

Nummer	Vraag	Antwoord
1	Uitgangspunten die gekozen worden komen uit verschillende rapporten en benchmarks. Zo wordt uit het Berenschot rapport het nieuwe overhead percentage gehaald (in meen uit mijn hoofd 21,3%). Dit percentage is in vergelijk met een eerder rapport gedaald. Echter zijn ook de posten die onder overhead vallen gewijzigd. Een aantal posten zijn elders gealloceerd, maar zijn niet meer in de tarief opbouw terug te vinden. Kan de regio dit nader toelichten?	Indien u doelt op niet-personele overheadkosten zijn deze meegenomen onder de materiële kosten en kapitaallasten. Hieronder vallen o.a. de energiekosten en ICT-kosten.
2	De productiviteit waarmee gerekend wordt (1300 uur) is te hoog en inmiddels achterhaald, het berekenen van de gemiddelde loonsommen is curieus (schalen lager dan FWG 65 wordt met gemiddelde anciënniteit gerekend). Graag zie ik dit nader toegelicht en aangepast.	De opbouw van de productiviteit is gedeeld bij de eerste marktconsultatie en de aangepaste opbouw bij de tweede marktconsultatie. Hierbij is de productiviteit opgebouwd vanuit de verschillende componenten waarin uren worden ingevuld, zoals verlof, ziekteverzuim, opleiding, etc. Voor Behandeling individueel geldt overigens ook dat de indirect cliëntgebonden tijd ook declareabel is. Voor de loonsommen wordt er gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van alle treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 91% en 95%. Voor de meer specialistische functies (FWG 60 en hoger, schaal 11 en hoger) wordt, vanwege de arbeidsmarktkrapte en inhuur, gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 95% en 98%. Daarnaast geldt dat we voor de MSP schaal altijd uitgaan van de maximale trede, dus de trede benutting is daarvoor 100%. Deze tredebenutting worden landelijk als reëel en marktconform gezien.
3	Tijdens de marktconsultatie werd er breed verwezen naar landelijke benchmarks. Het is ons niet duidelijk welke landelijke benchmarks hierin worden gehanteerd. Hierdoor kunnen wij geen representativiteitstoets doen. Graag vernemen wij welke benchmarks zijn gehanteerd en zien we graag de document zodat we de benchmark kunnen lezen.	Voor overhead en materiële kosten en kapitaallasten worden de landelijke benchmarks van Berenschot Care en Jeugdzorg gebruikt voor desbetreffende Cao's. Daarnaast vergelijken en benchmarken wij als onderzoeksbureau alle parameterwaarden, productbeschrijvingen en andere inkoopdocumenten met andere regio's en onderzoeken elders in het land om ook te toetsen en weerspiegelen of de gehanteerde uitgangspunten conform landelijke ontwikkelingen en normen zijn. Echter vormen deze niet de basis voor de tariefopbouw voor dit onderzoek zoals eerder toegelicht.
4	Voor de overhead rekent de regio met een percentage uit de Benchmark Care en Jeugdzorg 2022 van Berenschot. Kunnen wij inzage krijgen in dit Benchmark rapport?	Het is niet aan ons om deze te delen, omdat de rapporten specifiek voor een deelnemende aanbieder worden opgesteld. Deze rapporten omvatten dus bedrijfsgevoelige informatie en kunnen daardoor niet gedeeld worden. Wij ontvangen deze rapporten jaarlijks vertrouwelijk van verschillende aanbieders in het land waar wij ook kostprijsonderzoeken uitvoeren. U kunt de percentages wel echter terugherleiden uit een openbaar nieuwsbericht vanuit Berenschot: https://www.consultancy.nl/nieuws/44600/rol-van-overhead-in-de-zorg-kostenpost-of-zorgheld en vanuit een publicatie van Berenschot zelf: https://www.berenschot.nl/media/1y3cbgv/infographic-benchmark-care-2023.pdf
5	Hoe is er rekening gehouden met zwangerschapsverlof of ouderschapsverlof. Tevens de effecten op directe uren? Deze zien wij niet terug in de gestelde uitgangspunten.	Deze vallen in de productiviteit onder "Verlof, extra verlof, feestdagen en LFB, bijzonder verlof, etc." Hierbij zijn de verschillende regels rondom verlof zoals opgenomen in de verschillende Cao's per Cao gehanteerd en daarnaast data vanuit het CBS om hiervoor een reëel gemiddeld aantal uren mee te nemen in de productiviteitsopbouw.
6	Bij de berekeningen van personele inzet en productieve uren worden 'overige uren' benoemd. Deze ontbreekt bij GGZ-normen. Kan de Regio dit toelichten? Het is ons niet duidelijk waarom hier onderscheid wordt gemaakt.	In beide marktconsultaties zien wij ook voor de GGZ FWG's uren terug onder de categorie Overig niet productief. Voor ons is dit nu duidelijk waar u met uw vraag op doelt.
7	Hoe is er rekening gehouden met cao effect in de loop van het jaar 2024? Deze informatie zien wij niet terug.	Dit is in overleg met de regio aangepast. CAO stijgingen die momenteel al bekend zijn gedurende 2024 zijn nu verhoudingsgewijs meegenomen in de verschillende tariefopbouwen. (NvA 1, vraag 15)
8	In de aanbestedingsperiode t/m 2023 zat een afbouw overhead van 41.000 naar 37.000 per fte. We zien nu een enorme daling. € 31.768 is het bedrag dat nu is meegenomen. Welke aanleiding heeft de Regio om dit als een reële daling te zien? De rendementen bij de systeemaanbieders zijn klein, dan wel negatief.	Overhead is nu als nieuwe parameterwaarde vastgesteld. Daarbij is de definitie van overhead ook anders ten opzichte van hoe deze in de huidige tarieven is opgenomen. Met overhead doelen wij enkel op de personele overhead. Hier komen de materiële kosten en kapitaallasten nog bij. In de tariefopbouw is dus ook geen afbouw van overhead meegenomen.
9	Hoe vertaalt deze tariefopbouw zich naar de praktijk en het nieuwe tarief?	De concepttarieven zijn gedeeld in de tweede marktconsultatie. Deze zijn tot stand gekomen o.b.v. de uitgangspunten en parameterwaarden zoals in de eerste en tweede marktconsultatie gedeeld en gepresenteerd.
10	Waar en wanneer kan je aangeven in welke loonschaal onze collega's werken? In onze praktijk werken de meeste psychologen in school 65 en hoger. Een enkele collega werkt in schaal 60 We hebben geen collega's die in schaal 50 werken.	Zoals in beide marktconsultaties aangegeven en ook in de hieropvolgende mails met de presentaties zijn deze NvA-ronden bedoeld om deze input aan te leveren bij ons. De gehanteerde functiemixen komen tot stand vanuit functie-eisen per product zoals opgenomen in de productbeschrijvingen vanuit de regio.
11	In het tarieven blad jeugd is het specialistische begeleidings tarief nu hoger dan het behandeltafel A1 en A2 en A1 komt zelfs onder het huidige tarief. Dan kan niet de bedoeling zijn toch?	De producten begeleiding individueel en behandeling individueel zijn niet geheel vergelijkbaar qua tariefopbouw. Dit komt doordat voor behandeling individueel indirect cliëntgebonden tijd wel declarabel waar dat voor begeleiding individueel niet het geval is. Dit heeft dus effect op de productiviteit in de tariefopbouw.
12	Aan het einde van deze 2e marktconsultatie werden de concepttarieven voor 2024 gepresenteerd. Wat ons daarin opviel was dat de tarieven voor Behandeling A1 en Behandeling A2 zijn verlaagd ten opzichte van 2023. Erg opvallend aangezien ook gedurende deze 2e marktconsultatie veelal is gesproken over een (extra) indexatie i.v.m. cao-verhogingen en dergelijke.	De uitgangspunten die zijn gehanteerd voor de opbouw van de Behandeling A1 en A2 zijn gepresenteerd in de 1ste en 2de marktconsultatie. Deze uitgangspunten en parameterwaarden leiden tot de gepresenteerde concepttarieven voor 2024 in de 2de marktconsultatie. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de productbeschrijvingen en specifieke eisen van de regio. Hierbij wensen wij dan ook te benadrukken dat de regio voor behandeling A1 en A2 uitgaat van behandeling welke in principe door enkel en alleen HBO-personeel wordt uitgevoerd. De regio heeft het uitgangspunt dat er niet meer WO-geschoold personeel meegenomen dient te worden in de functiemix en dat de tredebenutting voor de functies in de functiemix van deze producten ook recht doet aan het huidige zorglandschap.
13	Verder zagen wij dat het tarief voor begeleiding specialistisch Jeugd zelfs nog hoger ligt dan het tarief voor behandeling A2.	De producten begeleiding individueel en behandeling individueel zijn niet geheel vergelijkbaar qua tariefopbouw. Dit komt doordat voor behandeling individueel indirect cliëntgebonden tijd wel declarabel waar dat voor begeleiding individueel niet het geval is. Dit heeft dus effect op de productiviteit in de tariefopbouw.
14	Concepttarieven 2024 Tarieven behandeling J&O liggen altijd iets hoger dan tarieven GGZ. Zoals ook aangegeven door iemand tijdens webinar, Dit klopt bij behandeling B 54J11 (GGZ) tarief ligt iets lager dan 45J23 (J&O) 1,96 vs 2,04 Bij behandeling C is dit anders 54J12 (GGZ) is hoger dan behandeling 45J24 2,44 vs 2,39 Moet dit niet andersom zijn? Niet consequent?	Dat de tarieven van behandeling J&O altijd hoger dienen te liggen dan de tarieven van behandeling GGZ is een aanname en geen standaard richtlijn. Het gaat erom dat er een reële prijs per product van toepassing is en dat deze vanuit reële uitgangspunten en parameterwaarden wordt opgebouwd. Hierbij zijn bijvoorbeeld de functie-eisen uit de productbeschrijvingen van de regio ook leidend. Dat de tarieven voor J&O niet standaard hoger dienen te zijn dan de tarieven GGZ blijkt ook vanuit bijvoorbeeld andere regio's zoals Rijk van Nijmegen of Midden IJssel Oost Veluwe

15	In het bijgevoegde document zie ik de concepttarieven voor 2024 staan. Hierbij valt mij op dat het tarief voor het product 53A02 (Kindergeneeskunde licht) best fors is verlaagd t.o.v. het tarief in 2023. Kunt u mij misschien toelichten wat de reden daarvan is?	De regio heeft besloten de tarieven van de NZA te volgen voor de producten Kindergeneeskunde. Deze zijn terug te vinden op: https://zorgproducten.nza.nl/Home.aspx
16	Hoe kan het dat het tarief voor A2 in het voorstel lager is dan het huidige tarief? We hebben de tariefopbouw uit 2020 ernaast gehouden en zien alleen een verschil in productieve uren. En er wordt gerekend met de CAO GHZ, terwijl dat eerder de CAO Jeugdzorg en JGGZ was (en dat lijkt ons ook de bedoeling, zie ook vraag 4). Sinds die berekening is er i.i.g. 3x geïndexeerd en zijn er allerlei CAO verhogingen geweest. Voor ons is het volledig onbegrijpelijk dat het voorgestelde tarief lager is dan het huidige tarief.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
17	We hebben in de eerste vragenronde aangegeven dat tarief A2 hogere kosten kent, die niet evenredig in tarief meegenomen zijn. In de beantwoording van die vraag is gezegd: onderbouw dat. Bij deze: Voor (A2) vaktherapie zijn meer en andere ruimten en materialen nodig dan voor behandeling B en C. Daarvoor huren wij ruimtes. De losse zaalhuur komt boven op de materiële kosten van de praktijk. Gemiddeld komt dit neer op €17,50 per uur, die dus van het uurtarief afgaan en veel hoger zijn dan het percentage materiële kosten waarmee gerekend wordt in de opbouw.	De regio heeft als uitgangspunt dat het huidige gehanteerde percentage voor materiële kosten en kapitaallasten een reëel marktconform uitgangspunt is voor alle zorg die onder Behandeling A2 valt. De regio hanteert hierbij het feit dat er een reële prijs per product dient te zijn. Daarnaast heeft de regio en de gemeenten geen invloed op huurprijzen en de verschillende ruimtes die gehuurd worden door aanbieders. De regio is van mening dat hierin ook een bedrijfsvoeringskeuze van de regio zit.
18	Ook speelt mee dat 85% van de vaktherapie alléén met kinderen / jongeren gedaan wordt. Die zijn moeilijker in te plannen tijdens schooltijd of in vakanties (en na Corona zien we dat scholen daar minder dan voorheen ruimte aan bieden). Dat de tijd die je kan plannen met kinderen en jongeren beperkter is, betekent wat voor de (verminderde) cliëntgebonden tijd.	Dat het volgens u lastiger is om de behandelmomenten te plannen voor kinderen / jeugdigen in het product A2 heeft volgens ons geen invloed op de productiviteit en cliëntgebonden tijd. Uiteindelijk zal er tegen evenveel tijd aan zorg geboden worden. Uiteraard ook in lijn met de beschikking en toewijzing. Echter dient er beter en eerder afgestemd te worden op welke dagen en momenten de behandeling kan plaatsvinden.
19	Met het huidige tariefvoorstel geef je als regio en gemeenten het signaal af dat je stimuleert dat duurdere zorg ingezet wordt. Is dat de bedoeling? Toelichting: Binnen Behandeling kun je de inzet van product A2 zien als afschalen (en ‘goedkopere’ zorg). Voor ons is het inzetten van diverse producten en het navenant factureren daarvan een heel bewuste keuze, gebaseerd op samen de verantwoordelijkheid willen dragen voor goede en betaalbare zorg. We zijn dankbaar dat dit door gemeenten en de regio ook als positief gezien en gewaardeerd wordt. Nu zien we dat de vergoeding van product A2 lager zou gaan uitvallen, terwijl de andere, duurdere, producten onevenredig meer gaan stijgen. Wij vinden dat een stijging van de tarieven noodzakelijk is om zorg te kunnen blijven leveren. Maar het is (als we zo vrij mogen zijn) compleet van de zotte dat er zo’n scheefheid komt in de tarieven. Tarief A2 is in de huidige opzet absoluut niet kostendekkend. En veel erger nog: het signaal dat je als regio en gemeenten hiermee afgeeft, is dat je bevordert dat duurdere zorg ingezet wordt. En ontmoedigt dat afgeschaald wordt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
20	Het percentage product A2 dat wij in onze praktijk inzetten is ongeveer 30%. Naar ons weten zijn we (een van) de grootste aanbieder van product A2 in de regio. Met dit voorstel is het voor ons onmogelijk om product A2 te blijven aanbieden. Wat hierbij een rol speelt is dat aanbieders die (JGGZ) product behandeling D bieden en een vaktherapeut inzetten, die inzet kunnen declareren op het tarief van Behandeling D. Als je dat vergelijkt met het tarief voor A2, dan is het verschil meer dan €50 per uur, voor dezelfde inzet. En als je die vergelijking zou maken voor C, dan is het verschil ook nog ongeveer 10 euro per uur. Dat dit wel erg scheef ligt, lijkt ons vanzelfsprekend.	Het is niet mogelijk om de inzet van een vaktherapeut te declareren op Behandeling D. De functie-eisen van het product Behandeling D zijn namelijk hoger dan de inzet van een vaktherapeut welke HBO / HBO+ niveau is. Voor Behandeling D dient de behandeling hoofdzakelijk geleverd te worden door WO en WO+ geschoolde medewerkers en dient voor een gedeelte ook de Ams-functie ingezet te worden.
21	Kan de voorgestelde 4,94% voor stijging personeelskosten omhoog? In de huidige CAO Jeugdzorg onderhandelingen wordt gesproken over loonstijgingen van 6,7 tot 10%, dus als het percentage niet aangepast wordt, komen aanbieders alsnog snel opnieuw in de problemen na vaststelling van de CAO. Een andere optie is het toevoegen van een clause aan de inkoopafspraken die waarborgt dat contractafspraken aangepast worden als zo’n stijging zich voordoet. Het is onredelijk en oneerlijk om aanbieders alle verantwoordelijkheid te laten dragen voor dit soort kostenstijgingen	Wij zijn op de hoogte van het feit dat de onderhandelingen voor de Cao Jeugdzorg 2024 e.v. nog lopende zijn. Omdat de nog geen enkele duidelijkheid is over met welk percentage de salarissen gaan stijgen binnen de Cao Jeugdzorg en op welke data deze stijgingen van toepassing zullen zijn is nu gekozen om voor de te verwachte stijging van personeelskosten de voorlopige OVA 2024 mee te nemen in de tariefopbouw. Daarnaast worden de materiële kosten en kapitaallasten daarbij ook nog geïndexeerd met de voorlopige CPI 2024. De andere optie die u schetst is bij TransitiePartners ook bekend en deze zullen wij ook bespreken met de regio. De regio is momenteel nog van mening dat dat de geraamde OVA voor 2024 het enige daadwerkelijk bekende percentage is voor 2024 en de Cao Jeugdzorg omtrent stijging van personele kosten. Anderzijds stelt de regio dat dit aansluit bij de contractafspraken en er daarmee voor de eventueel nieuwe tarieven 2024 zowel duidelijkheid gegeven kan worden aan de kant van zorgaanbieders als gemeenten omdat er geen herijking hoeft plaats te vinden. Echter zoals benoemd zullen wij de optie tot herijking bespreken en voorleggen aan de regio.
22	In de tariefopbouw voor de J&O codes wordt -naast CAO jeugdzorg- gerekend met de CAO Gehandicaptenzorg. Is dat een fout? Was (en moet toch zijn) combi van CAO Jeugdzorg en CAO JGGZ. In onze beleving is het niet passend om de CAO GHZ mee te nemen en is het in ieder geval onterecht dat de CAO GGZ niet meegenomen is	De reden dat naast de Cao Jeugdzorg voor de producten Behandeling J&O ook de Cao GHZ wordt meegenomen in de tariefopbouw is dat er in de regio ook een groep aanbieders is die deze producten leveren en de Cao GHZ hanteren. Daarbij zijn de Behandeling J&O producten ook bedoeld voor de doelgroep die onder de gehandicaptenzorg valt. De Cao GGZ wordt juist niet meegenomen doordat voor deze doelgroep en dus de aanbieders die Behandeling GGZ bieden er aparte producten zijn ingekocht. Dit betreffen specifiek Behandeling B (J-GGZ) en Behandeling C (J-GGZ) ten opzichte van Behandeling B (J&O) en Behandeling C (J&O).
23	Kan de opbouw voor het tarief consultatie D blijven zoals het de afgelopen jaren gehanteerd is? En als dat niet kan, is het dan denkbaar dat er een product Consultatie D voor J&O komt? In het tariefvoorstel wordt vastgehouden aan het mixtarief voor consultatie D. Terwijl er nu gerekend wordt met 100% AMS, dat is dus echt een andere keuze. En past ook niet bij wat in de product specifieke eisen staat: ‘Opdracht wordt uitgevoerd door het inzetten van deskundige met een Ams opleidingsniveau.’. We zijn benieuwd naar hoe de regio hiernaar kijkt. En klopt het dat wij de enige aanbieder zijn met J&O producten én een psychiater? Zoals aangegeven is het voor ons niet toereikend als er met de mix gerekend wordt. Met dit voorstel is het voor ons onmogelijk om product consultatie D te blijven aanbieden	De functiemix die is gehanteerd voor de tariefopbouw van Consultatie D komt inderdaad voort uit de functie-eisen zoals opgenomen in de productbeschrijving. Het klopt dat hier staat dat Opdracht wordt uitgevoerd door het inzetten van deskundige met een Ams opleidingsniveau. Echter hierbij staat ook: "of door een verpleegkundig specialist die werkzaam is in een GGZ-instelling.". In de regio zijn er ook casussen waarbij een verpleegkundig specialist wordt ingezet door zorgaanbieders. Hier dient dus om beide redenen ook rekening te worden gehouden in de tariefopbouw.

24	In de eerdere onderbouwing stukken vanuit de aanbesteding inmiddels een aantal jaren geleden. Werden berekeningen gemaakt op basis van fulltime 1872 uur. Momenteel gebruiken jullie 1878 uur. Bij ons is fulltime werkweek 36 uur (CAO jeugdzorg). Benieuwd hoe dit verschil tot stand is gekomen. Mogelijk heeft dit te maken met het schrikkeljaar? Het maakt wellicht verder niets uit, maar het viel mij even op.	De gehanteerde 1878 uren komt voort uit de verschillende Cao's en staat gelijk aan 1 FTE. Deze komen tot stand vanuit inderdaad een werkweek van 36 uren. Echter een jaar heeft meer dagen dan precies 52 weken. Daarmee komt het aantal beschikbare uren op jaarbasis boven de 1872 uren.
25	Daarnaast wordt een ziekteverzuimpercentage van 6,5% gebruikt. Deze lijkt mij niet realistisch. Het laagste percentage wat in het derde kwartaal van 2022 van toepassing was is 6,6%. De overige percentages liggen rond de 7 en zelfs 8%. Kunt u dit nog Aanpassen dan wel duiden?	Het ziekteverzuimpercentage moet conform AMvB aansluiten bij een reële waarde. Door een gemiddelde te nemen over de laatste 5 jaren wordt er bijvoorbeeld ook rekening gehouden met de Corona-periode die juist voor een hoger ziekteverzuimpercentage heeft gezorgd. Daarnaast stelt de gemeente tarieven vast voor de toekomst en dient conform de AMvB dat ook te gebeuren om toekomstwaardige reële waarden. Om daarin dus ook te compenseren voor ziekteverzuim en een reële waarde te hanteren wordt gekozen voor een gemiddelde van 5 jaar. De bron is: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=79EA2 en dan de jaren 2018-2022.
26	Mogelijk is er een fout in de terminologie geslopen: in nieuwe onderlegger noemt u de declarabiliteit als percentage. Echter bedoelt u hier m.i. de productiviteit. De productiviteit betekent de declareerbare uren waarbij de niet werkbare uren eraf zijn gehaald. Dat is zoals ik lees wat u hier berekent dan wel bedoeld. Mogelijk is het fijn om dit woord aan te passen om ruis hierin te voorkomen. Hoe bereken je de productieve uren? De productieve uren per jaar bereken je door het totaal aantal uren te verminderen met het aantal vakantie-uren, de feestdagen en een schatting van het ziekteverzuim van de werknemer. Vervolgens deel je de totale kosten per periode door het aantal productieve uren, et voilà: daar is de kostprijs per productief uur	Wij doelen inderdaad op de productiviteit. Dit is in sheets in de marktconsultatie ook als zodanig benoemd. De productiviteit is het aantal uren wat declarabel is conform de richtlijnen van de regio. Dit is een percentage van het totaal aantal uren wat conform de Cao een fulltime medewerker op jaarbasis werkt, 1878 uur. Dit percentage is berekend door van het totaal uren het aantal niet productieve uren af te trekken en waar van toepassing ook nog de indirect cliëntgebonden uren hiervan af te halen.
27	Het tarief voor A2, behandeling HBO +, meestal vallende in functieschaal 9 of 10 van de jeugdzorg. Komt nu uit op een tarief van € 1,57 per minuut. Terwijl de prijs in 2023 € 1,64 per minuut is! Bij een indexatie op de CAO, kan er geen daling in het tarief plaatsvinden. Deze productcode wordt veel gebruikt bij vaktherapeuten en systeemtherapeutisch werkers. Met name bij inzet vaktherapeuten zijn er ook nog extra kosten voor materialen (denk aan beeldende of psychomotorische (gezins)therapie: zaalhuur, sport en spelmateriaal zoals ballen, ballonnen, hockeysticks etcetera). En zal dus juist hoger moeten uitkomen dan de indexatie. Ik verwacht dat dit een fout is, kunt u het juiste tarief geven?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vragen 12 en 17.
28	Of begriip ik op basis van inzet functiemix dat onze vaktherapeuten op dezelfde code als onze orthopedagogen moeten gaan werken/ schrijven? Dus dat we vanaf januari productcode B gaan gebruiken?	De productomschrijvingen en specifieke eisen met de daarbijhorende functie-eisen blijven hetzelfde. Afwijkingen m.b.t. declareren op andere codes is dus niet van toepassing. De productbeschrijvingen en specifieke eisen blijven van toepassing en dus leidend.
29	Onze psychiater werkt op consultatie D. De kerninflatie bij het CBS is voor 2024 natuurlijk nog niet bekend. De kerninflatie voor 2022-2023 was 4,9%. Stel dat de kerninflatie voor 2024 4,0% is, dan wordt het nieuwe tarief wat wij kwijt zijn aan onze psychiater 180,00*1,04=187,20. Wij zijn dus een hoger tarief kwijt op basis van de kerninflatie, dan wat wij voor consultatie D ontvangen (186,60). Ik vraag me af of de berekening klopt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
30	Daarnaast valt het op dat de dyslexie codes 54D11 en 54D12 een ander tarief hebben. Kunt u mij uitleggen wat hier de reden van is? Dit wijkt ook af van alle voorgaande jaren waarbij zowel behandeling als diagnostiek eenzelfde TYPE inzet dan wel tarief had. Op zich Natuurlijk prima om dit op een gegeven moment op een andere manier te duiden. Maar ik kon het niet goed begrijpen aan de hand van uw stukken.	TransitiePartners heeft dit als optie voorgelegd aan de regio omdat conform de handreiking van het NKD de Dyslexie Diagnose en Dyslexie Behandeling een andere inzet van medewerkers benodigen en er daardoor sprake is van een andere functiemix. De regio kiest er echter voor om eenzelfde tarief te hanteren voor beide dyslexie codes zoals nu ook het geval. Deze optie als tarief is ook gepresenteerd bij de 2de marktconsultatie.
31	Tariefdaling ten opzichte van huidige 2023 tariefstelling ambulante individuele behandeling. Wij constateren dat het TP tariefmodel voor de ambulante behandeling (45J21/22) en de consultatie (45J15/16/18) een daling van de huidige tarieven berekend. Een daling van € 0,07 per minuut ten opzichte van het huidige tarief voor 45J22 in Centraal Gelderland waarbij een minimale indexatie het tarief juist doet stijgen met € 0,11 per minuut ten opzichte van het huidige tarief, is voor ons onbegrijpelijk en onacceptabel. Ten overvloede maar ook zoals gemeld in de bijeenkomst van dinsdag 24-10 is hierbij is nog géén rekening gehouden met de te verwachten forse stijging a.g.v. de CAO onderhandelingen. In de buurregio FoodValley is een soortgelijk proces gelopen met een vergelijkbare uitkomst: een daling van het ambulante tarief voor individuele behandeling. Deze daling is, voor ons onterechte gronden en niet in lijn met de ambulantiseringsgedachte zoals verwoord in de regionale en gemeentelijke beleidsstukken, berekend. Na een extra consultatieronde is dit gecorrigeerd naar een lichte stijging. Wij zullen derhalve eenzelfde keuze maken in de regio Centraal Gelderland als wij in de regio FoodValley hebben moeten doen.	TransitiePartners en de regio hebben ook ingezien dat de gepresenteerde concepttarieven lager uitvallen dan de huidige tarieven incl. indexatie. TransitiePartners heeft ook aangegeven bij de regio dat inhoudelijk gezien dit niet wenselijk geacht door de regio. De regio hanteert echter momenteel het uitgangspunt dat de berekende en onderbouwde reële tarieven passend zijn bij de huidige productbeschrijvingen, inkoopdocumenten en zorgvorm specifieke eisen. De uitgangspunten die zijn gehanteerd voor de opbouw van de Behandeling A1 en A2 zijn gepresenteerd in de 1ste en 2de marktconsultatie. Deze uitgangspunten en parameterwaarden hebben geleid tot de gepresenteerde concepttarieven voor 2024 in de 2de marktconsultatie. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de productbeschrijvingen en specifieke eisen van de regio, zoals reeds benoemd. Hierbij wensen wij dan ook te benadrukken dat de regio voor behandeling A1 en A2 uitgaat van behandeling welke in principe door enkel en alleen HBO-personeel wordt uitgevoerd. De regio heeft het uitgangspunt dat er niet meer WO-geschoold personeel meegenomen dient te worden in de functiemix en dat de tredebenuutting voor de functies in de functiemix van deze producten ook recht doet aan het huidige zorglandschap. Wij zijn op de hoogte van het feit dat de onderhandelingen voor de Cao Jeugdzorg 2024 e.v. nog lopende zijn. Omdat de nog geen enkele duidelijkheid is over met welk percentage de salarissen gaan stijgen binnen de Cao Jeugdzorg en op welke data deze stijgingen van toepassing zullen zijn is nu gekozen om voor de te verwachte stijging van personeelskosten de voorlopige OVA 2024 mee te nemen in de tariefopbouw. Daarnaast worden de materiële kosten en kapitaallasten daarbij ook nog geïndexeerd met de voorlopige CPI 2024. De andere optie die u schetst is bij TransitiePartners ook bekend en deze zullen wij ook bespreken met de regio. De regio is momenteel nog van mening dat dat de geraamde OVA voor 2024 het enige daadwerkelijk bekende percentage is voor 2024 en de Cao Jeugdzorg omtrent stijging van personele kosten. Anderzijds stelt de regio dat dit aansluit bij de contractafspraken en er daarmee voor de eventueel nieuwe tarieven 2024 zowel duidelijkheid gegeven kan worden aan de kant van zorgaanbieders als gemeenten omdat er geen herijking hoeft plaats te vinden. Echter zoals benoemd zullen wij de optie tot herijking bespreken en voorleggen aan de regio.

32	Vennootschapsbelasting: ongelijk speelveld wordt niet gecorrigeerd Daarnaast is nog een punt relevant met betrekking tot de vennootschapsbelasting. Voor met name GGZ-partijen wordt een vrijstelling van de VPB toegepast die voor J&O-aanbieders niet zou gelden. Deze ongelijke behandeling levert een ongelijk speelveld op. In het tariefmodel is daarin niets teruggevonden; deze ongelijkheid werkt dus door in de tarieven voor allen. Als dit wél is opgenomen in het tariefmodel, dan is de vraag waar dat te zien is. Concreet, aan de hand van recentste openbare jaarrekeningen: partijen als [aanbieder], [aanbieder] en [aanbieder] maken door gebruik te kunnen maken van die vrijstelling minder kosten, waar partijen als [aanbieder] en [aanbieder] die kosten wel maken maar niet terugzien in de tarieven en er dus geen dekking voor terugvinden. Ergo, deze laatste partijen worden onevenredig benadeeld door deze ommissie in het model. Of omgekeerd, de eerst genoemde partijen genieten onevenredig financieel voordeel hiervan. Per saldo klopt het niet. Omdat bovenstaande al langere tijd boven de sector hangt en het er op lijkt dat VWS hierin geen besluit wenst te nemen, is e.e.a. aangemeld bij Jeugdzorg Nederland én de Jeugdautoriteit als voorbeeld van een ongelijke behandeling van gelijke partijen. En dus niet toegestaan. Waarop geacteerd dient te worden. Graag ontvangen we jullie reflectie op bovenstaande.	Vennootschapsbelasting wordt geheven over de winst van een bedrijf of organisatie. De winst wordt hierdoor kleiner, alleen blijft van belang dat het tarief nog altijd kostendekkend is. Als onderzoeksbureau gaan wij over reële tarieven en de totstandkoming van deze tarieven. Wij hebben geen enkele invloed op of, hoe en op welke wijze een zorgaanbieder of bedrijf winst behaalt en hoeveel deze dan zou zijn. Daarnaast hebben wij geen invloed op gaten die geconstateerd worden in de wet- en regelgeving.
33	Wijziging tariefmodel is wijziging contractdocumenten is wijziging aanbesteding. Een ander punt dat we in de bijeenkomst aangestipt hebben, is de wijziging van tariefmodel. Meerdere aanwezigen hebben gemotiveerd aangegeven dat het inwisselen van het tariefmodel tijdens een lopende contractering niet kan. Het huidige model is onderdeel van de aanbestedingsdocumenten. Dit zijn de documenten die onderdeel uitmaken van de aanbesteding uit 2019 en daarmee onderdeel van het fundament van de contractering. Voor élk van de ‘percelen’ is een document aanwezig zoals hieronder ‘2.a Onderbouwing tarieven Behandeling.pdf’ is voor het perceel ‘Behandeling’. Het vervangen van het bestaande tariefmodel door het model van TP, is een wijziging in de set aan documenten die onder de aanbesteding ligt en daarmee de contractering. De opmerking dat ‘binnen de bestaande productbeschrijvingen, die niet wijzigen’ een herijking plaatsvindt is mogelijk terecht, maar dat wordt niet ‘binnen het bestaande tariefmodel’ gedaan. Wij zullen dit ook bij de regio Centraal Gelderland aanhangig maken.	De huidige contractering betreft een open house procedure en geen aanbesteding. De regio heeft op voorhand al voorzien dat wijzigingen gedaan kunnen worden, waaronder wijzigingen in de tarieven en dus ook de onderbouwing daarvan en de opbouw van de tarieven. Als wijzigingen van ‘wezenlijke aard’ zijn dan betekent het dat toetreding tot zorgvormen en producten wordt opengesteld voor nieuwe aanbieders. Indien huidige aanbieders niet akkoord zijn met de wijzigingen kunnen zij zich uitschrijven op de zorgvorm en/of het product.
34	Opstelling per product uit het productenboek Er is tijdens de 2e sessie toegezegd dat er, analoog aan de hierboven staande documentatie, per product eenzelfde opstelling zal worden verstrekt door TP. Opdat door aanbieders een goede vergelijking kan worden van de herijkte parameters ten opzichte van die in de huidige tariefopbouw. Hiertoe is door ons per mail het document 2.a Onderbouwing tarieven Behandeling.pdf ‘toegezonden aan TP. Op woensdag 25-10-2023 is de gewijzigde presentatie en een XLS-sheet ontvangen van. Die laatste zou naast de bestaande opbouw gelegd moeten kunnen worden. Dit is echter niet mogelijk. Hieronder staan beide modelleringen náást elkaar; links de huidige, rechts de toegestuurde. Deze twee zijn niet met elkaar te matchen waardoor een antwoord op de vraag of het de werkelijkheid benadert niet kan worden beantwoord door aanbieders. Wij roepen TP nogmaals op om, conform de linker werkwijze, dit aan te leveren.	Wij betreuren het dat voor u nog niet geheel duidelijk is hoe de gepresenteerde uitgangspunten en parameterwaarden zich vertalen naar de tarieven. Vanuit meerdere aanbieders (zie o.a. vragen 90 en 91) hebben wij begrepen dat de methodiek en de uitgangspunten en parameterwaarden wel navolgbaar zijn en dat ook duidelijk is hoe de tarieven tot stand komen. Echter blijft hoe dan ook het uitgangspunt wel dat inhoud leidend dient te zijn aan het tarief. In beide marktconsultaties zijn wij daarom zo transparant en zorgvuldig als mogelijk geweest. Hierbij is per parameter per product toegelicht hoe deze is opgebouwd, hoe deze tot stand komt en wat de inhoudelijke keuze, het uitgangspunt en de bron is voor de totstandkoming van de gehanteerde parameterwaarde. De XLS-sheet en opbouw per product kan in bepaalde mate wel degelijk vergeleken worden met de bestaande opbouw. Echter doordat TransitiePartners voor dit tariefonderzoek gebruikt maakt van hun eigen model, welke is geaudit en goedgekeurd door KPMG, en welke uitgebreid is toegelicht en gepresenteerd in de 1ste marktconsultatie, is het niet mogelijk een exact zelfde opbouw te maken als de huidige bestaande opbouw. Hierbij komt dat het model van TransitiePartners enkele andere definities en parameters kent dan de huidige opbouw. Een voorbeeld is overhead (zie ook vraag 8). Het tariefmodel van TransitiePartners is uitgebreid in de eerste marktconsultatie toegelicht en hierbij is ook toegelicht hoe per parameter een tarief wordt berekend. Aan de hand van de parameterwaarden uit de gedeelde opbouw van TransitiePartners zou deze opbouw nagerekend kunnen worden. Het belang van TransitiePartners is dat de gehanteerde en gepresenteerde uitgangspunten en parameterwaarden worden geconsulteerd en getoetst bij de zorgaanbieders. De basis hiervan zit in de productbeschrijvingen en inkoopdocumenten van de regio. Inhoud dient altijd leidend te zijn bij de opbouw van een tarief. De regio wenst juist reële tarieven te betalen en ziet ook in dat het zorglandschap is veranderd waardoor bepaalde parameterwaarden vanuit de bestaande opbouw wellicht niet meer reëel zijn. Bij publicatie van de 2de NvA zal ook een voorbeeldberekening van het tariefmodel gedeeld worden welke nog ondersteunend is aan de nu gedeelde XLS-sheet met de tariefopbouw per product. Hiermee zou het voor iedere aanbieder zelfs dan volledig mogelijk zijn op de tariefsberekening per product na te rekenen. Wij wensen echter ook te benadrukken dat het voor TransitiePartners niet gaat om een rekenkundige toetsing, maar een inhoudelijke toetsing en consultatie van de gehanteerde en
35	Ambulante Spoed Hulp versus reguliere ambulante inzet: hoe in het model? Op dit moment wordt ASH gezien als een reguliere ambulante inzet van zorgprofessionals. Bij de aanbesteding in 2019 is hier reeds bij opgemerkt dat 1) niet juist is, 2) de declarabiliteit van de uren onvoldoende is ter dekking van 24/7 beschikbaarheid van deze dienst, 3) de onregelmatige inzet van deze professionals hogere kosten met zich meebrengt dan een ‘9-5’-inzet waarop de het model is gebaseerd. Deze fout zit nog steeds in de productdefinities in de regio. Daarnaast is de regio van mening dat er niet meer dan een X aantal uren voor beschikbaar is. De voormalige trajectfinanciering van deze afwijkende dienstverlening dient opnieuw besproken te worden omdat er onvoldoende dekking is op deze wijze van deze dienst. Op dit moment zit deze dienst in het tariefmodel opgenomen alsof het reguliere ambulante dienstverlening is waarmee er wederom onvoldoende dekking te genereren is voor deze inzet. Hoe wordt volgens TP deze specifieke dienst in haar model op een juiste wijze gefinancierd?	Wij hebben deze vraag besproken met de regio, omdat wij Ambulante Spoed Hulp niet terug zien als apart product. De regio geeft hierop terug dat ASH onder de huidige behandelproducten blijft vallen en dat hiervoor contractueel geen nieuw product komt of een apart tarief. De regio neemt deze vraag, op advies van TransitiePartners, echter wel mee met de interne gesprekken over een mogelijk nieuwe inkoop. ASH is verder ook niet specifiek benoemt in de productbeschrijvingen of specifieke eisen. Voor TransitiePartners zijn deze documenten onder andere leidend bij de opbouw en totstandkoming van reële tarieven per product.

36	Productiviteit(berekening) wijkt af van buurregio. In de sessie en in de gestelde vragen is aandacht gevraagd, uitleg gevraagd, hoe de productiviteitsberekening is gedaan en hoe deze sterk af kan wijken van de omliggende regio's. In de regio Foodvalley is deze voor ambulante individuele behandeling in de afgelopen maanden op 1.200 uur gezet in een vergelijkbaar herijkingstraject. Waar die in eerste aanleg 1.220 uur was. Beide regio's kennen eenzelfde declarabiliteit: cliëntgebonden tijd (dus zowel direct als indirecte cliëntgebonden tijd) maar toch is er een verschil in de wijze waarop is gerekend en daarmee de uitkomst. We hebben nu dus de situatie dat teams cliënten en gezinnen uit Ede en Arnhem behandelen en daar dezelfde inzet plegen maar voor diezelfde inzet op een verschillende wijze productief zouden zijn en (o.a.) daardoor ook anders gefinancierd worden. Wij horen graag van TP en de regio hoe dit uitgelegd kan worden. Wij pleiten derhalve nogmaals voor een gelijke keuze bij een gelijke werkwijze: 1.200 uur als uitgangspunt.	TransitiePartners is helaas niet bekend met de productiviteitsopbouw zoals deze in de regio Foodvalley is gehanteerd. Zover wij weten is deze ook niet openbaar. De productiviteitsopbouw zoals gepresenteerd is uitgebreid toegelicht. De productiviteitsopbouw is juist op deze manier opgebouwd om transparant en zorgvuldig te zijn in de verschillende tijdscomponenten waaraan medewerkers uren kwijt zijn gedurende de zorgverlening, alle neventaken, verlof, ziekte, etc. Hierbij is ook benoemd waarom een verschillende productiviteit is gehanteerd voor de verschillende Cao's, denk hierbij aan verschil in verlofuren maar ook ziekteverzuim. Daarbij is ook een verschil gehanteerd tussen de verschillende opleidingsniveaus en dus schalen/FWG's binnen een Cao. Dit heeft o.a. te maken met uren voor opleiding. Als de productiviteitsopbouw voor dit tariefonderzoek wordt vergeleken met andere regio's, dan wijkt de productiviteit niet af en is deze voor dit tariefonderzoek zelfs lager dan bepaalde regio's met dezelfde uitgangspunten qua declarabiliteit. Voorbeelden van regio's met openbare rapporten zijn o.a.: Alkmaar (https://hulpinregioalkmaar.nl/application/files/5416/7048/6776/20221208_PB221684_Toelichting_op_pbouw_tarieven_jeugdhulp_Alkmaar_def4.pdf), Noord-Oost Brabant (https://www.rioz.nl/sites/default/files/2022-03/Bijlage%20bij%20het%20Productenboek%20-%20berekening%20tarieven.pdf) en Lekstroom (https://www.houten.nl/fileadmin/user_upload/Rapportage_opbouw_tarieven_jeugdhulp_regio_Lekstroom_1.pdf).
37	Op welke wijze heeft u de PNIL verwerkt in uw onderzoek?	De kosten van inhuur zijn verwerkt in de berekening van de tredebenutting en dus in de personeelskosten bij de opbouw van een tarief. Voor de meer specialistische functies (FWG 60 en hoger, schaal 11 en hoger) wordt, vanwege de arbeidsmarktkrapte die hier voornamelijk heerst en daarvoor dus personeel ingehuurd dient te worden, gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 95% en 98%. Daarnaast geldt dat we voor de MSP schaal altijd uitgaan van de maximale trede, dus de trede benutting is daarvoor 100%. Hierdoor wordt dus gerekend met een hoger tredebenutting wat zorgt dat de personeelskosten in de tariefopbouw verhoogd worden. Het uitgangspunt van de regio is dat de inzet van PNIL niet wil gestimuleerd dient te worden en wil juist een prikkel in de markt zetten om vast personeel aan te nemen.
38	Hanteert u de door de VNG geadviseerde 6,3% indexatie in uw berekeningen?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden.
39	Per wanneer gelden de nieuwe tarieven?	De tarieven zoals wij deze adviseren aan de regio zijn reële tarieven vanaf 1-1-2024. Echter is het afhankelijk van de besluitvorming van de regio of en wanneer deze tarieven geldig zijn.
40	Is het door u berekende uurtarief voor JGGZ behandeling C en D inclusief indirect cliëntgebonden tijd?	Voor Jeugd Behandeling Individueel geldt dat zowel de direct en indirect cliëntgebonden tijd declarabel is.
41	Bij de tarieven staat de indexatie wel voor consultatie benoemd echter voor behandeling C en D niet. Zou u dit kunnen toevoegen.	Indexatie is enkel toegevoegd bij functies vanuit de Cao Jeugdzorg. Dit is gedaan omdat de Cao Jeugdzorg die geldt op 1-1-2024 nog niet bekend is. In Consultatie A, Consultatie B en Consultatie C is een Jeugdzorg functie meegenomen, waarvoor deze indexatie geldt. In behandeling D is geen Jeugdzorg Cao meegenomen, dus ook geen indexatie. Het gaat hier niet over de indexatie die jaarlijks wordt gedaan over de gehele tarieven. Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden.
42	In de presentatie werd verteld dat er een aanpassing bij begeleiding basis jeugd is gedaan waardoor er niet meer met ORT is gerekend. Dit omdat het uitgangspunt van de regio is dat dit volledig planbare zorg binnen kantooruren betreft. Bij [aanbieder] bieden wij hoofdzakelijk begeleiding basis jeugd, ook in het weekend en buiten kantooruren. En voor de dingen die wij in het weekend aanbieden is juist de meeste vraag en zijn er de grootste wachtlijsten. Voor een deel omdat begeleiding aan jeugdigen vaak ook buiten schooltijd gegeven moet worden, en dat weekend dagen zonder invulling door school o.i.d. vaak extra belastend zijn voor de betreffende gezinnen. (En hoeveelheid kantooruren buiten schooltijden om is ook beperkt.) Dit doet mij denken dat het uitgangspunt van de regio niet aansluit bij de behoeften van haar inwoners die van deze ondersteuningsvorm gebruik wensen te maken. In onze optiek is het wel wenselijk dat er rekening gehouden wordt met ORT in de tariefopbouw gezien wij daar in de praktijk ook rekening mee moeten houden. Dat brengt mij tot de volgende vragen: In hoeverre is er bij het uitgangspunt dat begeleiding basis jeugd tijdens kantooruren gepland kan worden rekening gehouden dat de meeste van deze kinderen naar school gaan?	Het uitgangspunt van de regio is dat de zorg gedurende kantooruren wordt geboden, zoals ook opgenomen in de productbeschrijving en ziet daarom geen reden om het ORT-percentage aan te passen.
43	Een vraag die ik graag zou willen stellen is dat ik het bijzonder vindt dat er in berekening veelal is gekozen voor een GHZ/ jeugdzorg CAO basis terwijl de GGZ pas enkel bij de behandeling C en D om de hoek komt kijken. In mijn beleving is dit geen evenwichtige presentatie van welke CAO's er verhoudingsgewijs gehanteerd worden. Tevens is de CAO GGZ ruimer opgesteld in de arbeidsvoorwaarden dan GHZ en JZ en zou dit dus niet evenredig zijn. Ik stel dit voorzichtig omdat ik hier onvoldoende zicht op heb en het hier mogelijk in de marktconsultatie II over is gegaan. Mogelijk dat jullie hier nog iets over kunnen zeggen/ kunnen duiden waarom er voor deze constructie is gekozen. Waarbij opgemerkt mag worden dat de voorgestelde tarieven voor begeleiding onder de streep zeer netjes uitvallen. Neemt niet weg dat ik me afvraag waarom er voor deze keuze is gegaan.	De gecontracteerde inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen blijven hierbij in stand en zijn de basis voor de tariefopbouw per product. Hierin staat ook een of meerdere doelgroepen opgenomen per product waarvoor het product bedoeld is. Daaruit kan enerzijds afgeleid worden welke Cao van toepassing is in het kader van de beschreven doelgroepen. Daarnaast is ook met de regio onderzocht en besproken welke aanbieders welke producten leveren en welke Cao deze aanbieders hanteren. Ook dit is meegenomen in de totstandkoming van de functiemix met de daarbijbehorende Cao's. De Cao GGZ komt naast de door u genoemde Behandeling C en D binnen Jeugd ook terug in Behandeling B, Dyslexie en Consultatie A t/m D.

44	In de context/ wetenschap dat alle concept tarieven op een eenduidig manier berekend zijn ontstaat er zoals dat altijd gaat met dit soort situaties ook uitzonderingen. Mijn andere vraag gaat dan ook over één specifieke tariefontwikkeling die mij verbaasde, namelijk product A2, deze wordt in de herijking naar beneden bijgesteld. Los van dat dit kan voorkomen, ontstaat er een bijzondere situatie namelijk dat het begeleidingstarief hoger wordt dan het behandelstarief. Ik vind dit lastig uit te leggen omdat we binnen de behandeling die wij bieden er medewerkers zijn met een hogere salarisschaal dan in de begeleiding, al deze behandelingen dienen te gebeuren met betrokkenheid van een Regiebehandelaar, er zijn dus meer kosten aan verbonden en toch is het tarief lager. Mijn inziens zou dit ongunstige effecten kunnen hebben op de langere termijn, de op- maar vooral de afschaling binnen de behandelproducten mix D,C,B,A wordt bemoeilijkt, er is het risico dat meer gestuurd worden op B,C, en D constructies (dus duurder) en voor organisaties vergelijkbaar aan de onze zou dit betekenen dat begeleiding bieden kostentechnisch interessanter wordt dan behandeling wat zou kunnen betekenen dat de shift die eerder is gemaakt dat bijvoorbeeld een [aanbieder] zijn PMT heeft afgestoten want te duur, nu bij ons zou gebeuren en dat [aanbieder] deze handschoen op zou pakken in de tariefmix D. Ik voorzie het risico dat onder de streep de kosten uiteindelijk zullen toenemen en niet evenredig zullen zijn ten opzichte van het hanteren van het huidige tarief en of een kleine indexatie.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12. Daarnaast zijn de producten begeleiding individueel en behandeling individueel niet geheel vergelijkbaar qua tariefopbouw. Dit komt doordat voor behandeling individueel indirect cliëntgebonden tijd wel declarabel waar dat voor begeleiding individueel niet het geval is. Dit heeft dus effect op de productiviteit in de tariefopbouw en dus de concepttarieven die de uitkomst zijn van de berekening.
45	We vinden de CAO GGZ verhogingen onvoldoende meegenomen in een aantal jeugd behandeling schalen. De behandeling A2 komt zelfs uit op een verlaging in vergelijking met het huidige tarief en ook de marge bij behandeling B is minimaal. Zeker de verlaging bij A2 strookt ook niet met de eerste berichten dat er minimaal met 5% ge-indexeert zou worden.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
46	Ook merken wij dat we het ingewikkeld vinden, gezien de krapte op de arbeidsmarkt, dat behandelaren in opleiding niet al op enige wijze worden tegemoetgekomen in tarief. Een GZ opleiding of bijvoorbeeld een systeemtherapeut zijn gedurende een lange periode in opleiding. Zij doen daar kennis op waar de client, en de gemeente, van profiteert maar mogen pas na behalen diploma in een andere 'schaal' schrijven. Bij een systeemtherapeut kan dat om een sprong van A1 of A2 naar C zijn.	Als u hier doelt op de kosten voor opleiding dan wordt er nog een extra tegemoetkoming in het tarief van 2% meegenomen voor opleidingskosten. Daarnaast blijven de huidig gecontracteerde productbeschrijvingen, inkoopdocumenten en specifieke eisen, waaronder de functie-eisen per product van toepassing en dus leidend.
47	Waar kunnen wij de onderbouwing vinden voor het tarief van hulp in het huishouden?	Deze is terug te vinden in de presentatie van de eerste marktconsultatie, welke u als goed is heeft ontvangen. Dit betreffen de producten Algemene voorziening Huishoudelijke ondersteuning, Huishoudelijke ondersteuning en Maatwerkvoorziening Huishoudelijke ondersteuning - eigen regie.
48	Wat is de verdeling geworden over de 5 HBH treden? Of met hoeveel % rekent u in de maximale HBH Schaal?	Deze verdeling is terug te vinden in de presentatie van de eerste marktconsultatie, welke u als goed is heeft ontvangen.
49	Welke productiviteit rekent u mee? En welk percentage ziekteverzuim is hierin verwerkt?	De productiviteitsopbouw per schaal/FWG kunt u vinden in de presentatie van de tweede marktconsultatie die 25 oktober is gestuurd. Wij benoemen niet specifiek in het antwoord op deze vraag alle verschillende percentages in het kader van overzicht. Het is namelijk niet duidelijk op welke schaal / FWG u doelt.
50	Welke bedrag wordt gebruikt voor de reiskosten?	Reiskosten vallen onder overhead conform de definitie van Berenschot. De definitie van overhead: Dit betreft enkel de personele overhead, dus het geheel van functies dat sturend en ondersteunend is aan het primaire proces en de kosten die aanvullend gemaakt worden door het personeel (bijv. reiskosten). Hieronder vallen dus bijvoorbeeld ICT-ondersteuning, aansturing en coördinatie en de financiële administratie.
51	Hoe is aanlooptijd verdisconteerd voor behandeling groep?	De aanlooptijd is verdisconteerd in de producten Behandeling Groep door 30 minuten extra op te nemen in de tariefopbouw voor dit product. Een groepsproduct wordt opgebouwd naar een dagdeel en dan terugerekend naar een uurtarief zoals in deze regio gebruikelijk is. Het uitgangspunt van de regio is dat voor Behandeling Groep geldt dat 1 dagdeel gelijk is aan 3 uren. Echter i.v.m. deze aanlooptijd heeft de regio dit aangepast naar 1 dagdeel is gelijk aan 3,5 uren.
52	Moet Jeugdzorg Schaal 12 niet naar 13, indien de FWG 70 voor Klinisch Psycholoog is aangepast naar FWG 75?	Voor product Behandeling C (J&O) is dit inderdaad een aanpassing die nog niet was toegepast. Daar is de schaal 12 dus inderdaad opgehoogd naar schaal 13. Voor het product consultatie C geldt dat op basis van uitgangspunten van de regio en input van aanbieders op beide marktconsultaties de FWG 75 is aangepast naar FWG 70 met daarnaast schaal 12 in de functiemix.
53	In de 2de marktconsultatie is gevraagd en toegezegd: hoe is het tarief opgebouwd per product analoog aan de opbouw zoals deze is opgesteld in de 'productbladen behandeling 2020'. We krijgen nu een verzameling van aannames in % die tijdens de 2de marktconsultatie zijn gepresenteerd. Het toegestuurde excel is niet wat is gevraagd en toegezegd op dinsdag 24 oktober.	Het is niet het geval dat in de 2de marktconsultatie een verzameling van aannames in percentages zijn gepresenteerd. In de 1ste marktconsultatie, waarvan u ook de opname heeft ontvangen indien u niet aanwezig kon zijn, is het tariefmodel van TransitiePartners toegelicht en gepresenteerd en is ook al verder toegelicht op basis waarvan de uitgangspunten en gehanteerde parameterwaarden zijn vastgesteld. M.b.t. het eerder toegestuurde bestand verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 34.
54	Welk loon in euro's wordt nu gebruikt?	We gebruiken de salariskosten conform de genoemde CAO's waarbij verhoudingsgewijs rekening is gehouden met de al bekende Cao-stijgingen in 2024 voor de verschillende Cao's. Omdat er niet gerekend wordt met specifieke trede, maar wel met specifieke schalen en FWG's worden de salarissen als volgt vastgesteld: Er wordt gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van alle treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 91% en 95%. Voor de meer specialistische functies (FWG 60 en hoger, schaal 11 en hoger) wordt, vanwege de arbeidsmarktkrapte en inhuur, gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 95% en 98%. Daarnaast geldt dat we voor de MSP schaal altijd uitgaan van de maximale trede, dus de trede benutting is daarvoor 100%. Deze tredebenutting worden landelijk als reëel en marktconform gezien.

55	Welke overhead wordt gebruikt?	De definitie van overhead is gelijk aan de definitie zoals Berenschot deze hanteert. Dit betreft dus enkel de personele overhead, dus het geheel van functies dat sturend en ondersteunend is aan het primaire proces en de kosten die aanvullend gemaakt worden door het personeel (bijv. reiskosten). Hieronder vallen dus bijvoorbeeld ICT-ondersteuning, aansturing en coördinatie en de financiële administratie. Het overheadpercentage is het percentage van de totale kosten conform definitie Berenschot. Enkel rekenkundig in het tariefmodel wordt met hoger percentage gerekend t.o.v. loonkosten zoals toegelicht in de eerste marktconsultatie, zodat het uiteindelijke meegenomen percentage gelijk is aan het percentage per Cao uit de Berenschot Benchmark. De materiële kosten en kapitaallasten worden in de genoemde overheadpercentages niet meegenomen, maar als aparte parameter en dus apart percentage meegenomen in de tariefopbouw per product. Deze herleiden wij uit dezelfde bron.
56	Is productieve uren gelijk aan te declareren uren per medewerker (direct client gebonden tijd)?	Ja dit is het geval. Voor de Behandeling Individueel producten, waaronder ook Dyslexie en Consultatie, geldt dat ook de indirecte cliëntgebonden tijd declarabel is, daarom is deze hierbij niet verdisconteerd in de productiviteit.
57	We weten niet hoe het bestand TransitiePartners tariefopbouw onderbouwing Centraal Gelderland ambulant' doorwerkt in productbladen behandeling product A2.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 34. Wij wensen daarbij nogmaals te benoemen dat TransitiePartners nu een ander tariefmodel hanteert dan is gehanteerd bij de tariefopbouw van de huidige tarieven en daarbij dus ook niet de opsteller is van de productbladen behandeling product A2 waarna u verwijst.
58	Onbegrijpelijk is voor ons de daling van het tarief Behandeling A2 (45j22): deze gaat van 1,64 euro per minuut naar 1,57 euro per minuut en dat betekent een daling van 4,3% naar 2024. Deze daling wordt nog onbegrijpelijk als rekening wordt gehouden met een verwachte index (VNG) van 6,525% per 1 januari. De optelsom geeft dus feitelijk een reële daling van 10% van het tarief!	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
59	Het aangehaalde voorbeeld is de behandeling A2. Dezelfde exercitie kunnen we doen voor het product 45a25, BSO(+) (combinatie en regulier). Onbegrijpelijk hoe dit product kan dalen tussen 2023 en 2024 met 3,0%.	Hierbij wensen wij te reageren op de daling van het product 45A25 BSO+ (gescheiden). De daling in dit product wordt veroorzaakt doordat voor dit product conform de productomschrijving en inkoopdocumenten nog de kinderopvangtoeslag van het tarief wordt afgehaald. Deze kinderopvangtoeslag is gestegen (wat eigenlijk jaarlijks gebeurt), waardoor het tarief daalt. Deze kinderopvangtoeslag krijgen de ouders zelf en daardoor mogen de BSO+ deze precieze kosten doorbelasten aan de ouders zoals voorheen ook gebruikelijk was. In principe als puur naar het tarief gekeken wordt, stijgt het tarief voor BSO+. Dit is ook zichtbaar voor het product 45A26 BSO+ (totaal).
60	Bovenstaande voorbeelden en uitwerkingen zijn niet te rijmen met het ter beschikking stellen van reële tarieven door de gemeenten. Methodisch is niet helder en transparant welke veranderingen in de percentages leiden tot welke veranderingen in de tarieven. Het lijkt of de twee bestanden los van elkaar zijn komen te staan. Zorgaanbieders hebben naast reële tarieven recht op transparantie in de doorwerking (het effect van elke verandering) in de tarieven. Van daaruit is een helder onderhoud mogelijk. Bij de beantwoording van de vragen van [aanbieder] na de eerste consultatie hebben we bijna louter procedurele en geen inhoudelijke antwoorden ontvangen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 34.
61	De voorgestelde tarieven voor individuele behandeling jeugd wijken qua aanpassing fors af van de overige tarieven. Voor behandeling A2 valt het tarief zelfs lager uit. Met de loonstijgingen voor 2023 en 2024 is dit niet acceptabel. Graag een nadere verklaring over de onderbouwing van deze tarieven.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
62	In de twee marktconsultaties zijn wij als aanbieders meegenomen in het proces om te komen tot reële tarieven. Ondanks dat de gehanteerde parameters zijn aangegeven missen we hierin nog transparantie. TransitiePartners hanteert voor een belangrijk deel als onderbouwing de Benchmark Care van Berenschot. Wij hebben onze vraagtekens bij deze benchmark, met name of dit een representatieve afspiegeling geeft voor het Sociaal Domein. Wij vinden de gehanteerde overheadpercentages voor een systeemaanbieder niet passend en zouden graag zien dat het overheadpercentage opgehoogd wordt.	De gehanteerde norm voor overhead (personele overhead) komt voort uit een landelijke benchmark van Berenschot. Aan deze benchmark nemen zowel grote (systeem) als kleine aanbieders deel. Zo nemen er voor de Berenschot Benchmark Care jaarlijks meer dan 70 zorgaanbieders deel. Wij begrijpen als adviesbureau dat niet iedere aanbieder exact hetzelfde percentage overhead heeft. Dit heeft enerzijds ook te maken met hoe een aanbieder is ingericht, welke zorgvormen een aanbieder biedt en welke rol een aanbieder in het regionale en soms landelijke zorglandschap heeft. Juist vanwege het grote aantal aanbieders welke deelnemen aan de Benchmark en de diversiteit aan zorgaanbieders, zowel in grootte als in zorgaanbod zijn ons inziens de gehanteerde percentages daarmee een reëel marktconform uitgangspunt, hetgeen wat ook door aanbieders voor dit tariefonderzoek in deze regio en tevens in deze NvA wordt erkend. Een andere reden voor ons om deze bron te gebruiken is dat binnen de Benchmarks van Berenschot onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende sectoren / Cao's. Dat de overhead hiertussen verschilt is wat wij ook als input in deze regio, maar ook in andere regio's terughoren van aanbieders. Hiermee wordt ons inziens ook meer recht gedaan aan de werkelijke kostenstructuur per sector / Cao. Daarnaast is TransitiePartners ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen en waarbij gedacht kan worden aan een differentiatie met betrekking tot systeemaanbieders. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en of het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering.
63	Daarnaast missen wij de berekening van de concepttarieven. De parameters en gehanteerde uitgangspunten zijn weergegeven, maar we kunnen onvoldoende controleren of de voorgestelde tarieven ook kloppen op basis van de gehanteerde parameters. Graag ontvangen wij dan ook de exacte en uitgewerkte berekening van de tarieven zodat transparant is hoe de tarieven per product tot stand zijn gekomen.	We verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 34.

64	Het concepttarief voor Behandeling A2 voor 2024 komt lager te liggen dan het huidige tarief in 2023. Vanuit een herijking van de tarieven is dit een mogelijkheid, echter kunnen wij ons niet volledig vinden in de gehanteerde methodiek en parameters. Dit betreffen de overhead, inschaling en productieve uren. Onze ervaring is dat de overhead en niet-gebonden cliëntkosten binnen het Sociaal Domein hoger liggen dan bijvoorbeeld de Langdurige Zorg. Dit geldt ook voor een product als Behandeling A2. Door het hanteren van een procentuele opslag op de personeelskosten is onze aanname dat de overhead van ons als systeemaanbieder onvoldoende meegenomen wordt. Helemaal bij producten met een relatief laag tarief, maar waarbij juist de overhead nadrukkelijk meer werk heeft vanwege onder andere registratie en declaratie. Graag willen wij u verzoeken de wijze van berekening van overhead voor dit product aan te passen.	Zoals toegelicht hanteren wij in het tariefmodel overhead conform de definitie van Berenschot. Dit betekent dat het overheadpercentage een percentage is van de totale kosten. Door rekenkundig in het tariefmodel met hoger percentage te rekenen t.o.v. de loonkosten zoals toegelicht in de eerste marktconsultatie, is het bedrag voor overhead voor de tariefopbouw per product altijd gelijk aan het percentage conform de Benchmarks van Berenschot. Het aandeel van het tarief per product is dus altijd gelijk aan het percentage zoals gepresenteerd in de eerste marktconsultatie en zou daarmee de kosten voor overhead m.b.t. het product wat geleverd wordt moeten kunnen dekken. Volgens TransitiePartners doet deze wijze van berekenen ook meer recht aan de AMvB reële prijs waarbij een reële prijs per product moet worden vastgesteld en niet een reële dekking van de kosten per aanbieder over de verschillende producten. Echter zolang een reële prijs per product wordt vastgesteld, zou dit voor aanbieders (of zoals omschreven in de AMvB een gemiddeld efficiënt opererende aanbieder) ook kostendekkend en dus reëel moeten zijn. Daarnaast is TransitiePartners ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen en waarbij gedacht kan worden aan een differentiatie met betrekking tot systeemaanbieders. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en of het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering.
65	Vanwege de arbeidsmarktkrapte is niet alleen een stijging van personeelskosten bij de FWG-schalen >60 aanwezig, maar merken wij dit ook bij de lagere schalen. Wij willen u dan ook vragen voor de FWG schalen 50 en 55 rekenmethode te hanteren zoals deze ook voor de hogere FWG-schalen gehanteerd wordt.	De regio heeft als uitgangspunt dat de huidige wijze van berekenen van de tredebenuutting voor de FWG schalen 50 en 55 reëel en marktconform is. De regio geeft aan dat zij herkennen dat deze schalen voornamelijk HBO-medewerkers betreffen waarvan de arbeidsmarktkrapte beperkter is.
66	De 1273 productieve uren die momenteel gehanteerd worden als uitgangspunt zijn volgens ons te hoog. Graag willen wij u verzoeken deze uren naar beneden bij te stellen, naar bijvoorbeeld 1200 productieve uren. Dit aantal uren wordt door andere gemeenten in verschillende regio's veelal gehanteerd als productieve uren en is in onze ogen realistischer.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vragen 2 en 36.
67	Tijdens de eerste vragenronde hebben wij een vraag gesteld over de inhuur kosten; hoe hier rekening is gehouden in de tarieven. Bij het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 17, echter gaat vraag 17 over loonschalen van het personeel en niet over inhuur kosten. De verdeling in de loonschaal zegt niets over de kosten voor inhuur aangezien deze per definitie hoger zijn dan de kosten voor vast personeel. In de presentatie die jullie hebben gegeven is het punt inhuur wel benoemd aan het begin. Echter is hier verder niet op terug gekomen. Graag zouden wij alsnog willen weten hoe rekening is gehouden met de hogere inhuurkosten als gevolg van de krappe arbeidsmarkt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 37.
68	Transitiepartners poogt transparant te zijn in de uitleg en gekozen parameters, maar is daarin niet volledig. De berekening van de tarieven is niet gedeeld op een wijze die navolgbaar is. Een vereiste in het bepalen van reële tarieven. Op basis van de gehanteerde parameters is het gedeeltelijk gissen hoe gekomen is tot de concepttarieven; geregeld is het een black box voor betrokkenen. Ook geeft de door TransitiePartners gekozen aanpak met benchmarks en 'landelijk onderzoek' voor ons onvoldoende onderbouwing voor tarieven die rekening houden met regionale en organisatie-specifieke aspecten. Zoals door ons zowel per mail als in de 2e consultatie aangegeven, is het de regio/Transitiepartners die dient te onderbouwen waarom bepaalde parameters zijn gekozen zoals ze zijn gekozen en is het niet aan de aanbieders om het tegendeel van een andere waarde te onderbouwen.	We verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 34.
69	Voor wat betreft het te lage tarief voor 45J22 hebben wij in ieder geval drie oorzaken geïdentificeerd. Ten eerste de wijze waarop met de overhead gerekend. Wij achten het gekozen overheadpercentage uit de benchmark niet reëel. Een systeemaanbieder als [aanbieder] kent hogere kosten van kwaliteit, registratie, onderzoek en opleidingen. Daarnaast is van een dergelijke aanbieder een bovenmatige inzet te verwachten op het gebied van productontwikkeling, samenwerking met partners en gemeenten en transformatieopdracht. De kosten daarvan zitten niet in het tarief verdisconteerd. Afstemming met Berenschot leerde dat de percentages in de jeugdzorg op minimaal 37% uitkomen in hun onderzoeken in 2022 en niet op 17.8% bij de Jz en 21.2% bij GGZ zoals in de sheets (nr.7) is opgenomen en met ons gedeeld. Bovendien is de Care benchmark voor de GGZ met name gericht geweest op grote GGZ instellingen met voornamelijk volwassenen GGZ-diensten en is het aantal deelnemende organisaties bij lange na niet representatief voor generieke toepassing in een specifieke regio. Ondanks herhaaldelijk verzoek heeft TransitiePartners nog steeds niet aangegevend waarom juist deze cijfers van toepassing zouden moeten zijn in dit tariefmodel.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 62. Daarnaast kunnen wij de door u genoemde 37% niet herleiden in de Benchmark Care en Benchmark Jeugdzorg 2022 van Berenschot. U kunt de percentages zoals door ons gepresenteerd en gehanteerd wel terugherleiden uit een openbaar nieuwsbericht vanuit Berenschot: https://www.consultancy.nl/nieuws/44600/rol-van-overhead-in-de-zorg-kostenpost-of-zorgheld en vanuit een publicatie van Berenschot zelf: https://www.berenschot.nl/media/1y3cbvgv/infographic-benchmark-care-2023.pdf
70	Daarnaast pakt de methode van een procentuele opslag op de personeelskosten om de overheadkosten te dekken, niet goed uit. Dat betekent namelijk dat een product met relatief lage loonkosten ook een lage overhead vergoeding krijgt. Wij zien die directe samenhang niet. In de huidige kostprijsopbouw als onderdeel van de huidige contracten wordt wel gerekend met een vast bedrag als overhead. Procentueel lag dit overigens een stuk hoger. Er is niet aangegeven waarom in het nieuwe model daarvan is afgestapt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 64.
71	De tweede oorzaak voor het te lage tarief is gelegen in de personeelskosten zelf. Vanaf schaal 60 wordt er een hogere schaalindeling gehanteerd vanwege krapte op de arbeidsmarkt. Wij herkennen dat de arbeidsmarktkrapte van invloed is op de hoogte van de personeelskosten. Dit geldt echter ook voor de lagere salarisschalen, waardoor het voor ons noodzakelijk is dat de schaalindeling ook voor deze functies wordt aangepast.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 65.

72	Tenslotte achten wij het uitgangspunt van 1273 productieve uren voor GHZ 55 en Jeugdzorg schaal 9-10 niet realistisch. Dit is voor ons dan ook niet herkenbaar en veel te hoog ingeschat. In onze interne kostprijzen en in andere kostprijsonderzoeken uit andere regio's, bijvoorbeeld het aangrenzende Food Valley, wordt met een veel lagere productiviteit (1200 uur) gerekend. Graag zien wij dan ook een onderbouwing vanuit TransitiePartners waarom deze productiviteit substantieel hoger zou moeten liggen en een onderbouwing waarom dit een reële productiviteitsnorm is.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 36. Wellicht ten overvloede maar hierbij wensen wij ook nog te benadrukken dat de gehanteerde productiviteit voor GHZ 55 afwijkt van de gehanteerde productiviteit voor Jeugdzorg schaal 9-10.
73	Afsluitend is er nog het punt waarbij het inruilen van een model van tariefberekening als onderdeel van de contractering o.i. niet aan de orde kan zijn tenzij er een nieuwe aanbesteding wordt uitgeschreven. Het tariefmodel van Transitiepartners is niet gelijk aan het contractmodel.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 33.
74	Het gekozen overheadpercentage voor het product Behandeling A2 is te laag en niet realistisch voor een systeemaanbieder. Bovendien is de vergoeding voor overhead lager bij producten met inzet van personeel in lagere schalen. Dat is geen juist uitgangspunt: de inzet van lager ingeschaald personeel houdt immers geen verband met de overheadkosten	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 64.
75	De personeelskosten zelf worden ook te laag ingeschaald voor het product Behandeling A2 doordat er onder GHZ schaal-60 onvoldoende rekening gehouden wordt met PNIL-kosten.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 37.
76	Tenslotte achten wij het uitgangspunt van 1260 productieve uren voor GHZ schaal-55 voor het product Behandeling A2 niet realistisch.	De productiviteitsopbouw zoals gepresenteerd is uitgebreid toegelicht. De productiviteitsopbouw is juist op deze manier opgebouwd om transparant en zorgvuldig te zijn in de verschillende tijdscomponenten waaraan medewerkers uren kwijt zijn gedurende de zorgverlening, alle neventaken, verlof, ziekte, etc. Hierbij is ook benoemd waarom een verschillende productiviteit is gehanteerd voor de verschillende Cao's, denk hierbij aan verschil in verlofuren maar ook ziekteverzuim. Daarbij is ook een verschil gehanteerd tussen de verschillende opleidingsniveaus en dus schalen/FWG's binnen een Cao. Dit heeft o.a. te maken met uren voor opleiding. Daarbij is het ook van belang om te verwijzen naar het feit dat voor de individuele behandelproducten de declarabele tijd afwijkt van alle andere producten, omdat indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel is. Als de productiviteitsopbouw voor dit tariefonderzoek wordt vergeleken met andere regio's, dan wijkt de productiviteit niet af en is deze voor dit tariefonderzoek zelfs lager dan bepaalde regio's met dezelfde uitgangspunten qua declarabiliteit. Voorbeelden van regio's met openbare rapporten zijn o.a.: Alkmaar (https://hulpinregioalkmaar.nl/application/files/5416/7048/6776/20221208_PB221684_Toelichting_opbouw_tarieven_jeugdhulp_Alkmaar_def4.pdf), Noord-Oost Brabant (https://www.rioz.nl/sites/default/files/2022-03/Bijlage%20bij%20het%20Productenboek%20-%20berekening%20tarieven.pdf) en Lekstroom (https://www.houten.nl/fileadmin/user_upload/Rapportage_opbouw_tarieven_jeugdhulp_regio_Lekstroom_1.pdf).
77	TransitiePartners deelt slechts enkele onderzoeken en bronnen die ze gebruikt heeft voor de invulling van de parameters, sommige bronnen die wel gedeeld zijn, zijn niet openbaar toegankelijk (Benchmark Care Berenschot). Daarmee is TransitiePartners onvoldoende transparant en toont zij onvoldoende aan waarom de door haar gekozen waarden passend zijn.	Gedurende de marktconsultaties en in de presentaties is benoemd welke bronnen zijn gehanteerd. TransitiePartners volgt dit proces juist op deze wijze om transparant en zorgvuldig te zijn. In de NvA's zijn daarnaast ook aanvullende links opgenomen van deze bronnen indien deze openbaar zijn. De voornaamste gehanteerde bronnen zijn de regionale inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen. Deze zijn openbaar te vinden op de website van Inkoop SDCG of als het goed is al in het bezit van alle aanbidders. Daarnaast hebben wij gedurende de marktconsultaties, presentaties en NvA's verwezen naar de bronnen die verder openbaar zijn zoals CBS, indexcijfers NZa (voor Cao Jeugdzorg) en vergelijkingsrapporten van andere regio's. Verder is ook input uit de eerste NvA vanuit zorgaanbidders verwerkt en meegenomen, een voorbeeld hiervan is de aanpassing van reistijd. Daar waar bronnen zijn gebruikt die niet openbaar toegankelijk zijn, kan TransitiePartners deze niet delen omdat deze bedrijfsgevoelige informatie bevatten welke het juridisch niet mogelijk maakt om deze rapporten te delen. Dit geldt voor de Benchmark van Berenschot. Echter zijn de cijfers van de Benchmark Care af te leiden uit een openbaar nieuwsbericht vanuit Berenschot: https://www.consultancy.nl/nieuws/44600/rol-van-overhead-in-de-zorg-kostenpost-of-zorgheld en vanuit een publicatie van Berenschot zelf: https://www.berenschot.nl/media/1y3cbvgv/infographic-benchmark-care-2023.pdf
78	De voorgestelde tarieven liggen voor een aantal producten (IAG, FACT en MST) fors onder onze kostprijs. Met name de daling van 45j22 (IAG) (Behandeling A2) is zeer zorgelijk, aangezien het huidige tarief al onder kostprijs lag.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12.
79	De gerekende productiviteit ligt voor vrijwel alle producten fors boven het voor ons realistisch uitgangspunt. Met name de uren voor ziekteverzuim en niet-productieve uren wijken fors af. Het is algemeen bekend dat het ziekteverzuim het huidige jaar hoger zal uitvallen dan het gemiddelde van 2018 - 2022 en dat deze trend al een paar jaar doorzet, toch wordt er door het rekenen met 2018 en 2019 gerekend met een (te) laag gemiddeld percentage.	U geeft aan dat het ziekteverzuim voor het huidige jaar hoger zal uitvallen en dat deze trend doorzet. Echter vanuit diverse landelijke ontwikkelingen, zoals beschreven in https://www.vernet.nl/2023/10/30/daling-verzuim-onder-zorgmedewerkers-zet-door/ , https://www.vernet.nl/2023/07/28/verzuim-in-het-tweede-kwartaal-opnieuw-gedaald/ en https://www.vernet.nl/2023/04/25/verzuim-zorgsector-in-eerste-kwartaal-gedaald-ten-opzichte-van-een-jaar-geleden/ is juist het beeld zichtbaar dat het ziekteverzuim aan het afnemen is. Dit wordt ook nog bevestigd in de cijfers voor de eerste 2 kwartalen van 2023 vanuit het CBS: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=79EA2 . 2018-2022. Het ziekteverzuimpercentage moet conform AMvB aansluiten bij een reële waarde. Door een gemiddelde te nemen over de laatste 5 jaren wordt er bijvoorbeeld ook rekening gehouden met de Corona-periode die juist voor een hoger ziekteverzuimpercentage heeft gezorgd. Daarnaast stelt de gemeente tarieven vast voor de toekomst en dient conform de AMvB dat ook te gebeuren om toekomstwaardige reële waarden. Om daarin dus ook te compenseren voor ziekteverzuim en een reële waarde te hanteren wordt gekozen voor een gemiddelde van 5 jaar. Hierin wordt huidige trend van daling in het verzuim dan ook meegenomen.
80	In de looncomponent lijkt geen rekening te worden gehouden met een aandeel PNIL. Inzet PNIL is in de huidige arbeidsmarktkrapte vrijwel onvermijdbaar. Dit niet opnemen in de tarieven, is zeer risicovol voor de aanbidders.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 37.

81	De productiviteit van vooral de functiemix GHZ 45 t/m 55 (1260 uur), GGZ 50 en 55 (1294 uur) en JZ schaal 7 t/m 10 (1273 uur) zijn niet realistisch. De reden dat de niet haalbaar zijn zit in de normen die worden gehanteerd bij niet cliëntgeboden uren, innovatie/ontwikkeling en ketenoverleg. Deze zijn niet reëel als wij kijken naar de afgelopen jaren. Door het hanteren van deze uitgangspunten is bijvoorbeeld het product 45J22 ten opzichte van het in 2023 gehanteerde tarief zelfs gedaald. Zonder enige aanpassing in het zorginhoud en/of aanpassing in de van toepassing zijnde eisen.	In de marktconsultaties is toegelicht hoe de productiviteit per schaal / FWG is opgebouwd en hoeveel uren zijn meegenomen per component in de productiviteitsopbouw. Daarnaast vermoeden wij dat u doelt op de productiviteit van de behandelproducten. Dit komt namelijk niet naar voren in uw vraag. Voor individuele behandelproducten geldt dat de indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel is. Dit betreft dus ook o.a. cliëntgebonden overleg en cliëntgebonden consult. Onder niet cliëntgebonden uren vallen dus enkel de interne werkoverleg welke niet cliëntgebonden zijn. Verder zijn de productieve uren voor deze FWG's en schalen hoger t.o.v. van WO-geschoolde FWG's en schalen omdat deze medewerkers meer opleidingsuren hebben, meer uren bestenderen aan ketenoverleggen en ook meer tijd kwijt zijn aan interne werkoverleggen.
82	Het antwoord op de vraag over de niet productieve uren van 93,9 uur geeft nog onvoldoende beeld van de grondslag van deze uren. We zien dat deze uren in de praktijk namelijk fors hoger liggen (circa 200 uur). Zeker voor de behandel functies is dit realistischer. Het advies is dan ook om hiermee rekening te houden in de productieve uren.	Hierin zitten de uren die medewerkers kwijt zijn aan niet-clientgebonden tijd die niet onder de eerdergenoemde onderdelen (zoals opleiding en ketenoverleg valt). Hiervoor zijn aparte onderdelen opgenomen in de productiviteitsopbouw. Onder de component "Overig niet productief" vallen bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en pauze. Deze uren komen voort uit benchmarks met andere regio's (zie o.a. de benoemde regio's bij vraag 76) en de gemeenten en input van aanbieders voor dit tariefonderzoek. In principe stellen de Cao's dat een medewerker vanaf een dienst van meer dan 5,5 uur recht heeft op 0,5 uur pauze. Een maximale werkweek bestaat voor 1 FTE uit 36 uren. Op basis van een gemiddeld aantal werkweken van 43 op jaarbasis, komt dit uit op 86 uren pauze waarin een medewerker dus niet productief is.
83	De overhead is in de herijking opgenomen als percentage. In de uitgangspunten voor de huidige tariefopbouw is de overhead als vast bedrag per fte opgenomen. Dit sluit veel beter aan op de werkelijke overheadkosten die wij als systeemaanbieder hebben. Organisatiekosten fluctueren namelijk niet met de hoogte van de personeelskosten, wel met de omvang van de aantallen medewerkers. Opvallend is dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen reguliere en systeemaanbieders. Dit terwijl wij als systeemaanbieder hogere administratieve lasten en kosten van kwaliteit en registratie hebben waar ook een reële vergoeding bij past.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 64.
84	Een tweede punt is de personeelskosten. We waarderen dat er voor bepaalde functies een hogere schaalindeling wordt toegepast vanwege krapte op de arbeidsmarkt. Wat ons betreft is dit ook van toepassing op de salarisschalen Jeugdzorg 9-11.	De regio heeft als uitgangspunt dat de huidige wijze van berekenen van de tredebenutting voor de schalen 9 tot en met 11 reëel en marktconform is. De regio geeft aan dat zij herkennen dat deze schalen voornamelijk HBO-medewerkers betreffen waarvan de arbeidsmarktkrapte beperkter is. Daarnaast is voor de schaal 11 al een afwijkende berekening van de tredebenutting van toepassing.
85	Het uitgangspunt van 1273 productieve uren voor Jeugdzorg schaal 9-10 is het hoogste van alle categorieën. Dit is voor ons niet herkenbaar en te hoog.	De productiviteitsopbouw zoals gepresenteerd is uitgebreid toegelicht. De productiviteitsopbouw is juist op deze manier opgebouwd om transparant en zorgvuldig te zijn in de verschillende tijdscomponenten waaraan medewerkers uren kwijt zijn gedurende de zorgverlening, alle nevtaken, verlof, ziekte, etc. Hierbij is ook benoemd waarom een verschillende productiviteit is gehanteerd voor de verschillende Cao's, denk hierbij aan verschil in verlofuren maar ook ziekteverzuim. Daarbij is ook een verschil gehanteerd tussen de verschillende opleidingsniveaus en dus schalen/FWG's binnen een Cao. Dit heeft o.a. te maken met uren voor opleiding. Daarbij is het ook van belang om te verwijzen naar het feit dat voor de individuele behandelproducten de declarabele tijd afwijkt van alle andere producten, omdat indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel is. Als de productiviteitsopbouw voor dit tariefonderzoek wordt vergeleken met andere regio's, dan wijkt de productiviteit niet af en is deze voor dit tariefonderzoek zelfs lager dan bepaalde regio's met dezelfde uitgangspunten qua declarabiliteit. Voorbeelden van regio's met openbare rapporten zijn o.a.: Alkmaar (https://hulpinregioalkmaar.nl/application/files/5416/7048/6776/20221208_PB221684_Toelichting_opbouw_tarieven_jeugdhulp_Alkmaar_def4.pdf), Noord-Oost Brabant (https://www.rio2.nl/sites/default/files/2022-03/Bijlage%20bij%20het%20Productenboek%20-%20berekening%20tarieven.pdf) en Lekstroom (https://www.houten.nl/fileadmin/user_upload/Rapportage_opbouw_tarieven_jeugdhulp_regio_Lekstroom_1.pdf).
86	In onze interne kostprijs en in andere kostprijsonderzoeken uit andere regio's, bijvoorbeeld de aangrenzende regio FoodValley, wordt met een veel lagere productiviteit (1200 uur) gerekend. Graag zien wij dan ook een onderbouwing vanuit TransitiePartners waarom deze productiviteit substantieel hoger zou moeten liggen en een onderbouwing waarom dit een reële productiviteitsnorm is.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 36.
87	Verder willen wij aangeven dat het voor ons als zorgaanbieder niet duidelijk is welke onderzoeken TransitiePartners heeft gebruikt om tot de uitgangspunten voor de tariefopbouw te komen. Graag ontvangen wij hier meer informatie over evenals de toegezegde informatie over de tariefopbouw in absolute getallen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vragen 34 en 77.
88	In de presentatie hebben wij diverse parameters gezien en de concepttarieven. In de presentatie werd verteld dat de berekeningen van de concepttarieven nog volgen. Graag ontvangen wij deze berekeningen, zodat wij kunnen zien hoe deze is opgebouwd en waarom wij met de huidige tarieven niet uitkomen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 34.
89	Op dit moment gaan jullie er voor de salariscomponent vanuit dat 50% in de maximale trede van een schaal zit en 50% in het gemiddelde van alle treden van een schaal. Wij leveren begeleiding basis WMO (02A16) en groepsbegeleiding (07A51 en 07A52). Bijgevoegd heb ik 2 overzichten opgenomen met de schalen en treden van onze begeleiders basis en groepsbegeleiders. Zoals jullie kunnen zien komen wij met de huidige berekening niet uit, omdat wij veel medewerkers in hoge/de hoogste treden hebben zitten. Graag zien wij dat hier ook rekening mee wordt gehouden in de tariefberekening.	Wij hebben uw overzichten vergeleken met de meegenomen salariscomponent in de tariefopbouw van de producten die u benoemt. Uw overzichten delen wij niet in de NvA omdat deze bedrijfsgevoelige informatie bevatten. Wij kunnen u echter bevestigen dat de meegenomen salariscomponent door de berekening van 50% in de maximale trede van een schaal zit en 50% in het gemiddelde van alle treden van een schaal, hoger uitkomt dan het gemiddelde van de door u gehanteerde salariscomponent in uw overzichten.
90	[Aanbieder] kan het model volgen en komt in haar narekening op dezelfde prijsstelling uit. Het tarief komt echter hoger uit dan wat wij op basis van kostendekking en investeringen nodig hebben.	Dank voor u bericht en fijn om te vernemen dat u het tariefmodel kunt volgen en uw narekening op dezelfde prijsstelling uitkomt. U heeft aangegeven in uw mail dat de door u aangeleverde informatie uiterst bedrijfsgevoelige informatie bevat en daarom niet kan worden opgenomen in een algemene nota van antwoorden. Wij respecteren dit en zullen dat dan ook niet opnemen in deze NvA. Het kan zijn dat een tarief voor bepaalde aanbieders hoger uitkomt dan de kosten, dit kan ook enerzijds veroorzaakt worden door een efficiënte bedrijfsvoering van aanbieders. Op basis van uw aangeleverde gegevens zien wij en de regio echter geen grond om de tariefopbouw en gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden aan te passen voor de door u benoemde producten.

91	Allereerst hartelijk dank voor opnieuw een prettige onlinebijeenkomst. Fijn om de uitgangspunten te kunnen volgen en de daaruit ontstane concepttarieven gepresenteerd te hebben gekregen. Dit voelt voor mij als een reproduceerbaar onderzoek qua parameters en daardoor voelt het als een betrouwbaar onderzoek. Nogmaals dank daarvoor!	Dank voor u bericht en fijn om te vernemen dat u het tariefmodel en de uitgangspunten kunt volgen en fijn om te vernemen dat u het onderzoek als reproduceerbaar en betrouwbaar beoordeeld. Deze opmerking bevat echter geen verdere vraag waar wij op kunnen reageren.
92	Tegelijkertijd zijn er ook onderdelen waarvan ik de keuze voor het betreffende uitgangspunt niet begrijp. Met niet begrijpen bedoel ik dat ik de bron die gehanteerd wordt wel snap en kan volgen, maar niet begrijp dat dit vanuit jullie en/of de gemeenten als uitgangspunt gehanteerd wordt. Het betreft, mijns inziens, een papieren werkelijkheid die verdedigbaar is maar niet aansluit bij de werkelijkheid van zorgaanbieders in het hier en nu. Voorbeelden hiervan zijn: Uitgangspunt van het verzuimpercentage. Jullie rekenen volgens mij met de gemiddelde cijfers van de afgelopen 5 jaar. Een legitieme bron, maar cijfers (CBS) laten zien dat het afgelopen jaar (4 kwartalen) het verzuim structureel minimaal tussen de 7 en 8 procent zat. Nogmaals, de methode die gekozen is kan goed uitgelegd worden maar voelt meer als een papieren te verantwoorden werkelijkheid dan dat dit echt aansluit bij de realiteit van nu. Kortom, is het mogelijk om dit naar boven bij te stellen?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 79.
93	Uitgangspunt voor de loonstijging binnen de cao-jeugd qua personeel is een voorlopige indexatie van 4,94%. Een collega zorgaanbieder heeft tijdens de onlinebijeenkomst al aangegeven dat dit voelt als uit de lucht gegrepen. De vakbonden zijn bij de onderhandelingen van tafel gelopen, terwijl er een aanbod werd gedaan van rond de 7%. De aanname dat het dan toch neerkomt op 4,94% lijkt me dan ook niet passend. Een percentage van 8 of 9% minimaal lijkt beter passend. De vakbonden zetten immers in op minimaal 10% (eigenlijk vergelijkbaar met hoe dit is gegaan bij de cao ggz). Kortom, kan dit naar boven aangepast worden zodat dit beter aansluit bij de te verwachten realiteit.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 21.
94	De overige punten die opvielen waren, dat er bij de producten behandeling jeugd individueel (en dan de J&O producten) gerekend wordt met de cao-GHZ en cao-jeugd. Ik heb me laten vertellen dat dit is gedaan, omdat deze cao's het meeste vertegenwoordigd zijn binnen deze producten. Klopt dit?	Dit klopt inderdaad. De reden dat naast de Cao Jeugdzorg voor de producten Behandeling J&O ook de Cao GHZ wordt meegenomen in de tariefopbouw is dat er in de regio ook een groep aanbieders is die deze producten leveren en de Cao GHZ hanteren. Daarbij zijn de Behandeling J&O producten ook bedoeld voor de doelgroep die onder de gehandicaptenzorg valt. De Cao GGZ wordt juist niet meegenomen doordat voor deze doelgroep en dus de aanbieders die Behandeling GGZ bieden er aparte producten zijn ingekocht. Dit betreffen specifiek Behandeling B (J-GGZ) en Behandeling C (J-GGZ) ten opzichte van Behandeling B (J&O) en Behandeling C (J&O).
95	Is het, in het verlengde hiervan, mogelijk om een eerlijker mix te hanteren in overhead percentages voor de producten J&O? Vanzelfsprekend snap ik dat dit dan ook geldt voor de overige parameters, maar dat lijkt me prima. Een overhead van 21% is bij ons nodig om aan de huidige verantwoordingsverplichtingen te kunnen voldoen en de behandelaren voldoende te ondersteunen.	Voor overhead worden de landelijke benchmarks van Berenschot Care en Jeugdzorg gebruikt voor desbetreffende Cao's. Hierin is dus een onderscheid gemaakt voor de verschillende Cao's dus voor de producten J&O Behandeling is voor de functies in de functiemix waarbij de Cao GHZ is gehanteerd ook het overheadpercentage GHZ gehanteerd en voor de functies in de functiemix waarbij de Cao Jeugdzorg is gehanteerd ook het overheadpercentage Jeugdzorg gehanteerd. De eerlijke mix zoals door u benoemd wordt hierdoor dus al gehanteerd. De reden waarom wij de Benchmarks van Berenschot hanteren is toegelicht in het antwoord op vraag 62. Daarbij wensen wij nogmaals te benoemen dat de door ons gehanteerde overheadpercentages de percentages van de totale kosten zijn. Ons is niet duidelijk waarop u doelt met de genoemde 21%. En daarbij is onze definitie van overhead enkel de personele overhead. Een aparte parameter in de tariefopbouw zijn nog de materiële kosten en kapitaallasten. Ons is ook niet duidelijk of u dezelfde definitie voor overhead heeft gehanteerd.
96	Laatste punt is het tarief van behandeling jeugd individueel (J&O) A2. Ten opzichte van 2023 zal dit tarief per 1-1-2024 negatief worden geïndexeerd met 6,3%. Het tarief gaat dus achteruit. Nu snap ik dat dit een herijking is van de tarieven, maar dit lijkt me een onwenselijke ontwikkeling. Is het mogelijk om in ieder geval het huidige tarief te bevriezen? Het gaat dan niet omhoog t.o.v. 2023, maar het wordt niet minder. Daarnaast wordt er voor specialistische begeleiding een hoger tarief gehanteerd dan voor behandeling A2 en wat mij betreft moeten alle producten behandeling altijd een hoger tarief hebben dan een begeleidingsproduct.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 12. Daarbij zijn de producten begeleiding individueel en behandeling individueel niet geheel vergelijkbaar qua tariefopbouw. Dit komt doordat voor behandeling individueel indirect cliëntgebonden tijd wel declarabel waar dat voor begeleiding individueel niet het geval is. Dit heeft dus effect op de productiviteit in de tariefopbouw.
97	Afsluitend zou ik nog een gedachtegang mee willen geven over de tarieven. Dit hoeft wat mij betreft niet meegenomen te worden als vraag, maar zou wat mij betreft passend zijn om te hanteren vanaf 1 januari 2024. De gedachtegang is als volgt: Gedurende de huidige contractperiode is het tijdens bijeenkomsten met de inkoopregio regelmatig gegaan over J&O versus J-GGZ producten. Deze zijn beiden ingekocht, maar de gemeenten willen toe naar alleen het J&O model. Dit lijkt mij een goede beweging. Tegelijkertijd gaat het vervolgens ook over tariefdifferentiatie. Zo hebben de grote aanbieders een regionale functie, soms een crisisdienst en doen ze wetenschappelijk onderzoek. Wat dat betreft snap ik de wens tot tariefdifferentiatie en ondersteun ik dit van harte. Zou het niet een goed idee zijn om de indeling die wordt gehanteerd voor de jaarverantwoording zorg aan te houden voor de tariefdifferentiatie? De check die uitgevoerd kan worden is welke accountantsverklaring afgegeven moet worden. Op die manier ontstaan er 4 categorieën, te weten: 1) Solisten/zzp (hoeven geen jaarverantwoording aan te leveren en dus ook geen verklaring van de accountant); 2) Micro-organisaties (zijn verplicht tot een verkorte verantwoording en volstaan met een samenstellingsverklaring van de accountant/controller/boekhouder); 3) Kleine organisaties (zijn verplicht tot volledige verantwoording en moeten een beoordelingsverklaring van een onafhankelijke accountant overleggen); 4) (Middel)Grote organisaties (zijn verplicht tot de meest uitgebreide verantwoording en moeten een controleverklaring van een onafhankelijk accountant overleggen); Als voorbeeld kun je dan bijvoorbeeld het volgende hanteren: Categorie 1: tarief - 10%; Categorie 2: tarief – 5%; Categorie 3: tarief zoals voorgesteld; Categorie 4: tarief +10% (of +5%). Dit zorgt denk ik voor een eerlijke verdeling van het geld en past bij de mate waarin moet worden voldaan aan aanvullende eisen door de verschillende categorieën organisaties.	Allereerst bedankt voor uw uitgebreide toelichting en gedachtegang. Zoals zowel in de marktconsultaties als in beide Nota van Antwoorden aangegeven is TransitiePartners ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en of het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering. De onderbouwing die u geeft waarom tariefdifferentiatie toegepast zou moeten worden, is voor ons ook een herkenbaar beeld uit deze regio maar ook uit andere regio's en de landelijke ontwikkelingen. Wij zullen uw input ook meenemen in ons advies.

98	De functiemix (aandeel FWG 40 en 50 binnen basis en specialistisch) lijkt niet reël en ik mis de beargumentering op welke wijze daar onderzoek naar is gedaan onder de gecontracteerde aanbieders. Hoe kun stellen jullie (c.q. gemeenten) dat dit een reële kostprijs onderzoek is?	Dit proces wordt gekozen omdat de inkoopdocumenten, uitgangspunten, productbeschrijvingen en aanvullende eisen van de regio als basis dienen voor de tariefopbouw per product. Deze worden aangevuld, waar nodig, met landelijke en regionale benchmarks en normen. Daarnaast gebruikt TransitiePartners ook eigen onderzoeken, ervaringen en gegevens vanuit regio's en zorgaanbieders die zij tot hun beschikking hebben. De marktconsultaties en NvA's zijn bedoeld om alle gepresenteerde uitgangspunten en parameterwaarden te toetsen bij alle aanbieders enerzijds en anderzijds transparant te zijn in de opbouw en toe te lichten waarom gekozen is voor deze uitgangspunten en parameterwaarden. Indien bepaalde uitgangspunten en gehanteerde parameterwaarden niet reëel worden geacht door aanbieders dan ontvangen wij, zoals toegelicht in de marktconsultatie, onderbouwd waarom deze niet reëel zouden zijn en wat volgens aanbieders wel reëel is. Dus er wordt ook input opgehaald bij de zorgaanbieders en deze wordt ook beoordeeld en besproken en eventueel meegenomen in de tariefopbouw. Vanuit zowel de kant van de gemeenten als de kant van de aanbieders wordt gevraagd om op basis van de inhoud mee te denken en te reageren op de gepresenteerde uitgangspunten en onderdelen per product. Hierbij wordt ons inziens wel degelijk rekening gehouden met de gezamenlijke verantwoordelijkheid en wordt ons inziens een reëel, zorgvuldig en transparant proces en tariefonderzoek uitgevoerd. In principe wordt de door u geschreven methodiek in ons proces omgedraaid waarbij eerst input wordt opgehaald bij de regio en daarna in de vorm van een marktconsultatie aanbieders worden betrokken en zij kunnen en mogen reageren op alle gepresenteerde uitgangspunten en parameters en waarbij dus onderzoek wordt gedaan naar de uitgangspunten. Dit kan gezien worden als een "uitvraag". Dit proces heeft TransitiePartners ook gevolgd in meerdere regio's en werd door zowel gemeenten als zorgaanbieders als zeer prettig ervaren. Daarnaast zorgt dit ook voor minder administratieve last welke fors is bij het doen van een uitvraag. Wat van belang is bij de functiemix is dat de inkoopdocumenten, uitgangspunten, productbeschrijvingen en aanvullende eisen van de regio hierin leidend zijn. Het kan in het meest extreme voorbeeld bijvoorbeeld niet zo zijn dat een aanbieder WO personeel inzet waar door de regio MBO personeel vereist wordt. Dit is dan een keuze van de aanbieder zelf waarin af wordt geweken van de inkoopdocumenten en regionale eisen. Hiermee is de vraag dan ook of voldaan wordt aan de gewenste inzet en eisen.
99	Op welke wijze is onderzoek gedaan naar de reistijd onder de contractanten? Hoe is nu de verhoging onderbouwd t.o.v. vorige keer?	Bij de eerste marktconsultatie is een uitgangspunt gepresenteerd voor reistijd o.b.v. aannames en uitgangspunten vanuit medewerkers van de gemeenten binnen de regio. Dit uitgangspunt is gepresenteerd. Hierop is in de eerste Nota van Antwoorden veel input ontvangen vanuit verschillende aanbieders. Samenvattend kwam dit neer op dat er aanbieders waren die zich niet herkende in het uitgangspunt omdat de reistijd hoger diende te zijn, maar ook aanbieders die zich er niet in herkende omdat zij enkel zorg leveren op een eigen locatie en dus helemaal geen reistijd hebben. Alle input is met de regio besproken. Het uitgangspunt van 60 uur reistijd per jaar is daarna, o.b.v. deze input, aangepast voor de individuele producten (behalve HO), waar indirecte cliëntgebonden tijd niet declarabel is naar 90 uur reistijd per jaar. Hierbij is het uitgangspunt dat er ongeveer 13 minuten reistijd is tussen de afspraken. Daarnaast hanteert de regio het uitgangspunt contactmomenten screen-to-screen zijn en daarbij er ook aanbieders en casussen zijn waarbij de individuele zorg op locatie bij de aanbieder zelf plaatsvindt.
100	Op welke wijze zijn de reiskosten (niet reistijd) meegenomen in de tariefbepaling?	Reiskosten vallen onder overhead conform de definitie van Berenschot.
101	No show mag dan wel onderdeel zijn van de huidige beschrijvingen en tarieven maar op welke wijze is onderzoek gedaan naar het percentage no show, welke is toegenomen in de loop der jaren. Het is niet te achterhalen op welke wijze dit onderdeel terug te vinden is in het tarief.	De eerste basis voor no-show is terug te vinden in de inkoopdocumenten en eisen die de regio stelt. De regio heeft het volgende opgenomen in de Specifieke Inkoop Voorwaarden rondom no-show: " 9. No-show kan niet worden gedeclareerd". Hierbij komt dat de regio aanbieders stimuleert om no show zoveel mogelijk te beperken. Er wordt gekozen om een verschil tussen de individuele producten en groepsproducten in het uitgangspunt rondom no-show door de regio te hanteren. Voor groepsproducten geldt dat er vaker meerdere medewerkers tegelijkertijd betrokken zijn en indien één jeugdige of cliënt niet komt er nog altijd wel jeugdigen of cliënten op de groep aanwezig zijn, waar wel zorg aangeleverd dient te worden. Het is voor aanbieders dan niet mogelijk om een medewerker bijvoorbeeld naar huis te sturen. Dus de kosten blijven gelijk voor aanbieders terwijl er één jeugdige of cliënt minder is. Om deze reden is het uitgangspunt van de regio dat er bij groepsproducten in de tariefopbouw gedeeltelijk rekening dient te worden gehouden met no-show. Voor individuele producten heeft de regio het uitgangspunt dat indien er no-show is de medewerker de tijd kan besteden aan indirect cliëntgebonden tijd zoals verslaglegging, administratie of overleg met collega's of netwerk van cliënt of jeugdige, of de medewerker zou de tijd kunnen besteden aan andere jeugdigen of cliënten door deze te bellen, digitaal te spreken of een afspraak in te plannen. Dit uitgangspunt van de regio is niet veranderd sinds de contractering. Tenslotte ziet de regio dat de meerderheid van alle casussen geen no-show betreffen. Daarom acht de regio voor groepsproducten 5% een reëel uitgangspunt.
102	Ik heb de discussie gehoord in de presentatie over de bestaande productbeschrijving in relatie tot reële prijs. Deze twee dingen kunnen niet helemaal los van elkaar gezien worden. Om de inhoudelijke beschrijving gaat het niet maar bijvoorbeeld wel over no show. Ook is er niet inhoudelijk in beschreven wat de verhouding mbo en hbo-ers is (FWG 45/50). Om dat onderdeel van de prijs (niet de productbeschrijving) te bepalen moet je onderzoek doen naar welke inschaling in deze producten worden geboden door de aanbieders.	De opbouw van de tariefberekening is gepresenteerd in de eerste marktconsultatie. Hier kunt u ook de verhoudingen tussen de gebruikte functiemix per product vinden en het no-show percentage bij groepsproducten. Verder hebben we bij die eerste marktconsultatie uitgelegd hoe wij van productbeschrijvingen tot een reëel tarief komen. Daar waar o.b.v. de input en vragen van alle zorgaanbieders de gepresenteerde uitgangspunten en parameterwaarden zoals gepresenteerd in de eerste marktconsultatie zijn gewijzigd, is dit in de 2de marktconsultatie toegelicht en gepresenteerd. Hierbij zijn tevens de concepttarieven gepresenteerd.

103	Wij zouden op diverse antwoorden kunnen reageren echter dat kost extra tijd voor ons maar ook voor jullie. Wij leggen uit waarom wij ervoor kiezen ons voornamelijk te beperken bij het onderzoek zoals deze door TransitiePartners is uitgevoerd. Zoals eerder geschreven naar jullie zijn wij blij dat jullie Berenschot voor de Jeugd GGZ als uitgangspunt nemen. Wat wij echter hebben ontdekt is dat de door jullie overgenomen percentages, waaronder 21,2% indirecte kosten overhead uit een recent onderzoek van Berenschot care komt. Berenschot geeft zelf aan dat dit percentage niet los gezien kan en mag worden van de andere componenten overhead. Deze componenten zijn alleen gedeeld met de grote instellingen die meegedaan hebben met het onderzoek. De instellingen hebben alleen de cijfers ontvangen die betrekking hebben op de eigen organisatie. Het onderzoek Benchmark care is uitgevoerd onder grote instellingen die voornamelijk volwassen behandelen. Berenschot geeft aan dat de kosten binnen de jeugdzorg echt anders liggen en dat hiervoor het onderzoek van 6-4-2022 bedoeld is. Betreffende percentages zijn representatief en door de prijscompensaties 2023 en 2024 door te voeren worden tarieven verkregen die redelijk zijn. Voor de Jeugdzorg en ook de jeugd GGZ betekent dit dat de overhead geen 32,8 zou moeten zijn maar tussen de 37 en 38%. Wij nemen aan dat jullie dit mee gaan nemen in de verdere besluitvorming. Gelet op wat er nu ligt vragen wij u het onderzoek te heroverwegen.. Zijn jullie er van bewust dat de percentages die jullie gebruiken om de tarieven van in ieder geval de jeugd GGZ , afkomstig uit een onderzoek door Berenschot, niet representatief voor de Jeugd ggz en dat daarvoor het onderzoek van 6-4-2022 gebruikt zou moeten worden. Graag lezen wij uw reactie hierop? Wij zijn natuurlijk bereid bovenstaande mondeling toe te lichten	Voor de overhead hanteren wij inderdaad de Benchmark Care voor de GGZ, GHZ en VVT. Echter voor de Jeugdzorg Cao hanteren wij de Benchmark Jeugdzorg van Berenschot. Aan deze benchmark nemen zowel grote (systeem) als kleine aanbieders deel. Zo nemen er voor de Berenschot Benchmark Care jaarlijks meer dan 70 zorgaanbieders deel. Wij begrijpen als adviesbureau dat niet iedere aanbieder exact hetzelfde percentage overhead heeft. Dit heeft enerzijds ook te maken met hoe een aanbieder is ingericht, welke zorgvormen een aanbieder biedt en welke rol een aanbieder in het regionale en soms landelijke zorglandschap heeft. Juist vanwege het grote aantal aanbieders welke deelnemen aan de Benchmark en de diversiteit aan zorgaanbieders, zowel in grootte als in zorgaanbod (waaronder ook Jeugd GGZ) zijn ons inziens de gehanteerde percentages daarmee een reëel marktconform uitgangspunt, hetgeen wat ook door aanbieders voor dit tariefonderzoek in deze regio en tevens in deze NvA wordt erkend. Een andere reden voor ons om deze bron te gebruiken is dat binnen de Benchmarks van Berenschot onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende sectoren / Cao's. Dat de overhead hiertussen verschilt is wat wij ook als input in deze regio, maar ook in andere regio's terughoren van aanbieders. Hiermee wordt ons inziens ook meer recht gedaan aan de werkelijke kostenstructuur per sector / Cao. De gehanteerde bronnen zijn daarom ons inziens wel reëel en representatief voor de verschillende sectoren en Cao's met betrekking tot dit onderzoek.
104	Zijn jullie bereid het onderzoek van 6-4-2022 te gebruiken om te komen tot reële tarieven?	Enkel en alleen het gebruiken van het onderzoek van Berenschot van 6-4-2022 is in strijd met de AMvB reële prijs. Daarnaast staan in dit onderzoek ook geen functiemix en functie-eisen voor de verschillende producten benoemd. Enkel dit onderzoek gebruiken om te komen tot reële tarieven is daarom niet mogelijk. Uiteraard is dit onderzoek wel bij TransitiePartners bekend en worden de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden wel gebenchmarkt met dit onderzoek waar mogelijk. Daarbij zoals eerder toegelicht wordt er bijvoorbeeld ook gebenchmarkt met de onderzoeken in verschillende andere regio's.
105	Bij behandeling B komt geen psychiater in voor, betekent dit dat dit dan vergeleken moet worden met basis ggz?	De inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen veranderen niet voor de regio. In de functie-eisen van de productbeschrijving van Behandeling B is niet beschreven dat de inzet van een psychiater benodigd is en dit is ook niet de verwachting van de regio. Om deze reden is geen psychiater opgenomen in de functiemix. De regio Centraal Gelderland kent verder geen specifieke producten Basis GGZ en Specialistisch GGZ, maar kent de producten Behandeling.
106	Schaal 55 missen wij in behandeling B	In plaats van schaal 55 is schaal 60 opgenomen in de functiemix.
107	In behandeling B is nu terecht MSP (Psychiater) opgenomen echter jullie gaan uit dat de behandeling voor 1/3 wordt uitgevoerd door de psychiater en klinisch en 1/3 door een GZ psycholoog en iets minder dab 1/3 door HBO+. Deze mix is onmogelijk omdat het tekort aan hoog opgeleide behandelaren groot is en feitelijk ook niet noodzakelijk. Hoe is deze mix ontstaan? En zijn jullie het met ons eens dat de mix niet realistisch is?	In behandeling B is in de functiemix geen MSP opgenomen. Dit is enkel het geval bij Behandeling C (jggz), Behandeling D en Consultatie D. Echter voor geen enkel van deze producten zien wij dat de schaal MSP voor 33% is meegenomen in de functiemix. Wij vermoeden echter dat u doelt op het product Behandeling C waarin u de FWG MSP en FWG 75 bij elkaar heeft opgeteld. De gehanteerde functiemixen komen voort uit de functie-eisen uit de productbeschrijvingen en inkoopdocumenten van de regio. De regio stelt daarin per product welke functieniveau / functieniveaus zij verwachten van de medewerkers die ingezet worden. Deze zijn dus de basis voor de gehanteerde functiemix. De regio is van mening dat deze gestelde eisen tot op heden wel reëel zijn en benodigd voor de zorgverlening aan de jeugdigen binnen deze producten.
108	Wij krijgen nu 99% Behandeling C toegewezen en door RCG is geconstateerd dat wij ook cliënten behandelen die passen in behandeling D passen. De complexiteit van de problematiek is het uitgangspunt welk bepaald of het behandeling A,B,C of D is. wordt dit los gelaten?	Nee, de complexiteit en zorgvraag/zorgbehoefte van de jeugdige / cliënt blijft leidend in welk product ingezet / toegewezen wordt.
109	Het verschil tussen behandeling B en behandeling C is veel groter geworden mbt de functiemix. B is lichter geworden en c is zwaarder geworden. Hierdoor wordt de kloof tussen B en C veel te groot. Waarop is dit gebaseerd?	De gehanteerde functiemixen komen voort uit de functie-eisen uit de productbeschrijvingen en inkoopdocumenten van de regio. De regio stelt daarin per product welke functieniveau / functieniveaus zij verwachten van de medewerkers die ingezet worden. Deze zijn dus de basis voor de gehanteerde functiemix. De regio is van mening dat deze gestelde eisen tot op heden wel reëel zijn en benodigd voor de zorgverlening aan de jeugdigen binnen deze producten. De constatering dat de functiemixen voor Behandeling B lichter zijn geworden en voor Behandeling C zwaarder wordt niet herkend door de regio. Dit wordt onderbouwd door het feit dat de inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen niet veranderen voor de regio. Daarnaast vergeleken met de opbouw vanuit de contractering 2020 zien wij een klein verschil in percentages qua functiemix. Echter daarin zien wij juist dat beide functiemixen iets hoger zijn vastgesteld wat deels onderbouwd kan worden door de verandering in het zorglandschap en de arbeidsmarktkrante.
110	Wij maken ons zeker ook zorgen mbt de hoge stijgingen van bepaalde producten en vragen ons af of dit wel juist is. Het lijkt ons onmogelijk dat de afgelopen jaren aanbieders gewerkt hebben voor tarieven die 20 tot 30% onder de kostprijs liggen. Wij willen dit ook noemen omdat niemand gebaad is bij financiële problemen bij gemeenten waardoor drastische maatregelen genomen moeten worden. Is ook dit niet een signaal dat het gehouden onderzoek en of de methode waarop jullie de nieuwe tarieven willen vaststellen niet juist is?	Het uitgangspunt voor de regio m.b.t. dit tariefonderzoek is dat er reële tarieven vastgesteld dienen te worden voor prijspeil 2024. De regio ondersteunt het proces en methodiek zoals gevolgd is voor dit tariefonderzoek. TransitiePartners is niet het bureau geweest wat bij de contractering in 2020 de tarieven heeft berekend en opgebouwd en daardoor kan niet met 100% zekerheid en duidelijkheid aangegeven worden waarin hiertussen de verschillen qua tarief ontstaan. Daarmee is het dus ook te voorbarig om te zeggen dat aanbieders beneden de kostprijs hebben gewerkt. Het zorglandschap is immers in de afgelopen jaren ook veranderd. Het feit dat de concepttarieven voor verschillende producten fors hoger uitvallen kan grotendeels onderbouwd worden vanuit de Cao-ontwikkelingen van het laatste jaar en het aankomende jaar en daarnaast ook de inflatie welke natuurlijk effect heeft. Bijvoorbeeld op energiekosten. De regio is zich hier ook bewust van. Landelijke berichten laten ook zien dat de indexatie die de verschillende regio's wordt gehanteerd ook lager is dan de stijging in kosten, zoals Cao-ontwikkelingen. Bij een tariefonderzoek is het noodzaak dat reële parameterwaarden worden gehanteerd en reële tarieven worden vastgesteld. Enkel terugvallen op de indexatie is daarbij dus geen optie voor TransitiePartners. In andere regio's waar momenteel een tariefonderzoek wordt uitgevoerd of recent is uitgevoerd zal eenzelfde beeld qua tariefstijgingen zichtbaar zijn. Daarnaast is TransitiePartners van mening dat een tarief niet het sturingsmechanisme is voor aanbieders en gemeenten om de totale kosten in het sociaal domein te besparen en zo efficiënt als mogelijk te benutten. Dit wordt natuurlijk mede ondersteund door de AMvB reële prijs. Het sturingsmechanisme zit wat TransitiePartners betreft ook meer in de samenwerking tussen aanbieders en gemeenten op het gebied van tijdigheid van passende zorg/hulp (instroom, uitstroom en doorstroom) en kwaliteit van zorg/hulp.

111	De percentages die jullie (onterecht) gebruiken voor het berekenen van de overhead jeugd ggz in relatie tot productiviteit is echt niet haalbaar. Jullie hanteren een productiviteit voor bijvoorbeeld HBO+ 1295 uren productief met een overhead van ongeveer 32,8%. Berenschot Benchmark care 10-2023. HBO+ 1220 uren productief met een overhead van ongeveer 38,1% Berenschot kostprijzen in de jeugdwet: de update 6-4-2022. Het verschil is: productiviteit ongeveer 6% / overhead 5,3%. Zijn jullie het met ons eens dat door het toepassen van een onderzoek welk niet bedoeld is voor jeugd er een ongewenste situatie is ontstaan?	De gehanteerde norm voor overhead (personele overhead) komt voort uit een landelijke benchmark van Berenschot. Juist vanwege het grote aantal aanbieders welke deelnemen aan de Benchmark en de diversiteit aan zorgaanbieders, zowel in grootte als in zorgaanbod zijn ons inziens de gehanteerde percentages daarmee een reëel marktconform uitgangspunt, hetgeen wat ook door aanbieders voor dit tariefonderzoek in deze regio en tevens in deze NvA wordt erkend. Het aantal deelnemers aan deze benchmarks is een stuk groter dan het aantal deelnemers aan het onderzoek waar u naar refereert. Een andere reden voor ons om deze bron te gebruiken is dat binnen de Benchmarks van Berenschot onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende sectoren / Cao's. Hierin zit dus ook een verschil tussen de GGZ, Jeugdzorg en GHZ bijvoorbeeld. Dat de overhead hiertussen verschilt is wat wij ook als input in deze regio, maar ook in andere regio's terughoren van aanbieders. Hiermee wordt ons inziens ook meer recht gedaan aan de werkelijke kostenstructuur per sector / Cao. M.b.t. de productiviteit staat het volgende benoemd in het onderzoek waarna u refereert: "Onder productiviteit verstaan we de direct cliëntgebonden uren: de zorg die feitelijk geleverd wordt". Hierin wijkt dit af van de productiviteit voor de producten Behandeling Individueel voor de regio Centraal Gelderland. Daarbij geldt namelijk dat indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel is. De productiviteit voor Behandeling betreft dus direct en indirect cliëntgebonden uren. Om deze reden kan het onderzoek van Berenschot zoals door u benoemd niet vergeleken worden met de uitgangspunten van dit tariefonderzoek.
112	In reactie op de 1e marktconsultatie hadden wij een opmerking gemaakt over de inschaling van medisch specialisten waarmee gerekend wordt (wij zien dat de kosten voor medisch specialisten die de zorg uitvoeren in de maximale trede van de schaal zitten. Bij een bepaling waarbij 50% in het gemiddelde van de schaal zit, zal het tarief lager zijn dan de kosten die hiervoor gemaakt worden). In uw reactie in de nota van antwoorden geeft u aan dat er OF gerekend wordt met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van alle treden OF met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden OF voor de MSP schaal de maximale trede. Het is voor ons niet duidelijk welk uitgangspunt dan nu gehanteerd wordt voor welke producten. Kunt u dit verder toelichten? Wat wordt bedoeld met MSP? En hoe wordt de trede benutting berekend?	Alle 3 de door u genoemde methodieken zijn gehanteerd bij de opbouw van de tarieven. Er wordt gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van alle treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 91% en 95%. Dit geldt voor alle FWG's vanaf FWG 55 en lager en voor alle schalen vanaf schaal 10 en lager. Voor de meer specialistische functies (FWG 60 en hoger, schaal 11 en hoger) wordt, vanwege de arbeidsmarktcraptes en inhuur, gerekend met een gemiddelde van 50% van de hoogste trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de treden. Dit brengt de trede benutting tussen de 95% en 98%. Daarnaast geldt dat we voor de MSP schaal (dit betreft de hoogste FWG in de Cao GGZ) altijd uitgaan van de maximale trede, dus de trede benutting is daarvoor 100%. Deze tredebenutting worden landelijk als reëel en marktconform gezien.
113	Ook hadden wij een opmerking gemaakt over de percentages werkgeverslasten (de percentages van de werkgeverslasten komen niet in alle gevallen overeen). U geeft aan dat deze percentages voor 2024 rondom Prinsjesdag bekend gemaakt zijn en meegenomen zullen worden in de tariefopbouw per product. Zijn de percentages op slide 6 dan de percentages die nu definitief gehanteerd worden na Prinsjesdag? En is dit al verwerkt in de concept tariefvoorstellen voor 2024 of volgt er nog een update?	De percentages op sheet 6 van de presentatie van de 2de marktconsultatie zijn inderdaad de percentages voor 2024. Deze zijn al verwerkt in de gepresenteerde tariefvoorstellen voor 2024.
114	Het tarief voor het product kindergeneeskunde licht (53A02) gaat omlaag tov de huidige tarieven, terwijl er juist sprake is van hogere kosten ivm de CAO-verhoging ziekenhuizen. Als toelichting geeft u aan het NZa tarief te hanteren hiervoor. Op dit moment wordt niet het NZa tarief gehanteerd. Wat is momenteel het uitgangspunt voor de tariefbepaling? Wat is de reden dat per 2024 het NZa tarief gevolgd gaat worden en daarmee het tarief dus omlaag gaat? Betreft dit dan een wijziging van uitgangspunt die doorgevoerd wordt tijdens het lopende contract?	De regio heeft besloten de tarieven van de NZA te volgen voor de producten Kindergeneeskunde. Deze zijn terug te vinden op: https://zorgproducten.nza.nl/Home.aspx. De regio verwacht hiermee beter aan te sluiten bij de inhoud en de opbouw van de tarieven zoals deze landelijk gebruikelijk zijn. TransitiePartners is niet de partij die de huidige tarieven heeft berekend en opgebouwd. Het is daarom niet door ons toe te lichten hoe het huidige tarief is opgebouwd. De huidige contractering betreft een open house procedure. De regio heeft op voorhand al voorzien dat wijzigingen gedaan kunnen worden, waaronder wijzigingen in de tarieven en dus ook de onderbouwing daarvan en de opbouw van de tarieven. Als wijzigingen van 'wezenlijke aard' zijn dan betekent het dat toetreding tot zorgvormen en producten wordt opengesteld voor nieuwe aanbieders. Indien huidige aanbieders niet akkoord zijn met de wijzigingen kunnen zij zich uitschrijven op de zorgvorm en/of het product.
115	De regio Centraal Gelderland zegt per januari binnen de lopende contractperiode reële tarieven in de markt te willen zetten waarbij een indexatie vanwege gestegen (loon)kosten niet toereikend zou zijn. Gevolg is dat de regio volledig opnieuw tarieven vast gaan stellen. Het lijkt er op dat dit een voorbereiding is op de nieuwe aanbesteding voor contracten m.i.v. 2025. Kan de regio dit bevestigen dan wel ontkrachten?	Zowel bij de 1ste als 2de Marktconsultatie is door de regio duidelijk benoemd dat er nog besluitvorming door de gemeenten over het advies van TransitiePartners dient plaats te vinden en dus dat ingang per januari nog niet bekend is. Het is nog niet bekend of en wanneer er een nieuwe aanbesteding plaatsvindt. Dit zal tijdig door de regio worden gecommuniceerd. Daarnaast betreft de huidige contractering een inkoop en geen aanbesteding.
116	Loonwijzingen CAO 2023 zijn deze meegenomen? Deze waren er lopende het jaar 2023, maar niet verdisconteerd in de tarieven (er was geen geen tussentijdse aanpassing). Daar lopen we al op achter. U meldt: de boodschap geven wij door aan de gemeente Mooi, maar wat wordt er vervolgens mee gedaan door de gemeenten? Zoals gezegd, we lopen steeds achter de feiten aan en het risico ligt zo bij de aanbieders en niet bij de gemeenten.	De Cao's geldend op 2024 zover bekend zijn meegenomen. Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. Het onderzoek heeft dus geen betrekking op 2023.
117	Wanneer is de definitieve besluitvorming over de tarieven?	De regio kan hier nog geen definitieve uitsluitsel over geven en is tevens afhankelijk hierin van 11 gemeenten.
118	Tot slot vernemen we graag op korte termijn het vervolgproces en de besluitvorming van de gemeenten naar aanleiding van de uitkomsten door Transitiepartners.	De regio kan hier nog geen definitieve uitsluitsel over geven en is tevens afhankelijk hierin van 11 gemeenten.
119	Uren opleiding zijn veel te laag met alles wat de regio van ons vraagt. Namelijk kleinschalig werken, intensievere inzet om verblijf te voorkomen, werken volgens de presente benadering enz. Daarnaast vragen de regio flexibilisering van het zorgaanbod, participatie in samenwerkende voordeuren en RET. Dit alles zonder vergoeding en dan toch aan de landelijke benchmark willen houden. Transformatie kost tijd en geld. Hoe ziet de regio dit?	U benoemt ook veel factoren die van invloed zijn voor de producten Verblijf. Dit tariefonderzoek betreft enkel de zorgvormen Begeleiding, Groepsbegeleiding, Behandeling en Huishoudelijke ondersteuning. Daarnaast hebben wij vanuit de regio vernomen dat er verschillende overlegtafels zijn waar deze onderwerpen besproken worden.
120	Voor de WMO leveren wij ook vervoer dagactiviteit (08803). Is er al bekend wat hiervan het tarief voor 2024 wordt?	Vervoer is niet regionaal ingekocht maar dit is lokaal per gemeente ingekocht. Wij moeten u helaas doorverwijzen naar de desbetreffende gemeente.