bovenstaande WO-er in de GBGGZ een GZ-er als regiebehandelaar vindt.</p> <p>Ik ben verrast hoe jullie de GBGGZ en SGGZ niet zien als een plek waar juist de basispsycholoog en GZ-psycholoog/orthopedagoog generalist de meest centrale rol spelen. EN dat de WO++ er juist is om behandeling te bieden aan de meest complexe zaken. Zoals de productgroepen nu omschreven zijn lijken de WO+ en de WO++ naar de randen van de behandelkamer te worden verdreven. Iets wat met de kinderpsychiater al is gebeurd met als resultaat een grote schaarste van mensen die dit beroep nog willen uitoefenen.</p>	
Antwoord	Het betreft hier een typfout. Dit moet WO+ zijn.	

176	Onderwerp:Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Het idee dat de HBO+ een grotere rol speelt in de ambulante! GBGGZ en SGGZ is in mijn ogen niet te volgen. Natuurlijk hebben zij toegevoegde waarde maar het percentage waar nu over gesproken wordt binnen deze productgroepen is niet realistisch.</p> <p>Gun de client in de GGZ de behandelaar bij uitstek: de basispsycholoog/orthopedagoog, de GZ-psycholoog/orthopedagoog generalist en de klinisch psycholoog/psychotherapeut. Waarbij aan de lichtste kant van de GBGGZ HBO+ en WO wellicht een passende plek hebben, aan de uiteinden van de GBGGZ de GZ-psycholoog veel centraler is, de SGGZ een GZ-psycholoog vraagt en naarmate de problematiek nog complexer wordt de klinisch psycholoog/psychotherapeut ook echt een stevige plek binnen de behandeling biedt en niet als regiebehandelaar langs de lijn.</p>	
Antwoord	HBO+ in de behandelingen binnen GGZ is gebaseerd op landelijke onderzoeken en benchmarks.	