

Nummer	Vraag	Antwoord
1	Wanneer kunnen wij de concrete tarieven tegemoet zien?	Deze zullen gepresenteerd worden tijdens de tweede marktconsultatie. Dit betreffen dan nog wel concepttarieven, mede vanwege het feit dat er ook nog een 2de NvA volgt.
2	Administratie en overleg bij productiviteit behandeling staan op 0. Dit sluit werkoverleg niet clientgebonden tijd uit?	Indien u hier doelt op niet-cliëntgebonden administratie en overleg valt dit onder Innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg en overig niet-productief. Indien u doelt op cliëntgebonden administratie en overleg, dus indirect cliëntgebonden tijd, is dit voor Jeugd Behandeling declarabel
3	Wat is de onderbouwing van het verlagen van de risico-opslag?	De risico-opslag komt mede voort uit een benchmark met diverse andere regio's. Voor de publieke sector is landelijk 2% risico-opslag zeer gebruikelijk. Daarnaast zien de onderzoekers bij veel aanbieders dat ze lagere percentages kunnen bereiken voor andere parameters dan wordt gehanteerd in onze tariefopbouw. Daarom betreft het een minimum van 2% risico-opslag. Daarnaast wordt er ook een opslag meegenomen voor opleidingskosten van 2%.
4	De 21,2% overhead is te laag. Berenschot zelf geeft aan in een van hun onderzoeken dat deze boven de 30% ligt. Hoe is dit verschil te verklaren.	De gehanteerde percentages komen voort uit de Benchmarks van Berenschot (Care en Jeugdzorg). De 30% die u noemt wordt daarin niet herkend.
5	Het betreft volgens mij om risico EN winstmarge. 2 % is wel heel krap. Opleidingskosten 2% is ook te laag geleet op o.a. ook de verplichtingen SKJ maar ook de opleidingen voor bijvoorbeeld GZ Psycholoog etc	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3. Daarnaast zijn de opleidingskosten ook getoetst bij benchmarks met andere regio's en aanbieders en worden deze ook landelijk als reëel gezien.
6	Ik mis structureel de inzet van gedragskundigen	Indien de inzet van een gedragsdeskundige door de regio verwacht wordt en dus is opgenomen in de inkoopdocumenten en in de functie-eisen van de productbeschrijvingen, dan is deze verdisconteerd in de functiemix van desbetreffende producten. Indien deze inzet niet benoemd wordt door de regio betreft het de inzet van een gedragskundige die niet gelieerd is aan specifieke cliënten en valt deze onder "personeel ondersteunend aan primair proces" en dus overhead.
7	U had het over dagdelen. Welke producten worden in dagdelen bekostigd? En hoeveel uur zitten er in een dagdeel?	Er worden geen producten in dagdelen bekostigd. De eenheid per product blijft gelijk aan zoals deze momenteel ook worden gehanteerd. Echter wordt er in de tariefopbouw van de groepsproducten wel gerekend met dagdelen. Echter worden deze dan teruggerekend naar uurtarieven. Het uitgangspunt is dat 1 dagdeel bestaat uit 3 uren.
8	Zonder producteisen kunnen wij toch helemaal geen oordeel vormen op hetgeen voor ligt?	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. Deze kunt u ook terugvinden op de website van Inkoop SDCG.
9	Andere bureau's rekenen met 3% risicomarge, ook de financiers rekenen hiermee. verzoek nu al om dat over te nemen	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
10	Komen bij de sheets ook de uitgebreide tariefmodellering mee zoals XLS sheets?	Aan het eind van het tariefonderzoek krijgt de regio een rapportage met daarin alle gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden per product welke de regio met aanbieders kan delen.
11	Behandeling groep: is nu aanwezigheid is declarabel, verandert dit en moet er dan urenregistratie gedaan worden?	Nee, enkel direct cliëntgebonden tijd blijven declarabel.
12	Is het een optie om het herijkte tarief ZONDER indexatie te delen later in het proces zodat de herijking in relatie tot de huidige tarieven mogelijk is? Dat maakt de vergelijking zuiver mogelijk met de huidige tarieven?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden.
13	ORT zit verwerkt in de tarieven, wordt aangegeven. Er zijn echter door Jeugdbeschermers lastig aanbieders te vinden voor weekend ondersteuning. Wij van [Aanbieder] bieden wel ondersteuning in weekenden en hebben een wachtlijst hiervoor. Zou het niet helpend zijn voor jeugdbescherming om voor ondersteuning op ' ORT-tijden' juist wel een hoger tarief te bieden zodat het aantrekkelijker wordt om ook op deze tijden te werken?	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. Hierin staat ook opgenomen of de ondersteuning in het weekend geleverd dient te worden of niet. Dit is dus ook de basis voor de ORT die verwerkt is in de tariefopbouw.
14	Waarom zitten reiskosten en no show hier niet bij in?	No-show wordt alleen meegenomen bij groepsproducten, zowel Jeugd als Wmo. Reiskosten vallen onder overhead conform de definitie van Berenschot.
15	En als een salarisverhoging per 1-7-24 al vaststaat, wordt dit dan meegenomen?	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.
16	Wordt in de berekening rekening gehouden met een hoog ziekteverzuim?	De bron is: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=79EA2 en dan de jaren 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.
17	Uitgangspunt dat 50% niet in de bovenste trede zit binnen de FWG schaal klopt niet met de werkpaktijk. Vrijwel alles zit in de hoogste trede	Het is niet zo dat gerekend is met 50% van de trede benutting. 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.
18	Is de overhead berekend over kosten primair proces of over de kostprijs?	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 marktconsultatie, zodat het uiteindelijke meegenomen percentage gelijk is aan het percentage per Cao uit de Berenschot Benchmark.
19	Overhead van systeemaanbieders in de Jeugdzorg ligt hoger dan de Benchmark Berenschot. Hoe houden jullie hier rekening mee?	De gehanteerde norm voor overhead (personele overhead) komt voort uit een landelijke benchmark. Aan deze benchmark nemen zowel grote (systeem) als kleine aanbieders deel. De gehanteerde percentages zijn daarmee een reëel marktconform uitgangspunt. Daarnaast is TransitiePartners ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. 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.
20	Cao VVT Overhead: op basis van de laatste landelijke Benchmark care 2022 van Berenschot komt dit percentage hoger uit, namelijk 19,5% (vóór de bruto-netto berekening)	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
21	Hoe komen jullie tot de opbouw van deze basis en specialistisch? Deze cijfers lijken erg gedateerd als ik zo om me heen rondvraag (wij hebben schaal 50 GGZ 100%)	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
22	Begeleiding basis en specialistisch	Dit is besproken met de regio en hierbij is ook gekeken naar huidige vacatures. Voor de producten waarin in de functiemix FWG 35 was meegerekend, wordt deze FWG 35 omgezet naar FWG 40.
23	De meeste Mbo-ers zitten al jaren in 45 en niet meer in 35 (bij sommigen in 40).	Dit is besproken met de regio en hierbij is ook gekeken naar huidige vacatures. Voor de producten waarin in de functiemix gerekend was met de klinisch psycholoog in FWG 70, wordt deze FWG 70 omgezet naar FWG 75.
24	Ik mis de Klinisch Psycholoog in schaal 75, die moet ook in C.	De regio heeft als uitgangspunt, mede vanuit gesprekken met zorgaanbieders, dat binnen Consultatie D naast de psychiater ook vaker een verpleegkundig specialist wordt ingezet. Dit staat ook zo beschreven in de productomschrijving.
25	Mix 50% Consultatie D klopt niet. Meestal gaat dit om AMS.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3. Daarnaast zouden wij graag van u een onderbouwing ontvangen waarom 3% volgens u een reëel uitgangspunt is.
25	Een risicomarge/winstmarge van 2% is niet in lijn met andere regio's waar wij gecontracteerd zijn. Dit is overal 3%.	

26	Al onze medewerkers worden ingeschaald in schaal 9 tenzij zij in opleiding zijn. Verdeling is bij ons dus in principe 100% schaal 9. Die medewerkers die starten in schaal 8 zitten hier hooguit 9 maanden omdat zij daarna een evc hebben behaald en een skj registratie waarna zij doorstromen naar schaal 9. Verdeling 90% schaal 9 en 10% schaal 8 zou realistisch zijn. Het gaat om het product ambulante begeleiding specialistisch.	SKJ geregistreerde medewerkers worden binnen de Jeugdzorg ook ingeschaald in schaal 8.
27	No show is in specifieke producten fors hoger dan 2%. Waar wordt dit verrekend?	Het no-show percentage is niet 2%, maar 5%. In de presentatie die aan alle aanbieders is toegestuurd is dit ook toegevoegd bij de producten waar dit van toepassing is. Dit zoals toegezegd gedurende de marktconsultatie.
28	In productiviteit Jeugd begeleiding en productiviteit Wmo wordt uitgegaan van 60 uur reistijd per jaar. Kunt u toelichten waarop dit aantal is gebaseerd?	Dit is met de regio besproken. Het uitgangspunt van 60 uur reistijd per jaar wordt aangepast voor de individuele producten (behalve HO), waar indirecte cliëntgebonden tijd niet declarabel is naar 90 uur reistijd per jaar. Dit komt voort uit de aangeleverde input vanuit verschillende aanbieders in de eerste NvA en vanuit een benchmark met verschillende omliggende regio's. 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. Verder wordt voor de groepsproducten de reistijd per jaar aangepast naar 0 uren omdat groepsproducten altijd op locatie worden geleverd waar de jeugdigen en cliënten naartoe komen.
29	Op basis van 60 uur per jaar komen wij gezien het aantal ambulante begeleidingsmomenten op ca. 5 minuten reistijd per begeleidingsmoment. Als referentie vanuit onze organisatie: wij komen gemiddeld uit op 15 a 20 minuten per ambulant begeleidingsmoment. Dit is m.i. de minimale reistijd waar u gemiddeld mee moet rekenen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
30	Wij zien graag de onderbouwing van de opbouw van de overheadkosten. Met name het aandeel hierin van de gedragskundigen is daarbij voor ons relevant. Gaan de eisen aan de rol van gedragskundigen in de diverse productomschrijvingen gelijk op met het berekende % in de overhead?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 6.
31	Hoe heeft u de no-show van 0% en 5% bepaald? (voor alle producten)	De regio heeft als uitgangspunt dat bij groepsproducten 5% no-show betreft. Daarnaast motiveert de regio aanbieders 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 1 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 1 jeugdige of cliënt minder is. 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. Daarnaast heeft de regio als uitgangspunt dat voor individuele producten no-show is verdisconteerd in de risico-opslag. Tenslotte ziet de regio dat de meerderheid van alle casussen geen no-show betreffen. Daarom acht de regio voor groepsproducten 5% een reëel uitgangspunt.
32	Er wordt geen no-show berekend bij individuele zorg producten. Dit is niet conform onze realiteit. Het zou reëel zijn als u hierbij met minimaal 3% no-show rekent. Helaas is het no-show % van 5% bij de diverse groepszorg producten ook niet conform onze realiteit. Ondanks onze actieve houding in preventiemaatregelen van no-show komen wij gemiddeld op een no-show percentage van 8%.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
33	Wat maakt dat de loonschalen vanuit CAO SW enkel meegenomen worden in product groepsbegeleider en niet in de JW en WMO ondersteuning?	Er wordt gekozen om per product de meest gehanteerde (zowel regionaal als landelijk) Cao per product mee te nemen in de tariefopbouw en daarbij wordt ook gekeken of hiermee voldaan wordt aan de verschillende doelgroepen waarvoor het product bedoeld is zoals beschreven in de productbeschrijvingen. Dit is het geval voor de door u genoemde producten. Daarbij sluit dit niet uit dat aanbieders die een niet meegenomen Cao in de tariefopbouw hanteren deze producten niet mogen leveren. Dat mag uiteraard wel.
34	Per 1 juli 2023 is er al een structurele verhoging geweest t.a.v. de salarissen van CAO SW. Specifiek 7% per 1 juli en per 1 januari 2024 zal deze nogmaals stijgen met 4% en per 1 juli wederom een verhoging van 4%. Komt hier nog compensatie voor en/of wordt dit tevens meegenomen in het besluit?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15. Daarnaast betreft dit een tariefonderzoek naar tarieven 2024. Hierin zijn dus de Cao's met daarin de salarisverhogingen in eerdere jaren uiteraard meegenomen.
35	Is er bij overhead geen verschil aangebracht tussen kleine en grote zorgaanbieders. Bent u van mening dat hier geen verschil in zit?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 19.
36	Blijft deze productbeschrijving ook bij een nieuwe aanbesteding dan in de lucht? Verandert daar niks aan?	Het betreft geen nieuwe aanbesteding, maar enkel een herijking van de tarieven.
37	Hoe wordt er omgegaan met CAO indexaties van GGZ en Jeugdzorg die halverwege 2022 zijn doorgevoerd en waarbij ook 2021 met terugwerkende kracht is geïndexeerd? Kunnen jullie dit ook meenemen in de berekening voor nieuwe tarieven/ percentages? We willen niet achter de feiten aan blijven lopen. Bedankt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
38	U heeft (bijna) alle gegevens compleet. Waarom hangt u hier geen tarieven aan? Deze zullen toch bekend zijn bij u.	Tarieven komen tot stand op basis van inhoud en de daarbijhorende productbeschrijvingen, eisen en inkoopdocumenten waarin de inhoud van de zorg vertaald wordt. Daarom worden eerst de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden getoetst op inhoud. Alle aanbieders krijgen de kans om hierop te reageren naar aanleiding van deze marktconsultatie. Hierna worden eventuele aanpassingen doorgevoerd en wordt dit teruggekoppeld in de 2de marktconsultatie. Daarin zullen ook de concepttarieven o.b.v. de gepresenteerde uitgangspunten en parameterwaarden worden gepresenteerd.
39	Wordt in het nieuwe tarief rekening gehouden met de nog te komen loonsverhogingen volgens de CAO?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
40	Waarom wordt no-show alleen bij groep meegenomen en niet bij begeleiding individueel?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
41	De no-show wordt ingeschat op 5%. Dit is bij Groepsbegeleiding stabiel veel hoger (eerder 10%) dan bij Groepsbegeleiding ontwikkeling. Cliënten met ontwikkeling komen vaak met de taxi. Stabiel komt vaak met eigen vervoer en zeggen veel gemakkelijker af. Cliënten met stabiel hebben iha een andere begeleidingsvraag dan cliënten met ontwikkeling.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31. De regio ziet geen reden om tussen producten een ander uitgangspunt te hanteren
42	Bij Begeleiding individueel is er geen rekening gehouden met no-show. Wij hebben denk ik een redelijke unieke positie hierin. Cliënt krijgt op locatie bij ons individueel. Soms om op termijn door te stromen naar Groepsbegeleiding, soms omdat ze zo kwetsbaar zijn, blijft het bij individueel. Dit is dan 3-6 uur. Komt cliënt niet dan hebben wij geen vervangende cliënten om individueel aan te geven. Maar medewerker die individuele begeleiding (bij ons op locatie) geeft moet wel doorbetaald worden. Er worden dus kosten gemaakt en er staan geen inkomsten tegenover. We schatten de no show bij dit product in op 5-10%. En is er bij dit product rekening gehouden met indirecte werktijd?	Indirect cliëntgebonden tijd is voor Begeleiding individueel niet declarabel en zit dus verwerkt in de productiviteit en dus tariefopbouw.
43	Groepsbegeleiding ontwikkeling Jeugd vindt bij ons voor 95% plaats op de zaterdag. De zaterdagmiddag moet volgens de GHZ CAO ORT (38%) uitbetaald worden -> dus dat is minimaal 50% van de werktijd.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 13.
44	In de presentatie staat bij Groepsbegeleiding een gemiddelde groeps grootte. Volgens de aanbesteding is er geen voorgeschreven groeps grootte	Het gaat om een gemiddelde groeps grootte, op basis van landelijke gemiddelden en uitgangspunten van de regio o.b.v. input van consultants, welke gebruikt wordt om tot een tarief te komen. Andere groeps groottes worden, conform productomschrijvingen en producteisen, dan ook niet uitgesloten door de regio.
45	Wij hebben een locatie in het groen. Dit is een relatief dure locatie. Kan er bij de overheadkosten hiermee rekening worden gehouden?	De keuze waar een aanbieder zich met zijn/haar locatie vestigt, ligt bij de aanbieder zelf. De regio hanteert een gemiddelde wat voor alle aanbieders geldt conform een landelijke en regionale benchmark.
46	Naast cliëntgebonden uren, zijn er ook (relatief steeds meer) niet cliëntgebonden werkzaamheden (die de financier verwacht van de aanbieder). Rapporteren, evalueren, plannen schrijven, overleg over cliënt enz. Waar worden deze werkzaamheden in meegenomen?	Niet-cliantgebonden tijd is meegenomen in de productiviteit en dus verwerkt in de tariefopbouw.

47	Worden Pensioenregelingen in het kader van Faciliteit Afbouw carrière meegenomen in berekening productiviteit?	Ja, waar dit in de Cao's is opgenomen wordt dit meegenomen in de productiviteit onder de categorie Verlof, extra verlof, feestdagen en LFB, bijzonder verlof, etc.
48	Wat mij eigenlijk vooral opgevallen is, is het lage inschatten van niet clientgebonden uren. Ik denk dan vooral aan reistijd (al genoemd), maar ook scholingsuren. Alleen SKJ geregistreerd blijven, wat iedere jeugdwerker verplicht is, vraagt al 60 uur scholing per jaar. Dus een schatting van 28 uur lijkt me niet reëel? Het lijkt me vooral voor grotere organisaties belangrijk dat kosten wel reëel ingeschat worden. Overall ergens iets tekortkomen betekent uiteindelijk een enorm tekort onder aan de streep. Ik denk vooral aan reistijd/overleg met gedragswetenschapper of collegiaal overleg/scholing wat niet reëel ingeschat is.	Reistijd en overleg met collega's over cliënten vallen onder indirect cliëntgebonden tijd en niet onder niet-cliantgebonden tijd. Kosten voor scholing zijn daarnaast ook nog meegenomen in een 2% extra opslag. Voor de schalen en FWG's waarvoor een SKJ registratie geldt is gerekend met meer opleidingsuren dan de 28 die door u worden genoemd. Hierin is ook meegenomen dat hoger opgeleide medewerkers vaker meer tijd aan opleiding kwijt zijn dan lager opgeleide medewerkers.
49	Bij de berekening van de loonkosten wordt rekening gehouden met de CAO-bedragen per 1-1-2024. Is daarbij de salarisverhoging van 4% per 1-1-2024 in de CAO Sociaal Werk meegenomen?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
50	En wordt ook rekening gehouden met de salarisverhoging van eveneens 4% per 1 juli 2024?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
51	Bij de berekening van de tarieven Wmo Begeleiding en met name de procentuele verdeling over de van toepassing zijnde CAO's wordt geen rekening gehouden met onze CAO Sociaal Werk. Wij leveren dat product jaarlijks en de salarissen in onze CAO liggen beduidend hoger dan de nu meegerekende salarisbedragen. Dit betekent dat onze kosten hierdoor hoger zijn dan door u berekend. Wat gaat u hieraan doen?	Er wordt gekozen om per product de meest gehanteerde (zowel regionaal als landelijk) Cao per product mee te nemen in de tariefopbouw en daarbij wordt ook gekeken of hiermee voldaan wordt aan de verschillende doelgroepen waarvoor het product bedoeld is zoals beschreven in de productbeschrijvingen. Dit is het geval voor de door u genoemde producten. Daarbij sluit dit niet uit dat aanbieders die een niet meegenomen Cao in de tariefopbouw hanteren deze producten niet mogen leveren. Dat mag uiteraard wel.
52	Algemeen FWG/Schaal opbouw: er wordt gesteld dat voor reguliere functies uitgegaan wordt dat 50% in de max trede zitten en 50% gemiddeld verdeeld is over alle treden. Dit is niet wat de praktijk binnen de HbH (Hulp bij Huishouding), maar ook in de individuele begeleiding, laat zien. In werkelijkheid bevindt meer dan 60% van al het personeel zich in de hoogste trede(n). Wij zouden dan ook graag zien dat hier mee gerekend wordt.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
53	Er staan nu standaard sociale premies ingerekend, gebaseerd op 2023. Kunnen wij ervan uitgaan dat deze aangepast worden zodra de definitieve premies en franchises bekend zijn voor 2024?	TransitiePartners heeft nog nader onderzoek gedaan naar de werkgeverslasten vanuit de wet- en regelgeving. De percentages voor 2024 zijn inderdaad rondom Prinsjesdag en vlak daarna bekend gemaakt. Deze zullen dus ook meegenomen worden in de tariefopbouw per product
54	Productiviteit. Wij kunnen niet terugvinden dat er in de productiviteitsberekening HO rekening gehouden wordt met "no-show". Is deze constatering juist, in alle overige zorgvormen wordt dit wel ingerekend, en zo ja waarom is dat dan niet het geval. No-show komt in steeds grotere getale voor en kost onze organisatie dus indirect veel geld.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
55	Er wordt gerekend met een ziekteverzuim in HO van 7,78% voor zorgvorm HO wat gebaseerd is op een 5 jaar CBS gemiddelde. Hier stellen wij onze vraagtekens bij, gelet op de hoogte van het huidige verzuim en dat in de afgelopen 3 (Corona)jaren. Wij achten het reëler, ook gelet op de ontwikkelingen rondom ziekteverzuim en de effecten van Corona als soort van "normaal" om niet te kijken naar de jaren 2018 en 2019 waarin het verzuim aanzienlijk lager lag en wat nooit meer behaald zal worden gelet op het nieuwe normaal. [Aanbieder] stelt zich op het standpunt dat het verzuim bepaald zou moeten worden obv de jaren 2023 (eerste 3 kwartalen zijn bekend), 2022, 2021 en 2020. Wij zouden dan ook graag zien dat er een uitvraag gedaan naar reële inzetmix bij aanbieders.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
56	We constateren dat er niet integraal in alle schalen gerekend is met 2% scholing in de berekening (voorbeeld hiervan is VVT FWG 35/40 waarbij er 28,17 uur gerekend is, terwijl de cao VVT voorschrijft dat er 2% scholing door de werkgever berekend worden.	De Cao VVT schrijft voor dat het scholings-/ontwikkelingsbudget minimaal 2% van de totale loonsom is. Dit is iets anders dan opleidingsuren. Hiervoor wordt o.a. ook de opslag van 2% voor opleidingskosten meegenomen in de tariefopbouw.
57	Er komt een risicomarge van 2%, maar die is nodig om slechte tijden op te vangen. Waar zit de opslag voor innovatie, juist in deze tijd van krapte wordt er van aanbieders verwacht dat ze innoveren. Dat gaat niet van die 2% risicomarge....	De innovaties die aanbieders kunnen doorvoeren om relevant en marktconform te blijven, zoals het verbeteren van de dienstverlening, vallen onder de reguliere bedrijfsvoering van een zorgaanbieder. De regio vraagt op dit moment geen specifieke investeringen op specifieke innovaties. Daarnaast worden vanuit de regio gewenste innovaties gefinancierd in de vorm van pilots.
58	De gehanteerde inzetmix is niet conform realiteit binnen de HO. Het is een volstrekte utopie te denken dat 30% van het personeel in trede 0 en 1 zit. In de tijd van krapte en keuze voor medewerkers komen werknemers minimaal binnen op trede 2.	De gehanteerde inzetmix komt voort uit een uitvraag die de regio zelf heeft gedaan voor 2023 onder alle aanbieders van HO. Hierbij is ook rekening gehouden met een gewogen gemiddelde.
59	Er wordt geen ORT gerekend bij HO, maar wat nu als we zorg willen gaan leveren op de zaterdagmiddag in het kader van keuzevrijheid voor cliënten maar ook medewerkers.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 13.
60	Julie geven aan dat de bijdrage werkgever mbt pensioenopbouw afhankelijk is van de inschaling. Graag ontvangen wij concreet een percentage per schaal van jullie en hoe jullie dit berekening per inschaling. Het moet toch mogelijk zijn percentages te noemen.	Voor de berekening van de pensioenbijdrage van de werkgever is dit afhankelijk van het salaris van de medewerker. Hierbij wordt wel rekening gehouden met de OP premie (12,9% voor werkgever), AOW franchise (€ 14.714), AP premie (0,5%) en AP franchise (€ 25.069). De pensioenbijdrage wordt dan berekend als volgt: (((bruto voltijd jaarsalaris - AOW franchise) x OP premiepercentage ouderdomspensioen) + ((bruto voltijd jaarsalaris - AP franchise) x AP premiepercentage arbeidsongeschiktheidspensioen)) / bruto voltijd jaarsalaris. Omdat het jaarsalaris dus verschilt per Cao en per FWG/schaal zijn er vele uitkomsten zoals u zich kunt voorstellen. Echter op basis van deze berekening zou het percentage kunnen worden nagerekend per CAO en per FWG/schaal.
61	Wat rekenen jullie onder overhead? Jullie rekenen met een percentage van 21,2% overhead en 11,56% aan materiële kosten. Samen is dit 32,57%. Jullie nemen de 21,2% over van het meest recente onderzoek door Berenschot uitgevoerd. De overige percentages mbt materiële (cliëntgebonden) kosten en indirect cliëntgebonden personele kosten worden niet één op één overgenomen uit het onderzoek van Berenschot. Het zou kunnen dat jullie deze twee bij elkaar optellen echter dan nog is het percentage niet te verklaren.	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. 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. U geeft aan dat deze volgens u niet uit het onderzoek van Berenschot komen. Dit is ons niet bekend. Kunt u de informatie delen waaruit dit blijkt en wat volgens u de correcte percentages zijn?
62	Hoe komen jullie tot de 11,56% materiëlekosten?	Dit komt voort uit de Benchmark van Berenschot.
63	Zit daar de indirect cliëntgebonden kosten bij in?	Kunt u uw definitie geven van indirect cliëntgebonden kosten? Indien u bijvoorbeeld doelt op reiskosten van personeel valt dit onder de overhead. Echter indien u doelt op de kosten voor bijvoorbeeld computers, dan valt dit wel onder materiële kosten en kapitaallasten.
64	Indien jullie de materiële kosten en indirect cliëntgebonden kosten optellen vragen wij ons af hoe jullie aan dit percentage komen. Uit onderzoeken van Berenschot blijkt dat deze 3 kostenposten, de twee hierboven genoemd inclusief overhead, opgeteld neerkomt op ongeveer 37%. Hoe verklaren jullie het verschil van ongeveer 4%? (21,2% + 11,56% - 37% = - 4,24%)	De door u genoemde 37% is ons niet bekend. Kunt u aangeven waar u deze vandaan haalt als bron? Daarnaast wensen wij terug te refereren naar de marktconsultatie. Daarin ziet u enerzijds dat er een verschil is in het gehanteerde overheadpercentage per Cao. Daarnaast is er een verschil tussen de materiële kosten en kapitaallasten voor individuele en groepsproducten. Dit komt doordat voor groepsproducten o.a. een grotere locatie benodigd is en daarnaast er meer kosten zijn dan voor individuele zorg met betrekking tot de parameter materiële kosten en kapitaallasten.

65	Wij waarderen het dat onderzoeken van Berenschot in dit proces worden meegenomen. Berenschot geeft zelf aan dat de cijfers en percentages in samenhang gezien moeten worden. Letterlijk staat in hun rapporten dat bijvoorbeeld overhead en productiviteit communicerende vaten zijn. Hoger overhead moet leiden tot hogere productiviteit en een lagere overhead zal leiden tot lagere productiviteit. Wij zien dat jullie bepaalde cijfers letterlijk overnemen uit het rapport van Berenschot echter andere cijfers niet. Berenschot zelf geeft aan dat dit niet zomaar kan tenzij gefundeerd wordt afgeweken. Regionale omstandigheden kunnen invloed hebben op de getallen. Het is onduidelijk waarom de andere cijfers niet worden overgenomen, waarom wordt afgeweken en wat de bronnen zijn van de andere cijfers. Het percentage productiviteit HBO+ waarmee jullie rekenen wijkt erg af van de werkelijkheid. Dit kan te maken hebben dat [Aanbieder] HBO+ en WO opgeleide professionals, werkzaam in een Multi Disciplinair Team, inzetten voor specialistische behandeling. Dit is een wezenlijk andere positie met zwaardere verantwoordelijkheden en de daarmee gepaard gaande risico's. De productiviteit zal hierdoor sterk van elkaar verschillen. De productiviteit van HBO+ opgeleide professionals in de GGZ ligt volgens Berenschot gemiddeld op 65%. In uren uitgedrukt komt dit neer op 1220 uur. Het verschil is 75 uur wat gelijk is aan ruim 6%	Daar waar het mogelijk is hebben wij voor verschillende parameters gekeken naar regionale kenmerken en uitgangspunten. De marktconsultaties en NvA's zijn ook bedoeld om alle geïmplementeerde uitgangspunten en parameterwaarden te toetsen bij de aanbieders enerzijds en anderzijds transparant te zijn in de opbouw en toe te lichten waarom gekozen is voor deze uitgangspunten en parameterwaarden. M.b.t. de productiviteit is hier zoals toegelicht per Cao en tussen verschillende schalen en FWG's een onderscheid gemaakt. Dit komt o.a. door het feit dat de verschillende Cao's verschillende aantal verlofuren hanteren. Daarnaast herkennen wij ook dat hoger opgeleide medewerkers vaker meer uren besteden aan opleiding en indirect cliëntgebonden uren (bijv. overleg) dan lager opgeleide medewerkers. Voor de GGZ geldt specifiek dat enerzijds de extra verlofuren lager zijn t.o.v. andere Cao's en het ziekteverzuim lager ligt t.o.v. andere Cao's. Dit maakt dat de productiviteit wat hoger uitkomt t.o.v. andere Cao's. U geeft aan dat de gehanteerde productiviteit niet overeenkomt met de productiviteit van Berenschot. Echter is bij ons niet bekend dat Berenschot een uitgebreide opbouw heeft van het productiviteitspercentage zoals wij deze hanteren. Kunt u aangeven op welke onderdelen binnen de productiviteit volgens u een niet reëel aantal uren wordt meegenomen?
66	Waarom wordt afgeweken van de percentages / cijfers waarmee Berenschot rekent?	Daar waar het mogelijk is hebben wij voor verschillende parameters gekeken naar regionale kenmerken en uitgangspunten. En daarnaast wensen wij de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden zoveel als mogelijk te kunnen onderbouwen indien dat mogelijk is.
67	Welke omstandigheden rechtvaardigen om af te wijken van het Berenschot onderzoek?	De AMvB reële prijs schrijft ook voor dat daar waar het mogelijk is om regionale kenmerken mee te nemen dit gehanteerd dient te worden. Daarnaast worden de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden ook vastgesteld o.b.v. de inkoopdocumente, productbeschrijvingen en aanvullende eisen vanuit de regio. Dit rechtvaardigt waarom op verschillende parameters en onderdelen er afgeweken kan worden van Berenschot. Wij verwijzen u tevens ook naar vraag 86 waarin dit door een andere aanbieder wordt bevestigd.
68	De 1220 uur uit het Berenschot onderzoek komt dicht bij de werkelijkheid. Hoe komen jullie aan 1295 uur productief per fte voor HBO+ professional?	Voor de opbouw van de 1295 uren verwijzen wij u naar de presentatie van de marktconsultatie. Hierbij is toegelicht met welke verschillende onderdelen binnen de productiviteitsopbouw is gerekend en o.b.v. welke bronnen de gehanteerde normen tot stand zijn gekomen.
69	Voor de overige professionals liggen het aantal uren waarmee jullie rekenen dicht bij de werkelijkheid echter ook voor AMS en voor FWG 60 – 75 is de productiviteit te optimistisch berekend. Dit is zeker zoals uitgegaan wordt van een gemiddeld lagere overhead waardoor er meer druk komt te liggen bij professional waardoor zij minder productief kunnen zijn. Ook Berenschot geeft aan dat bij een hogere productiviteit een hoger bedrag overhead hoort. Jullie gaan uit van lagere totale OH kosten maar wel significant hogere productiviteit. Welke berekeningen liggen hieraan ten grondslag?	Voor de opbouw van de productiviteit verwijzen wij u naar de presentatie van de marktconsultatie. Hierbij is toegelicht met welke verschillende onderdelen binnen de productiviteitsopbouw is gerekend en o.b.v. welke bronnen de gehanteerde normen tot stand zijn gekomen. M.b.t. de productiviteit is hier zoals toegelicht per Cao en tussen verschillende schalen en FWG's een onderscheid gemaakt. Dit komt o.a. door het feit dat de verschillende Cao's verschillende aantal verlofuren hanteren. Daarnaast herkennen wij ook dat hoger opgeleide medewerkers vaker meer uren besteden aan opleiding en indirect cliëntgebonden uren (bijv. overleg) dan lager opgeleide medewerkers.
70	Als jullie het percentage overhead letterlijk overnemen uit het onderzoek van Berenschot waarom dan ook niet de andere percentages / getallen?	De AMvB reële prijs schrijft ook voor dat daar waar het mogelijk is om regionale kenmerken mee te nemen dit gehanteerd dient te worden. Daarnaast worden de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden ook vastgesteld o.b.v. de inkoopdocumente, productbeschrijvingen en aanvullende eisen vanuit de regio. Dit rechtvaardigt waarom op verschillende parameters en onderdelen er afgeweken kan worden van Berenschot. De marktconsultaties en NvA's zijn ook bedoeld om alle geïmplementeerde uitgangspunten en parameterwaarden te toetsen bij de 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.
71	Berenschot geeft inderdaad aan dat de overhead binnen de GGZ wat is gedaald. Ze geven ook aan dat dit met name veroorzaakt wordt door de kleine partijen. De 21,2% waarmee jullie rekenen voor iedereen is daarom discutabel. Tevens is het de vraag of ook hier niet sprake is van verschuiving van kosten. Berenschot stelt namelijk dat de productiviteit binnen de GGZ 1220 uren zijn per FTE. Tevens stellen zij dat het communicerende vaten zijn. Dit betekent dat daar waar overhead daalt ook de productiviteit daalt. In jullie berekeningen zien wij de overhead dalen en de productiviteit stijgen. Dit is niet logisch en zeker bij ons niet de praktijk. Daar waar de overhead daalt zal dit waarschijnlijk ook invloed hebben op de andere componenten waarmee Berenschot rekent namelijk de materiele kosten en kosten indirect cliëntgebonden.	De marktconsultaties en NvA's zijn ook bedoeld om alle geïmplementeerde uitgangspunten en parameterwaarden te toetsen bij de 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.
72	Hoe verklaren jullie een daling in overhead en stijging in productiviteit en op basis waarvan stellen jullie dat de productiviteit in RCG 6% hoger ligt voor de HBO+ professional dan dat landelijk het geval is.	Dat de productiviteit volgens u 6% hoger ligt in de door ons geïmplementeerde uitgangspunten is niet correct. U benoemt een percentage van 65% waar 68,9% wordt meegenomen voor FWG 55. In de marktconsultatie is toegelicht welke bronnen en uitgangspunten zijn gehanteerd voor de verschillende onderdelen en parameters in de tariefopbouw. Een stijging in de productiviteit wordt door ons niet herkend, aangezien wij ook niet de partij zijn die de huidige tarieven hebben berekend voor de regio. Als TransitiePartners doen wij tariefonderzoeken voor zowel gemeenten als aanbieders door het hele land. Daarin zien wij juist de laatste jaren dat de productiviteit daalt. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door een toenemende aantal verlofuren en hoger ziekteverzuim, maar ook dat er iets meer tijd wordt besteedt, met name door hoger opgeleid personeel, aan indirect cliëntgebonden tijd en opleiding.
73	Een onderzoek in foodvalley heeft uitgewezen dat de productiviteit gemiddeld 1200 uur per fte is. Foodvalley en RCG liggen toch wel dicht bij elkaar waardoor dit grote verschil onmogelijk is. Berenschot 1220 uur, Foodvalley 1200 uur, RCG 1295 uur?? Graag ontvangen wij een onderbouwing.	TransitiePartners is niet het bureau wat voor de regio Foodvalley het tariefonderzoek uitvoert. Wij zijn daarom niet bekend met de opbouw van de productiviteit in deze regio. Voor de regio Centraal Gelderland zijn de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden wel gebenchmarkt met verschillende andere regio's en gemeenten. Daarin worden de gehanteerde waarden als reëel gezien. Daarbij komt dat de verschillende regio's en gemeenten vaak ook werken met een andere definitie van welke tijd declarabel is. Tenslotte zien wij ook dat niet alle regio's en gemeenten een verschillende productiviteit hanteren tussen de verschillende Cao's, schalen en FWG's. Dit is volgens ons gezien de verschillende tijdsbestedingen en regels in de Cao's echter wel reëler. Zou u de opbouw van de productiviteit van de regio Foodvalley vertrouwelijk met ons kunnen delen? Dan zouden wij deze nog kunnen benchmarken.
74	Jullie gaan uit van de salarisschalen per 1-1-2024 die nu bekend zijn echter hierin is de verhoging per 1-12-24 (4%) en de eenmalige uitkering van 1% over geheel 2024 welk wordt uitgekeerd in augustus zijn niet meegenomen. Graag zien wij dat hier wel rekening mee wordt gehouden	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
75	Begrijpen wij het goed dat er geen tarief wordt bepaald voor Behandeling Groep C?	Behandeling Groep C is geen product vanuit de regio Centraal Gelderland in de huidige contractering. Hiervoor wordt inderdaad dus geen tarief berekend.
76	Klopt het dat er geen indirecte tijd verrekend zit in de tarieven voor Behandeling Groep? Wat is hiervan de reden? Inhoudelijk wordt verslaglegging wel vereist.	Indirecte tijd is wel verrekend voor de producten Behandeling Groep, omdat enkel de direct cliëntgebonden tijd declarabel is.
77	Gaat er, vanuit de regio midden Gelderland, gekozen worden voor J&O-tarieven of voor mix-tarieven bij de nieuwe aanbesteding en wat is hiervan de reden?	Het betreft geen nieuwe aanbesteding, maar enkel een herijking van de tarieven.
78	Hoe gaat de gemeente om met de inzet van klinisch psycholoog en/of kinderpsychiater bij behandelsettings die alleen kunnen declareren onder product C, terwijl gezien de zorgwaarde wel inzet van een Klinisch psycholoog of kinderpsychiater noodzakelijk is. Gezien de huidige tarieven en de kosten van een KP-er/KJP-er gaat het in de toekomst onmogelijk zijn om deze in te zetten (er wordt nu al fors op ingeteerd) en zullen deze kinderen weer meer verwezen gaan worden naar de GGZ-instellingen die wel product D aanbieden, met weer grotere wachttijden tot gevolg	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
79	Het ziekteverzuimpercentage is bij ons, net als andere partijen tijdens de consultatie, de laatste jaren helaas hoger dan die 6%. Ons gemiddelde is sinds 2021 flink opgelopen naar 8% en 10% in 2022. (ook in 2023 zullen wij vermoedelijk rond de 8% eindigen)	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.

80	De reistijd van 60 uur per medewerker op jaarbasis is absoluut niet realistisch gezien het ambulante karakter van onze begeleiding. Het begeleiden áchter de voordeur is naar onze mening zeer waardevol. Aanvulling: Als we laag inzetten hebben we het al snel over zo'n 60 minuten per werkdag. Gemiddeld 4 klanten per dag en gezien de spreiding binnen de regio, waarbij we onze coaches binnen de regio al zo gecentreerd mogelijk inzetten en afspraken zoveel mogelijk "op de route" plannen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
81	Worden alle loonstijgingen van de CAO VVT meegenomen in de tariefberekening? (1-10-2023, 1-3-2024 en 1-10-2024)	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
82	Wordt de stijging van het minimumloon per 1-7-2024 (HBH -schaal) meegenomen in de tariefberekening?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
83	Waarom kiest de gemeente niet voor een uitvraag van de kostprijs van aanbieders, op die manier komt de gemeente veel dichter bij de werkelijkheid, nu wordt er gekozen voor landelijke onderzoeken. Wij herkennen ons NIET in de % aandelen van de loonschalen van de HBH-schaal. Bij ons is het aandeel trede 0, 2% aanwezig in onze organisatie. Wij vragen de gemeente met klem om te kiezen voor reële lokale tarieven die ontstaan zijn uit een transparant onderzoek. Op dit moment kunnen wij niet herleiden op welke wijze het tarief tot stand zal komen. functiemix aanbieder is als volgt: Trede 0: 2% Trede 1: 7% Trede 2: 9% Trede 3: 9% Trede 4: 6% Trede 5: 67%	De gehanteerde inzetmix komt voort uit een uitvraag die de regio zelf heeft gedaan voor 2023 onder alle aanbieders van HO. Hierbij is ook rekening gehouden met een gewogen gemiddelde. 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 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 geïnteresseerde 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. 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.
84	Voor ziekteverzuim is gekeken naar de gemiddelde verzuimcijfers bekend bij het CBS. Dit komt, voor de Huishoudelijke Ondersteuning cao VVT, uit op 7,8% volgens de presentatie. Hierbij is voor ons niet duidelijk welke data precies is meegenomen en hoe dit percentage tot stand komt. Graag ontvangen wij de bronnen van Transitiepartners waar dit op is gebaseerd. Daarbij geldt ook dat het meenemen van 5 jaar van de gemiddelde verzuimcijfers maakt dat de kostprijs niet aansluit bij de huidige situatie. Dit is volgens de AmvB wel de opdracht die bij de gemeenten ligt. Door het uitrekken van de meegenomen periode blijft de kostprijs gebaseerd op data uit het verleden, en dit is niet de bedoeling. Wij adviseren dan ook om een uitvraag te doen bij de organisaties en hiervan een gewogen gemiddelde van het verzuim mee te nemen in de kostprijs. Of op zijn minst een periode van maximaal 3 jaar mee te nemen op basis van gemiddelde verzuimcijfers in specifiek de huishoudelijke hulp-branch.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
85	Onduidelijkheid in gebruik brutolonen en daardoor de uiteindelijke tarieven. Het is lastig dat wat gesteld wordt in de presentatie, te duiden. Zo is het bijvoorbeeld niet te achterhalen welke brutolonen er gebruikt worden, en daarmee ook wat bepaalde uitkomsten en percentages precies betekenen. Zouden jullie kunnen verduidelijken welke brutolonen ten grondslag liggen aan de kostprijsberekening? Door de recente ontwikkelingen (CAO stijging, stijging minimumloon), welke grote impact hebben, is het extra belangrijk hier alert op te zijn.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
86	Gebruikte benchmarks. Uit de presentatie is meermaals naar voren gekomen dat er gebruik is gemaakt van benchmarks. Het advies vanuit [aanbieder] is altijd om scherp te blijven op de inzet van benchmarks. Daar waar een benchmark een mooi algemeen beeld geeft, is het niet één op één vertaalbaar naar specifieke regio's en gemeenten. We adviseren dan ook aan de gemeenten om aansluiting te vinden in de specifieke situatie in Centraal Gelderland en om daarbij gebruik te maken van een uitvraag bij aanbieders die actief zijn in de regio. Dit geeft het meest zuivere beeld van de situatie, wat de kostprijs en de uiteindelijke tarieven het beste doen laten aansluiten bij de werkelijke situatie.	Wij zijn ons bewust van het feit dat benchmarks niet enkel en alleen dienen te worden gebruikt bij de tariefopbouw. De basis voor de tariefopbouw per product zit in de inkoopdocumenten, productomschrijvingen en aanvullende eisen van de regio zoals toegelicht in de eerste marktconsultatie. Daaruit volgt dus ook een tariefopbouw en tarief passend bij de gemeente Voorne aan Zee. Het klopt dat voor parameters als overhead wel gebruikt wordt gemaakt voor Benchmarks, maar deze kunnen worden onderbouwd. Daarnaast is gedurende de marktconsultatie ook meermaals gevraagd en aangegeven dat aanbieders onderbouwd dienen aan te geven waar de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden niet reëel zijn t.o.v. de regio. Met deze input sluit de tariefopbouw nog beter aan bij de regio Centraal Gelderland.
87	Rekenmodel. Zoals hierboven ook benoemd, is het lastig doorkijk te krijgen in de gebruikte methodiek van Transitiepartners. Er wordt gesproken over Benchmarks en modellen, maar onduidelijk blijft welke dit precies zijn. Kan hier meer duidelijkheid in gegeven worden – kan het gebruikte rekenmodel gedeeld worden? Voor volledige transparantie graag inclusief een voorbeeldberekening waarin we kunnen nagaan hoe Transitiepartners tot de adviezen voor de tarieven komen.	De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product zijn gedurende de presentatie gedeeld. De gemeente en de Transitiepartners willen nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn. Aan het eind van het tariefonderzoek krijgt de regio een rapportage met daarin alle gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden per product welke de regio met aanbieders kan delen.
88	Wij herkennen de gegeven berekeningen en percentages vanuit andere kostprijsonderzoeken dus hebben verder geen op- of aanmerkingen. Eventueel kunnen wij een al eerder ingevuld kostprijsonderzoek delen.	Dit is geen vraag, maar een opmerking. U geeft echter aan dat u zich herkent in de gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden, daaruit leiden wij af dat u geen verdere vragen heeft. U mag altijd zo vrij zijn om input, informatie rondom de tariefopbouw en kostprijsonderzoeken vertrouwelijk met ons te delen.
89	Ik mail u aangaande de 1e marktconsultatie. Ik heb de bijeenkomst online teruggekeken. Naast mijn zijn er vele andere kleine zorgaanbieders in de regio. Zelf ben ik bestuurslid van de [aanbieder]; dit is een vereniging van ruim [x] kleinere vrijgevestigde kinder- en jeugdpraktijken allen gecontracteerd. Mijn vraag is of u in de presentatie, de uitleg en informatie ook rekening kunt houden met deze doelgroep. Het is voor mij erg ingewikkeld de marktconsultatie te volgen en deze geluiden hoor ik ook van de andere vrijgevestigde praktijken. Dit is het signaal wat ik graag even af wilde geven.	Zoals toegelicht wordt ook zeker met deze aanbieders rekening gehouden. Wij begrijpen dat het voor kleine aanbieders soms lastiger te volgen is, omdat een tariefopbouw ook vrij technisch kan zijn. Daarom vallen wij altijd terug op de inhoud. De inhoud van de zorg bepaalt het tarief, mede vanuit de inkoopdocumenten en uitgangspunten van de regio, maar ook de input van zorgaanbieders. Indien er onduidelijkheden zijn voor u, dan vernemen wij dat graag.
90	Verder zouden wij graag zien dat er differentiatie plaatsvindt obv de kenmerken van de geboden dienstverlening. Het maakt namelijk nogal uit of begeleiding, behandeling etc wordt verleend vanuit een context waarin ook vastgoed, inventaris etc wordt ingebracht of dat er sprake is van een context waarin alleen gewerkt wordt met ZZP-ers zonder vastgoed en inventaris.	TransitiePartners is ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering.
91	50% van de functies worden ingeschaald in de maximale trede, terwijl de resterende 50% gelijkmatig wordt verdeeld over alle overige treden (sheet 5); [Aanbieder] is een organisatie die zich toelegt op de begeleiding van cliënten met complexe problematiek. Wij zijn ervan overtuigd dat goede begeleiding van deze doelgroep goed geschoolde en ervaren begeleiders vereist. [Aanbieder] ondervindt ook de uitdagingen van een krappe arbeidsmarkt; het vinden van geschikt personeel wordt steeds moeilijker en het in dienst nemen van medewerkers met een hogere trede wordt steeds gebruikelijker;	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
92	Met uitzondering van VVT HO en FWG 25 wordt er in de productiviteit van de Wmo rekening gehouden met 60 uur reistijd op jaarbasis. (sheet 10);Op basis van uw berekening van 60 uur reistijd op jaarbasis, gedeeld door 48 werkweken, is dat 1,25 uur reistijd per week; Onze ervaring is dat dit niet haalbaar is. Een fulltime begeleider maakt in een reguliere werkweek 12-15 reisebewegingen (met uitzondering van woon-werk verkeer). Dat betekent dat de begeleider tussen de 4 en de 6 minuten reistijd per reisebeweging heeft. Wij vinden oprecht dat dit heel erg weinig is;	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
93	In de opbouw is rekening gehouden met 40% van de begeleiders in GGZ FWG 45 en 20 % van de begeleiders in GGZ FWG 50 (sheet 15); Voor onze organisatie geldt dat alle begeleiders in GGZ FWG 50 ingedeeld zijn; Op basis van de berekening van Begeleiding basis zijn wij uitgesloten om dit product te kunnen leveren;	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. Indien een aanbieder een hogere functiemix inzet dan door de regio opgenomen in de productbeschrijvingen en specifieke eisen, is dit een keuze van de aanbieder. De aanbieder is echter dan niet uitgesloten van het leveren van dit product.

94	No-shows worden opgenomen in de berekening van groepsbegeleiding (sheet 16), wij bepleiten krachtig voor de noodzaak om deze ook op te nemen in de specialistische begeleiding. Wij mogen no-shows niet declareren en worden frequent met dit issue geconfronteerd (sheet 15).	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
95	Als eerste de te verwachten Cao van jeugdzorg 2024. Momenteel is het loonbod van de werkgevers van 6.7% afgeslagen, en vraagt o.a de FNV 10%. Uiteraard lastig te voorspellen wat het dan gaat worden maar deze 6.7% ligt al substantieel boven het genoemde cijfer in het onderzoek.	De Cao Jeugdzorg 2024 is inderdaad nog niet bekend en vastgesteld. Om deze reden dient de Cao Jeugdzorg 2023 meegenomen te worden. Echter om door te rekenen naar prijspeil 2024 wordt specifiek de producten waarin wordt gerekend met de Cao Jeugdzorg een indexatie meegenomen zoals gepresenteerd en toegelicht in de marktconsultatie. Deze indexatie is op basis van de adviezen en normen van de VNG, Nza en vanuit de contractstandaarden.
96	Daarnaast heb ik een paar opmerkingen betreffende de inzet van begeleiding specialistisch. Er wordt gerekend met 50% schaal 8, en 50% schaal 9. Vanuit onze organisatie zetten wij voornamelijk specialistische begeleiding in voor kinderen en ouders met een LVB en/of bijbehorende problematiek. Gezien deze doelgroep is het minimum qua schaal wat wij inzetten schaal 10 en deels schaal 11. Onder specialistische begeleiding noemen wij b.v de Hou-vast module, Video Interactiebegeleiding, Perspectief Onderzoek. Dit zijn allemaal trajecten goedgekeurd door b.v de NJI. De begeleiders zijn allemaal geplaatst in schaal 10 gezien de expertise en de ondersteuning van de gedragswetenschapper is schaal 11. Voor ons als gespecialiseerde aanbieder blijft het dan soms ook lastig om te passen in een tarief waarin wij dan de diensten kunnen leveren. Hopelijk kan bovenstaande meegenomen worden.	Schaal 10 en Schaal 11 zijn de schalen voor HBO+ en WO. Dit is hoger dan de functie-eisen die de regio vast heeft gesteld in de productomschrijvingen en specifieke eisen. De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
97	De begeleidde omgang wordt door ons voor 100% gedaan in schaal 9. Zelfde uitleg, moeilijke doelgroep waardoor GI's en gemeentes speciaal naar ons verwijzen. Indien wenselijk kan ik uiteraard productbeschrijvingen en dergelijke opsturen.	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
98	Productiviteit Jeugd begeleiding, begeleiding basis en begeleiding specialistisch. Dit [productiviteit en functiemixen] impliceert dat er bij het advies voor tariefopbouw bij begeleiding basis gekken wordt naar GHZ FGW 35 en 40. En bij specialistisch naar Jeugdzorg schaal 8 en 9. En dat de tarieven er straks op gericht worden dat organisaties uit hun kosten kunnen komen als begeleiders in deze schalen vallen. In de sheet over de productiviteit over begeleiding jeugd worden ook een aantal andere, een stuk hogere schalen genoemd. Tot en met FGW 70 en jeugdwet schaal 12. Het verschil tussen bijvoorbeeld GHZ FGW 35 en 70 of Jeugdwet schaal 7 en 12 is aanzienlijk. Dat brengt mij tot de volgende vragen, waarbij het natuurlijk kan dat ik dingen verkeerd heb begrepen: Klopt het dat het voorstel voor de tarieven alleen op de laagste schalen wordt gebaseerd? (Zoals in bovenstaande afbeelding).	Op de latere sheets in de marktconsultatie is aangegeven per product welke FWG's en schalen is gehanteerd per product met de daarbijbehorende productiviteit zoals deze op de eerdere sheets is toegelicht en opgebouwd. Er wordt dus niet enkel met de laagste schalen gerekend zoals u in uw vraag stelt, maar dit verschilt per product. De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
99	Waarom worden er bij het overzicht van de productiviteit wel de hogere schalen genoemd, maar deze niet mee genomen in de weging? (bijvoorbeeld 50% GHZ FGW 35, 50% GHZ FGW 40 uit de presentatie).	Deze hogere schalen worden dan gehanteerd voor andere producten, bijvoorbeeld de behandelproducten.
100	Hoe wordt er van organisaties verwacht dat ze mensen uit een hogere schaal kunnen betalen als de tarieven alleen op de laagste schalen worden gebaseerd?	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
101	Binnen J&O is er destijds door de inkoop voor gekozen om de opleidingsniveau te koppelen aan de zorgswaartes. Dit impliceert dat behandelingen uitgevoerd door een hoger opleidingsniveau van hogere kwaliteit zijn dan behandelingen uitgevoerd door een lager opleidingsniveau. De verschillende disciplines die er zijn binnen behandeling brengen verschillende ingangen met zich mee om behandelingen uit te voeren. Om een voorbeeld te noemen, cliënten waarbij praten bv niet de ingang is of juist het ervaringsgericht werken essentieel is, zijn de vaktherapeuten de aangewezen behandelaren en niet bv de GZ-psychologen of een psychiater. Iedere discipline heeft zijn eigen kwaliteiten en eigen ingang, zijn eigen waardevolle bril. Een ander voorbeeld, in een multidisciplinair overleg binnen een GGZ-instelling geeft ieder zijn visie. Het is (gelukkig) niet mijn ervaring dat wanneer een basispsycholoog of vaktherapeut zijn mening geeft binnen een dergelijk overleg dat deze als minder waardig wordt beschouwd dan die van een GZ'er of psychiater. Gelukkig maar, vervelende vergaderingen zouden dat worden. Maar wel vreemd dat er op een ander niveau als het om financiën is dit onderscheid specifiek wordt gemaakt en flink ook in tarief. Er wordt voorbij gegaan aan het voeren van deze discussie. Wat is daarvan de reden?	De regio heeft niet het uitgangspunt dat een hoger opleidingsniveau ook een behandeling van hogere kwaliteit betreft. De regio hanteert het uitgangspunt dat ook bij behandeling waar een lager opleidingsniveau is opgenomen in de functie-eisen een hoge kwaliteit wordt verwacht. De zorgvraag dient leidend te zijn en hier dit de juiste kwaliteit voor geboden te worden. De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
102	Overheadkosten: Binnen de huidige J&O tarieven zijn als ik het goed heb geen overhead kosten verrekenend, alleen de instellingen zouden overheadkosten hebben is de veronderstelling. Uiteraard heeft iedere zorgaanbieder zijn overhead. Om iets te noemen, deze verschillen per praktijk en discipline: een praktijkruimte aan huis, een gymzaal moeten huren voor de PMT, een grote instelling hebben, verschillen in kosten voor opleiding en herregistratie. Tegelijkertijd gaat overhead ook om eigen keuzes die gemaakt worden. Zo zijn er zorgaanbieders die zich vestigen in behoorlijk dure panden. Daarnaast kunnen organisaties een groot verloop van personeel of structuur ziekteverzuim kennen wanneer het systeem niet gezond wordt georganiseerd. Houdt het vergoeden van deze overhead negatieve patronen niet ongewild in stand?	TransitiePartners is niet betrokken geweest bij de totstandkoming van de huidige tarieven. De regio geeft echter aan dat in de huidige tarieven J&O ook overheadkosten zijn verrekenend. Het klopt dat iedere aanbieder andere overheadkosten heeft. De AMvB reële prijs schrijft ook voor dat waarden gehanteerd dienen te worden voor een gemiddeld efficiënt opererende aanbieder. Hiermee worden deze negatieve patronen tegengegaan. Wij hanteren hierbij de benchmark van Berenschot waarvoor zowel grote als kleine aanbieders leveren. De aanbieders krijgen gedurende de marktconsultaties en NvA's ook tijd om hierop te reageren indien dit niet reëel zou zijn.
103	Directe/indirecte tijd: Ik weet niet of dit onderdeel hierbij thuis hoort, toch laat ik me hier graag even over uit. De aanname dat de indirecte tijd - bij product A en B- zo laag mogelijk moet zijn, vind ik ontoelaatbaar. In mijn ogen worden deze zorgaanbieders niet serieus genomen in het indirecte werk wat ook hun behandelingen vraagt, zoals contacten met scholen, fatsoenlijke verslaglegging, overleg met collega's. Hier strak een lijn op voeren doet afbreuk aan kwaliteit, maar deze wordt wel verwacht geleverd te worden	Voor de behandelproducten individueel geldt dat de indirecte tijd declarabel is. Voor de overige producten is de indirect cliëntgebonden tijd verdisconteerd in het tarief. De basis hiervoor zijn uitgangspunten van de regio, maar ook benchmarks vanuit andere regio's en gemeenten en andere landelijke onderzoeken. Uiteraard is het wel verklaarbaar dat het uitgangspunt van de regio is dat er efficiënt gewerkt wordt door de aanbieders en de medewerkers van de aanbieders.

104	Ik denk dat het tariefmodel meer zuiver wordt wanneer er grondig onderzoek gedaan wordt naar wat het werkelijke onderscheid zou moeten zijn in tarief tussen de verschillende disciplines en duidelijkheid wie welke zorgwaarte kan en mag behandelen. Ik besef me dat dit geen gemakkelijke klus is. Maar zoals de tarieven nu zijn opgebouwd voelt het niet fair. Als systeemtherapeut (C) werk ik vaker samen vaktherapeuten uit A omdat sommige behandelingen dit vragen. Dit zijn altijd trajecten met zorgwaarte C. Ik moet u eerlijk zeggen dat deze vaktherapeuten met recht ingezet worden bij cliënten met een zorgwaarte C. Al langer is er de discussie over de zorgwaarte. Wie mag welke zorgwaarte behandelen? Net zoals in een instelling er vaktherapeuten zijn die deskundig genoeg zijn om cliënten met een zorgwaarte C te behandelen, zo zijn deze vrijgevestigden er ook. Werkervaring en specifieke opleiding draagt hiertoe aan bij. Verantwoordelijkheid is een variabele die gekoppeld is aan regiebehandelaren. Echter, bij een klachtenprocedure is het niet zo dat een medebehandelaar zich kan verschuilen achter de verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Iedere behandelaar heeft zichzelf te verantwoorden tegenover een tuchtcommissie. In mijn ogen wordt dit te vaak over het hoofd gezien. Ik zou me kunnen voorstellen dat binnen de J&O vastgehouden kan worden aan de zorgwaardes A,B,C, en D en dat daarnaast Overhead en Discipline als variabelen gehanteerd worden, zowel voor instellingen als vrijgevestigden waaronder verschillende factoren hangen. Ook bv bij Overhead een factor die wat verteld over de gezondheid van een organisatie als systeem, bedoeld als prikkel voor organisaties om hier een bepaalde maatstaf in te krijgen/vast te houden. En waarbij er gedifferentieerd kan worden in bv de mate van vaste lasten en personeel. Bij disciplines kunnen er variabele kosten zijn mbt opleiding (in tijd en geld), herregistratie en lidmaatschappen. Zuivere tarieven niet gemakkelijk te bepalen; de verschillende factoren op maat afstemmen zouden denk ik recht kunnen doen ons systeem binnen het Sociaal Domein. Tariefmodellen ontwikkelen is niet mijn vak en bovenstaande is enkel waar mijn gedachten naar uit gaan, maar u merkt vast dat ik behoefte voel aan gelijkwaardigheid onder de zorgaanbieders. Ik schrijf u nu op persoonlijke voet, 16 okt zal ik als een afgevaardigde van de [aanbieder] aansluiten bij de gesloten marktverkenning. Ik ben benieuwd wat bovenstaande bij u oproept.	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. Daarnaast is TransitiePartners ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering. Tenslotte wordt er in de tariefopbouw per product ook al onderzocht hoe de verschillende disciplines onderscheid zijn van elkaar maar wel in zoverre deze de productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten volgen.
105	Programma van eisen en tarieven Op welk programma van eisen / specifieke inkoopvoorwaarden is de opbouw van de tarieven gebaseerd? Indien er specifieke voorwaarden zijn, (zoals bijvoorbeeld bereikbaarheid of ervaringsdeskundigheid), hoe zijn deze dan meegenomen in de opbouw van de tarieven ?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
106	Tariefmodel Waarom wordt de overhead berekend over de totale loonkosten en niet over de totale kosten? Dit komt de vergelijkbaarheid niet ten goede.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
107	Personeelskosten Het is algemeen bekend dat het voor alle sectoren steeds moeilijker wordt om personeel aan te trekken. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? De in de presentatie aangegeven inschaling voor de GGZ blijkt vaak niet meer haalbaar. Onze begeleiders zijn dan ook ingeschaald op FWG 50 en onze medewerkers begeleiding op FWG 40 (voor diegenen die ook ambulante werkzaamheden uitvoeren).	De arbeidsmarktproblematiek is meegenomen in het feit dat voor de vaststelling van de tredebenutting in met name de specialistische segmenten een aanpassing is gedaan in inschaling van duurder en specialistischer personeel: Vanaf FWG 60 en schaal 11: 50% maximale trede en 50% gemiddelde van bovenste helft van de treden. en voor MSP wordt zelfs de maximale trede gehanteerd. De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. Indien u doelt op begeleiding specialistisch is gerekend met FWG 50 en daarnaast dus ook hoger dan FWG 40.
108	Inzet uitzendkrachten en ZZP'ers Mede i.v.m. de krappe arbeidsmarkt zijn instellingen steeds vaker genoodzaakt om een beroep te doen op uitzendkrachten en voor de gespecialiseerde extramurale begeleiding ook op ZZP'ers. Gevolg is fors hogere personeelskosten. Hoe wordt in de opbouw van de tarieven rekening mee gehouden?	De inhuur van personeel is daarnaast de andere reden dat voor de vaststelling van de tredebenutting in met name de specialistische segmenten een aanpassing is gedaan in inschaling van duurder en specialistischer personeel: Vanaf FWG 60 en schaal 11: 50% maximale trede en 50% gemiddelde van bovenste helft van de treden. en voor MSP wordt zelfs de maximale trede gehanteerd.
109	Reistijd in berekening productiviteit Zoals reeds tijdens de presentatie door ons aangegeven is in de berekeningen van productiviteit voor reistijd 60 uren op jaarbasis aangehouden. Dit is uitgaande van 48 weken ongeveer 1 uur en 15 minuten reistijd per week. Bij en caseload van stel 15 cliënten per week is dat circa 5 minuten per cliënt. Dit is naar onze mening volstrekt onhaalbaar zowel in Arnhem Centrum maar zeer zeker ook in de randgemeenten. Betreft zowel voor begeleiding basis als begeleiding specialistisch.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
110	Productiviteit GGZ FWG 35 en 40. Er wordt een productiviteit berekend van 1.189 uur. Dit is te laag. Te weinig uren voor opleiding en administratie en overleg. Nog los van de hiervoor gemaakte opmerking over de reistijd.	Helaas heeft TransitiePartners geen verdere onderbouwing ontvangen waarom 1189 uren niet reëel zou zijn. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie.
111	Leeftijdsgelonden verlof / LFB in berekening productiviteit Kunt u aangeven of en in hoeverre er rekening is gehouden met leeftijdsgelonden verlof in de berekening van de productiviteit.	Dit is meegenomen conform de regels binnen de Cao en CBS gemiddelde data omtrent deze data zodat een reële waarde hiervoor meegenomen kan worden in de productiviteit.
112	ORT Graag ontvangen wij een onderbouwing van de gehanteerde 0.75% voor ORT. Hoe verhoudt dit zich tot eventuele eisen m.b.t. 7*24 uur bereikbaarheid.	Zou u kunnen aangeven voor welk product / welke producten 7x24 uur bereikbaarheid geëist wordt? Deze wordt namelijk niet door TransitiePartners en de regio herkend. Het uitgangspunt van de regio is dat de zorg hoofdzakelijk gedurende kantooruren wordt geboden. Indien dit in incidentele gevallen niet mogelijk is, is rekening gehouden met 0,75% ORT.
113	Risicomarge In de opbouw van de tarieven wordt door U een risicomarge van 2% gehanteerd. Naar ik heb begrepen is voorheen 3% gehanteerd. Vanwaar deze afname van de risico-opslag. Immers de externe ontwikkelingen (denk bijvoorbeeld aan de arbeidsmarkt en hoge inflatie) leiden eerder tot een verhoging van de risico's voor de instellingen dan tot een verlaging.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
114	Innovatie Wat wordt er in de kostprijsopbouw meegenomen voor innovatie? Gesteld werd dat dit mede afhankelijk is van de eisen van de gemeente. Echter innovatie is altijd bij elke zorgorganisatie essentieel.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 57.
115	Opslag voor Overhead en materiële kosten. Wat wordt verstaan onder overhead ? Graag ontvangen wij een onderbouwing van de gehanteerde percentages. Mede in relatie tot het door U aangehaalde Benchmarkrapport Care van Berenschot 2022.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 61.
116	Ziekteverzuim Uitgangspunt is CBS. Welke sectoren zijn gehanteerd in de Benchmark.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16. Hierbij is het ziekteverzuim per Cao inzichtelijk.
117	No show Hoe is de no show in de tarieven verwerkt ? En wat is de onderbouwing daarvan ?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
118	NZa tarieven Waarom worden de NZa tarieven voor H153 en H300 niet aangehouden ? Daar is immers in het verleden en ook nu in 2023 grondig onderzoek naar gedaan.	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. De producten H153 en H300 wijken af van de producten van de regio Centraal Gelderland. Zo worden er andere resultaten verwachten, zijn er andere doelen en andere productspecifieke eisen.
119	Is er differentiatie mogelijk tussen HBS en IAG mbt no-show. Bij HBS is het no-show percentage erg hoog. Graag zien wij hier volledige vergoeding.	Kunt u duidelijk maken op welke gecontracteerde producten u doelt? HBS en IAG zijn geen producten die de regio Centraal Gelderland specifiek als zijnde aparte producten gecontracteerd heeft.

120	Voor de producten Behandeling B GGZ en Behandeling C GGZ wordt uitgegaan van een productiviteit van respectievelijk 68% en 67%. Onze ervaring leert dat de productiviteit voor deze producten eerder op 60% uitkomen.	Helaas heeft TransitiePartners geen onderbouwing ontvangen waarom 60% productiviteit volgen u reëel zou zijn. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie. Daarnaast zijn wij benieuwd of u mee heeft genomen dat voor deze producten indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel is.
121	De verhouding directie-indirecte tijd waarmee gerekend wordt, ligt ver buiten wat voor ons realistisch is. Graag refereren we hier aan de uitvragen over de directe en indirecte tijd van de afgelopen jaren.	Kunt u duidelijk maken op welke specifieke producten u doelt? Voor de individuele behandelproducten is bijvoorbeeld de indirect cliëntgebonden tijd ook declarabel.
122	Verder is de gestelde opbouw van de tarieven van de genoemde producten Behandeling (zie punt (1)) en voor Consultatie C wat ons betreft onderaan de streep toereikend.	Helaas heeft TransitiePartners geen onderbouwing ontvangen waarom de opbouw volgens u niet reëel zou zijn. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing op welke onderdelen en parameters binnen uw organisatie wordt afgeweken.
123	Met de gestelde tariefopbouw is het voor ons als organisatie met specifiek de vestiging in Arnhem, niet mogelijk om het product Begeleiding basis rendabel te bieden. Onze teams zijn ingericht op multidisciplinaire en vaak complexe gezinshulp. Door deze teamsamenstelling kunnen we met de gestelde opbouw het product Begeleiding basis niet rendabel bieden.	Helaas heeft TransitiePartners geen onderbouwing ontvangen waarom de opbouw volgens u niet reëel zou zijn. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing op welke onderdelen en parameters binnen uw organisatie wordt afgeweken.
124	Wat is de definitie van productiviteit en wat jullie verstaan jullie onder cliëntgebonden tijd? Graag de definities hiervoor.	Productiviteit in het tariefmodel van TransitiePartners betreft het aantal / of het percentage declarabele uren van een medewerker op jaarbasis. De basis hiervoor zijn de richtlijnen hieromtrent vanuit de regio. Voor de definitie van cliëntgebonden tijd verwijzen wij u naar de specifieke eisen van de verschillende zorgvormen van de regio, omdat hierin ook een verschil zit tussen de verschillende zorgvormen. Deze zijn te vinden op de website van de Inkoop SDCG.
125	Jullie hebben het over een no show van 5%? Wat valt er onder no-show? Wat gebeurt er als een kind ziek wordt de dag voor de BSO+? Kan deze worden gedeclareerd? Graag een overzicht ook wat niet en wel kan worden gedeclareerd in tijd; dit geldt speciaal voor de BSO+.	Voor het gescheiden BSO+product (45A25) geldt dat het deel wat onder de Wet Kinderopvang (Wko) valt wel declarabel is bij no show of voortijdige afzegging en het deel van de jeugdwet niet. Het declareren van afwezigheid voor het deel wat onder de Wko valt (reguliere BSO gedeelte) is afhankelijk van de afspraken tussen ouder(s) en BSO+ aanbieder. Voor BSO+ geldt daarnaast dat als een jeugdige wel zou komen en op laatste moment afzegt (bv. s' ochtends afbelt i.v.m. ziekte) dan mag er wel gedeclareerd worden. Dit is dus ook de definitie van no-show conform het uitgangspunt van de regio.
126	Doorgaand op de volgende vraag: standaard is er een groep van 4 met 1 begeleider. Dat is prima als deze groep ook volledig is en deze ook worden beschikt en declarabel zijn op de openingsuren. Als 3 kinderen om 15.30 uur komen dan is het moeilijk om deze groep financieel draaiend te houden aangezien er 2 medewerkers zijn ingeroosterd voor 8 cliënten.	Het uitgangspunt van de regio is dat de gemiddelde groepsgrootte 4 jeugdigen is en daarbij 1 medewerker. Dit is als zodanig ook opgenomen in de tariefopbouw. De regio sluit echter andere groepsgroottes niet uit.
127	Vervoer: In een BSO+ groep komen kinderen van verschillende scholen, vaak regionaal ipv lokaal. We worden geacht de kinderen op te halen van school. Doordat we op verschillende scholen dienen te staan en op verschillende tijden leidt dit er toe dat op dat moment de groepsverhouding te laag is. We onderstrepen als organisatie de normalisatie van de zorg. Echter het vervoer zou of anders georganiseerd moeten worden (bijv. via leerlingenvervoer) of onderdeel moeten zijn van de kostprijsberekening van het product. In de huidige uitgangspunten van de tariefberekening WMO en Jeugd wordt hier nu niets over gezegd.	In het algemeen inkoopdocument van de regio staat het volgende opgenomen omtrent vervoer: "Opdrachtgever heeft het vervoer van cliënten in een aparte aanbesteding onder doelgroepenvervoer georganiseerd. Dit betekent dat vervoer niet in de tarieven voorkomt."
128	Vraag over de indexatie: begrijpen we het goed dat de tarieven worden gemaakt voor heel 2023, rekening houdende met de CAO-ontwikkelingen in 2023, en er vervolgens een T+1 indexatie volgens het VNG (4,94 OVA en 2,51 PPC) plaatsvindt?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden. Enkel voor de producten waar gerekend wordt met de Cao Jeugdzorg wordt een indexatie meegenomen omdat deze Cao voor 2024 nog niet bekend is.
129	Voor de BSO+: we begrijpen dat het aantal productieve uren een mix is van schaal 7, 9 en schaal 11 dus een combinatie van 1167, 1088 en 1041 uren is. Betekent dit dat in deze uren ook een plan van aanpak voor deze kinderen moet worden gedaan? Ook hier weer graag de definities aangaande de productiviteit en de cliëntgebonden tijd.	Er dient inderdaad een plan van aanpak te worden opgesteld. Dit conform eis 13 van de specifieke eisen voor de zorgvorm Behandeling waar de BSO+ onder valt. Voor de definities verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 124.
130	Graag ook de doorwerking (opbouw van de tarieven) van de verschillende uitgangspunten in de tarieven voor de 2de marktconsultatie.	Deze zullen gepresenteerd worden tijdens de tweede marktconsultatie. Dit betreffen dan nog wel concepttarieven, mede vanwege het feit dat er ook nog een 2de NvA volgt.
131	Algemene Wet- en regelgeving De gehanteerde uitgangspunten zijn te laag ten opzichte van onze daadwerkelijke tarieven	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 53.
132	Productiviteit WMO en Jeugd De aanname voor de reistijd sluit absoluut niet bij de dagelijkse praktijk aan. Onze medewerkers reizen gemiddeld 162 uur op jaarbasis. En dan hebben we onze medewerkers al ingedeeld in regionale teams om op die manier de reistijd zo minimaal mogelijk te houden. Outreaching werken is een belangrijk uitgangspunt bij ambulante begeleiding. Met een uitgangspunt van 60 uur reistijd op jaarbasis is dat niet langer mogelijk.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
133	Risicomarge De Regio houdt nu een risicomarge aan van 2%. Bij de opbouw van de tarieven van de Regio in 2020 werd een risicomarge van 3% aangehouden. Een marge van 2% is veel te beperkt. Wat is de motivatie om deze terug te brengen naar 2%.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
134	Tariefopbouw U geeft aan dat de CAO GHZ van 1-1-2024 wordt gehanteerd. Wordt middels het hanteren van deze CAO ook rekening gehouden met de loonstijgingen per 1-6-2024 (2%) en 1-12-2024 (2%)? Zo nee, kan dit alsnog opgenomen worden in de tariefopbouw zodat er voor het hele jaar passende tarieven gehanteerd worden	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
135	Overhead Er wordt een overheadpercentage van 16,40% gehanteerd voor de GHZ. Kunt u toelichten hoe dit overheadpercentage zal landen in de tarieven? Oftewel waarover dit overheadpercentage wordt gehanteerd (over brutoloon of boven op de tarieven)?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
136	Zoals ook in de online presentatie 26-09-2023 al werd aangegeven, is het aanpassen van de tarieven naar de feitelijke kostenontwikkelingen noodzakelijk. De route die is gekozen is niet een uitvraag van parameters en te hanteren tariefmodel (wanneer gaan we naar één landelijk model met de mogelijkheid tot differentiatie naar inhoud én regio???). Door een model te kiezen en gebruik te maken van landelijke data lijkt er weliswaar een stap gezet te worden naar een 'landelijk' model, maar omdat omringende regio's andere modellen hanteren, is het maar een schijnbeweging. Dat betreuren wij. Daarnaast zijn de uitkomsten van een tariefmodel immer de tarieven. Op basis daarvan is een échte beoordeling te maken of de berekende tarieven een reële vergoeding betekenen voor de inzet van zorgprofessionals. Dat is nu niet mogelijk. Alleen het model staat in de schijnwerpers, niet de uitkomsten. Door de modelmatige benadering van het zorgveld, zal voor het totaal het model prima passen. Echter voor individuele zorgaanbieders kan en zal het alle kanten op gaan: van zwaar ondergewaardeerde variabelen tot ver overdreven waarden. Per saldo, overall, op het totaal klopt het, maar daar kan je als multiregionaal aanbieder niet op sturen. Een identieke dienst in Centraal Gelderland wordt hierdoor straks nog steeds anders vergoed dan bij de burens in Midden IJssel/Oost-Veluwe, Rijk van Nijmegen of FoodValley (of elke andere regio). Identieke diensten, als antwoord op vergelijkbare hulpvragen worden dan tegen verschillende tarieven vergoed. De kosten zijn gelijk, de vergoeding niet. Dat was niet uit te leggen, dat wordt niet uitlegbaar zolang er geen landelijk tariefmodel wordt gehanteerd door alle regio's. We roepen daarom ook deze regio op om landelijk werk te maken van één landelijk tariefmodel; al dan niet onder aanvoering van de Jeugdautoriteit.	Dit betreft een opmerking en geen vraag. Wij zullen uw signaal doorgeven aan de regio. Als TransitiePartners zien wij echter de eerste ontwikkelingen rondom uw signaal wel al terug in de Hervormingsagenda.

137	Tariefmodel anders dan bij de start van de huidige overeenkomsten Zoals eerder al gemeld, is het hanteren van een ander tariefmodel een aanleiding om de vraag te stellen of een nieuwe aanbestedingen nodig zou zijn. Onder de tarieven in de huidige overeenkomsten ligt een tariefmodel dat anders is dan het nu door Transitiepartners gedeelde model. In hoeverre en bij welke parameters verschil zit ten opzichte van de huidige modelbenadering, is niet goed te zeggen. Daarom hebben wij het Ketenbureau gevraagd hier een beoordeling van te geven en een advies over wel/niet aanbestedingsplichting. De reactie van het Ketenbureau is nog niet ontvangen maar zal zeker met de regio worden gedeeld.	TransitiePartners is door de regio gevraagd om een herijking te doen van de tarieven van de huidige gecontracteerde producten binnen de zorgvormen Behandeling, Begeleiding, Groepsbegeleiding en Huishoudelijke Ondersteuning. Een herijking is te verklaren omdat het zorglandschap in ontwikkeling is en daarnaast ook Cao's zijn en worden aangepast. Dit heeft direct en indirect invloed op de kostprijs van aanbieders en dus de tarieven. De gecontracteerde inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen blijven hierbij in stand en zijn de basis voor de tariefopbouw per product. De inhoud blijft dus leidend bij totstandkoming van de tarieven. Het zou inderdaad goed zijn als u de reactie deelt met de regio.
138	Opvragen 'uitzonderingen' versus uitvragen kosten Recent is in de buurregio een herijtingsproces gelopen waarbij via werkgroepen de kosten en kostenstructuren van diverse diensten zijn opgevraagd, geanalyseerd en met elkaar besproken. Een dergelijke werkwijze sluit goed aan bij de gezamenlijke verantwoordelijkheid die gemeenten en zorgaanbieders hebben in het veld. Daarnaast sluit een dergelijke aanpak ook beter aan bij de route naar een landelijk model omdat de kosten van een aanbieder in verschillende regio's over het algemeen gelijk zijn voor identieke diensten. Die worden op deze wijze inzichtelijk gemaakt. De route die Centraal Gelderland kiest via een modelmatige benadering zonder gestuurde uitvraag van data bij aanbieders, biedt die niet. Daarmee staat de regio verder af van de feitelijke kostenontwikkeling en blijft vasthouden aan een modelmatige benadering. De uitzonderingen, de specifieke afwijkingen ten opzichte van het model opvragen, legt de verantwoordelijk eenzijdig neer bij de aanbieder en doet o.i. geen recht aan die gezamenlijke verantwoordelijkheid.	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 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, onderbouw 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. 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. 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.
139	Wenkend alternatief Vanuit onze visie op opgroeien en opvoeden, komt een bedrijfsmatige insteek dat onze kosten dienen te worden vergoed met een marge van 3% voor risico's, onvoorziene omstandigheden en investeringen. De kosten worden voor een groot deel bepaald door de in de CAO vastgelegde bekostiging van onze zorgprofessionals. Dat betekent dat wij voor de inzet van deze professionals de feitelijke kosten daarvan, de bijbehorende overhead om hen te ondersteunen plus die kleine marge vergoed willen hebben. Daarvoor is 2 jaar geleden het Model Prestatiecodes Jeugd voor ontwikkeld, dat door het Ketenbureau verder randvoorwaardelijk vormgegeven wordt. Hierbij wordt 'betaald wat er is ingezet': ervaring en opleidingsniveau van de professional zijn hierin leidend. In tegenstelling tot de productenboeken die in vrijwel alle regio's bepalend zijn voor wat er betaald wordt. Zorg is echter geen product, het laat zich ook niet als een product bekostigen, het laat zich niet als een product behandelen. Wél als een dienst: de inzet van een professional wordt betaald via een uurtarief dat afgeleid is van de kosten van die professional. Niet van een gemiddelde in de branche, regio, of groep aanbieders die historisch bepaald in een regio actief zijn. Met het Model Prestatiecodes Jeugd kan al gewerkt worden. Als regio kan je al een model inrichten waarbij er wordt 'betaald wat er is ingezet'. Een dergelijke stap zouden we graag met de regio vormgeven. Daarmee zouden we afstappen van het productdenken en toewerken naar een echt reële bekostiging van de inzet van jeugdzorgprofessionals.	Dit betreft een opmerking en geen vraag. Wij zullen uw signaal doorgeven aan de regio. Hierbij wensen wij wel aan te geven dat dit tariefonderzoek geen betrekking heeft op een nieuwe inkoop en zowel gemeenten als aanbieders nog gebonden zijn aan de huidige contractering.
140	Geen onderscheid tussen reguliere aanbieders en 'systeemaanbieders' Onze organisatie fungeert, met enkele collega aanbieders, als 'systeemaanbieder'. De term 'systeemaanbieder' is enigszins achterhaald. In het algemeen wordt daar onder verstaan: een grotere aanbieder die in een regio een bovengemiddeld aandeel heeft in de ontwikkeling van het zorgveld van een regio, een sturende en vaak dominante rol inneemt in samenwerkingen en projecten, aanwezig is bij overlegtafels, voorziet in opleidingen en trainingen van gemeentelijke toegang, andere aanbieders en uiteraard eigen personeel, betrokken is bij actualiseren van interventies en participeert in (wetenschappelijk) onderzoek en dit zelf ook opzet en uitvoert. Dit brengt extra kosten met zich mee. Extra kosten die naar onze inzichten onvoldoende zijn meegenomen in dit model. De in sheet 7 gepresenteerde percentages zijn geduid 'als percentages van de totale kosten'. Het aandeel van systeemaanbieders is in de totale kosten beperkt in de landelijke benchmarks van Berenschot. Hierdoor worden onze extra overheadkosten onvoldoende tegemoetgekomen in de uiteindelijke tarieven. In het model zou een aparte post 'overheadkosten a.g.v. positie in het landschap' moeten worden opgenomen om dit onderscheid duidelijk te maken en reëel mee te nemen in het model om tot een reëel tarief te komen. Als systeemaanbieders steken we onze nek uit in onderzoek en opleiding en zijn we een professionele sparringpartner voor de overheid. Een tariefdifferentiatie op grond van het wel of niet dragen van deze verantwoordelijkheid doet recht aan die positie. In diverse andere regio's wordt daar invulling aan gegeven en we roepen de regio Centraal Gelderland dan ook op om dit in dit model ook op te nemen.	TransitiePartners is ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering.
141	Sheet 5 : gehanteerde mix van schalen en treden niet in overeenstemming praktijk De feitelijke inschaling van onze organisatie van de medewerkers betrokken bij de dagbehandeling en ambulante. Het gehanteerde uitgangspunt (50% max trede + 50% gemiddelde van alle treden) komt niet in de buurt van de feitelijke bij onze organisatie. Een dergelijke methodiek levert een te lage vergoeding van de kosten op per uur in te zetten zorgprofessional. Daarnaast worden schalen 12 en 13 niet genoemd. Als deze niet mee worden genomen in de berekeningen is hiervoor ook géén dekking in het tarief. Omdat deze zwaar vertegenwoordigd zijn in ons personeelsbestand (veel ervaren krachten!) hebben wij te maken met relatief hogere personeelskosten dan gemiddeld met dit model bekostigd gaat worden. Ook de 'schaal 11: 50% max en 50% gem bovenste helft van de treden' levert een onjuiste basis voor de berekening van een reële vergoeding. We zullen met elkaar hierover in gesprek moeten als bovenstaande juiste constatering is.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18. Daarnaast benoemd u schalen 12 en 13. Echter is voor ons niet duidelijk voor welke producten u deze schalen inzet en hoe dit aansluit bij de inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen van de regio.

142	Sheet 9 Productiviteit De berekening van bruto naar netto beschikbare tijd is gebaseerd op een organisatiewijze die niet in onze organisatie van toepassing is. Wij werken met principes van zelforganisatie waarbij bij voorbeeld wachtlijstbeheer en werkverdeling en planning door teams worden gedaan. In centraler aangestuurde organisaties zal sprake zijn van een ‘bedrijfsbureau’-achtige setting waarbij wachtlijsten en capaciteitsplanning op een centrale plek worden gedaan. Hierdoor zal in een dergelijke setting de productiviteit hoger zijn dan bij zelforganiserende teams. Werkzaamheden die centraal worden uitgevoerd hoeven namelijk niet door de zorgprofessionals gedaan te worden. Wij nemen relatief veel schoolverlaters op in onze teams; meer dan bij reguliere (lees: nietsysteemaanbieders). Deze instromers worden begeleid door de zelforganiserende teams en volgen gerichte scholingsprogramma’s. Ze worden pas ‘zelfstandig losgelaten’ als we dat voldoende vertrouwd vinden. Die interne begeleiding kost inzetbaarheid van de medewerkers die drukt op de declarabiliteit. Deze ‘afslag’ zien wij niet terug in de bruto-netto berekening. In onze organisatie is dat wel het geval waardoor de productiviteit lager ligt dan waar het model van uit gaat. Het model komt daarmee hoogstwaarschijnlijk uit op een uurtarief waarvoor onze zorgprofessional niet afdoende bekostigd zal worden. Omdat de beschikbare uren minder zijn dan waarmee in het model wordt gerekend, zal er onvoldoende dekking gerealiseerd kunnen worden en wordt de inzet verlieslatend. Het gehanteerde model dwingt organisaties op deze wijze tot bedrijfsvoeringskeuzes die wij vanuit inhoudelijke gronden niet wenselijk achten. Bij ‘regie bij de burger zelf’ hoort ook ‘regie bij de werknemer zelf’ (binnen bandbreedten). Daarmee sluit zelforganisatie perfect aan bij wat de Jeugdwet beoogt. Dat daardoor de beschikbare uren voor cliëntgebonden werken afnemen, oogt tegenstrijdig. Onze werkwijze wordt alom erkend en gewaardeerd door onze opdrachtgevers, verwijzers en partners. Daarmee krijgt die ogenschijnlijke tegenstrijdigheid een andere lading. Onze werkwijze past onze doelgroep (behoefte aan maatwerk), bij onze professionals (ruimte voor maatwerk), bij onze opdrachtgevers (ruimte voor creatieve oplossingen). Zelforganisatie als model sluit daarmee goed aan bij autonome professionals en maximale flexibiliteit in de vormgeving en uitvoering van zorg. En misschien ten overvloede: op totaal kostenniveau is een organisatie die gebaseerd is op zelforganisatie en verregaande decentralisatie niet ‘duurder’ dan een centraal aangestuurde organisatie.	Het is bij ons bekend dat de verschillende aanbieders ook weer verschillend georganiseerd zijn. Echter zoals u ook aangeeft op totaal kostenniveau is een organisatie die gebaseerd is op zelforganisatie en verregaande decentralisatie niet ‘duurder’ dan een centraal aangestuurde organisatie. De kosten zullen hierin vrijwel gelijk zijn. Dit sluit dan ook aan bij de AMvB reële prijs die stelt dat een reële prijs per product voor een gemiddelde efficiënt opererende aanbieder moet worden vastgesteld. Wij begrijpen dat deze term wellicht meer gesprekstof oplevert dan verheldert. Echter zien wij dit wel als onderbouwing dat een reële prijs per product dient te worden vastgesteld en niet per sé per aanbieder (naast eventuele tariefdifferentiatie). De gepresenteerde tariefopbouw voldoet volgens ons hieraan.																																										
143	Sheet 13 De percentages die worden getoond, hoe worden deze verwerkt in de tariefberekening. Is dit 2x 2% op de totale kosten waarna een tarief wordt berekend? Of is dit nadat het tarief is berekend? Dit is niet duidelijk geworden in de presentatie en wordt ook niet duidelijk uit de sheets. De risicomarge in het model is 2%. Landelijk is consensus dat hier 3% voor wordt gehanteerd. De 2% die wordt genoemd voor tegemoetkoming in de kosten: waarop is die gebaseerd? Wij vinden nergens aanknopingspunten hiertoe. Graag een verwijzing naar een document/bron. Als deze 2% ‘extra’ bedoeld is voor de punten die door ons zijn genoemd bij ‘declarabiliteit’ en ‘systeemaanbieder’, dan is een dergelijke ‘extra’ niet voor alle aanbieders bedoeld maar zou deze exclusief moeten zijn voor die aanbieders die ook daadwerkelijk daarin een rol spelen en dus een hoger tarief nodig hebben ter dekking van de hogere kosten als gevolg daarvan.	Deze percentages worden berekend als 2x 2% opslag op de totale kosten. Voor de risicomarge verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 3. De 2% voor extra tegemoetkoming in kosten voor opleiding komt deels voort uit de Cao VVT welke de enigste Cao is die hierover iets benoemt. Daarnaast is dit ook bedoeld voor kosten van certificering die behaald dient te worden. De 2% hebben we ook voorgelegd vanuit TransitiePartners in gesprekken die wij met aanbieders in verschillende regio’s voeren en wordt daarin ook herkend.																																										
144	Sheet 20 De verdeling van de medewerkers in de schalen in de CAO Jeugdzorg is bij ons als volgt voor onze ambulante teams: <table><tr><th colspan="3">AANBIEDER</th><th colspan="3">TRANSITIEPARTNERS/CG</th></tr><tr><th>Schaal</th><th>Aantal Fte</th><th>Aandeel</th><th>Model A1</th><th>Model A2</th><th>Model B</th></tr><tr><td>Schaal 08</td><td>4,8600</td><td>3,35%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 09</td><td>77,9300</td><td>53,70%</td><td>10,00%</td><td>7,50%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 10</td><td>36,4000</td><td>25,08%</td><td>40,00%</td><td>35,00%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 11</td><td>22,0300</td><td>15,18%</td><td>0,00%</td><td>7,50%</td><td>25,00%</td></tr><tr><td>Schaal 12</td><td>3,9000</td><td>2,69%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>25,00%</td></tr></table> Deze percentages komen op geen enkele wijze overeen met de aantallen in het model. Daarnaast is het voor ons NIET mogelijk om de salariseffecten van de GHZ-CAO te wegen in de doorrekening naar het uiteindelijke tarief. Kort gezegd: een J&O organisatie die 100% personeel in CAO-loondienst heeft, wordt onjuist geraakt door een tariefmodel waarbij meerdere CAO’s bijeen worden gevoegd. Daarnaast is het vreemd dat voor één dienst met 2 verschillende productiviteitswaarden (per CAO anders) wordt gerekend. De dienst is hetzelfde, maar blijkbaar is de aanname dat als diezelfde dienst door personeel uit een andere CAO wordt geleverd dat daar een andere productiviteit bij hoort. Wij ontvangen graag een onderbouwing van deze aannames. In andere regio’s is reeds eerder door ons aangetoond dat het mengen van CAO’s en treden/schalen daarbinnen voor sommige partijen financieel voordeel oplevert en voor anderen nadeel. Met name de benadeelde partijen wordt op deze wijze géén reële vergoeding voor de inzet van zorgprofessionals geboden. Overall zal het model kunnen kloppen (voor heel Nederland als collectief zeker), maar voor individuele aanbieders niet. De overeenkomsten zijn op individueel niveau gesloten, niet op collectief niveau. Hoe wil de regio hiermee omgaan? Is er differentiatie mogelijk voor onevenredig nadelig benadeelde partijen in een dergelijke uitkomst? In een naburige regio is een soortgelijke werkwijze toegepast. Hierin is een dusdanig verandering in tarieven voorgelegd dat een aantal grotere aanbieders de ondertekening van de overeenkomst heeft uitgesteld en serieus overweegt het contract voor ambulante zorg op te zeggen. Wij voorzien een soortgelijke uitkomst in Centraal Gelderland omdat een groot aantal parameters en werkwijzen overeenkomen.	AANBIEDER			TRANSITIEPARTNERS/CG			Schaal	Aantal Fte	Aandeel	Model A1	Model A2	Model B	Schaal 08	4,8600	3,35%	0,00%	0,00%	0,00%	Schaal 09	77,9300	53,70%	10,00%	7,50%	0,00%	Schaal 10	36,4000	25,08%	40,00%	35,00%	0,00%	Schaal 11	22,0300	15,18%	0,00%	7,50%	25,00%	Schaal 12	3,9000	2,69%	0,00%	0,00%	25,00%	Er wordt gekozen om per product de meest gehanteerde (zowel regionaal als landelijk) Cao per product mee te nemen in de tariefopbouw en daarbij wordt ook gekeken of hiermee voldaan wordt aan de verschillende doelgroepen waarvoor het product bedoeld is zoals beschreven in de productbeschrijvingen. Dit is het geval voor de door u genoemde producten. Daarbij sluit dit niet uit dat aanbieders die een niet meegenomen Cao in de tariefopbouw hanteren deze producten niet mogen leveren. Dat mag uiteraard wel. Aangezien u product geleverd dient te worden aan verschillende doelgroepen door aanbieders die onder andere om die reden een andere Cao hanteren is dat een onderbouwing om een mix van Cao’s op te nemen in de tariefopbouw. TransitiePartners is ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering. Tenslotte wensen wij nogmaals aan te geven dat het hier geen niet het tariefonderzoek voor een nieuwe inkoop betreft, maar enkel een herijking van de tarieven binnen de huidige contractering.
AANBIEDER			TRANSITIEPARTNERS/CG																																									
Schaal	Aantal Fte	Aandeel	Model A1	Model A2	Model B																																							
Schaal 08	4,8600	3,35%	0,00%	0,00%	0,00%																																							
Schaal 09	77,9300	53,70%	10,00%	7,50%	0,00%																																							
Schaal 10	36,4000	25,08%	40,00%	35,00%	0,00%																																							
Schaal 11	22,0300	15,18%	0,00%	7,50%	25,00%																																							
Schaal 12	3,9000	2,69%	0,00%	0,00%	25,00%																																							
145	Voor de behandeling groep/dagbehandeling AANBIEDER <table><tr><th colspan="3">AANBIEDER</th><th colspan="2">TRANSITIEPARTNERS/CG</th></tr><tr><th>Schaal</th><th>Aantal Fte</th><th>Aandeel</th><th>Model A</th><th>Model B</th></tr><tr><td>Schaal 07</td><td>0</td><td>0,00%</td><td>5,00%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 08</td><td>53,2100</td><td>87,62%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 09</td><td>5,9200</td><td>9,75%</td><td>30,00%</td><td>30,00%</td></tr><tr><td>Schaal 10</td><td>0,7100</td><td>1,17%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td></tr><tr><td>Schaal 11</td><td>0,8900</td><td>1,47%</td><td>15,00%</td><td>20,00%</td></tr></table> Deze verdeling lijkt lager te zijn dan het model (GHZ CAO niet opgenomen, omdat ik niet kan inzien hoe de kosten van een GHZ FWG40 (of welke andere) verschillen van een JZ Schaal 7 (of welke andere). Graag een vergelijkingstabel toevoegen voor de transparantie.	AANBIEDER			TRANSITIEPARTNERS/CG		Schaal	Aantal Fte	Aandeel	Model A	Model B	Schaal 07	0	0,00%	5,00%	0,00%	Schaal 08	53,2100	87,62%	0,00%	0,00%	Schaal 09	5,9200	9,75%	30,00%	30,00%	Schaal 10	0,7100	1,17%	0,00%	0,00%	Schaal 11	0,8900	1,47%	15,00%	20,00%	Een vergelijking is al mogelijk door de schalen / FWG’s binnen de functiemix van een product met een vergelijkbaar aandeel met elkaar te vergelijken.							
AANBIEDER			TRANSITIEPARTNERS/CG																																									
Schaal	Aantal Fte	Aandeel	Model A	Model B																																								
Schaal 07	0	0,00%	5,00%	0,00%																																								
Schaal 08	53,2100	87,62%	0,00%	0,00%																																								
Schaal 09	5,9200	9,75%	30,00%	30,00%																																								
Schaal 10	0,7100	1,17%	0,00%	0,00%																																								
Schaal 11	0,8900	1,47%	15,00%	20,00%																																								
146	Middeling van CAO’s levert 10% tekort op in andere regio’s In buurregio’s waarin meerdere CAO’s worden samengevoegd tot één tarief, ongeacht welke CAO voor een aanbieder 100% van toepassing is, leidt een dergelijke werkwijze tot tarieftekort van 10%. Door de middeling van CAO-waarden wordt een tarief berekend dat slechts 90% van onze feitelijke kosten dekt. Omdat er géén tarief tabel is meegeleverd en omdat er geen tabel is meegeleverd hoe de salarisschalen van de CAO’s doorwerken in de tariefberekening is onze zorg dat ook hier er een dekkingstekort gaat ontstaan.	Dit betreft een opmerking en geen vraag. De tarieven zullen gepresenteerd worden tijdens de tweede marktconsultatie. Dit betreffen dan nog wel concepttarieven, mede vanwege het feit dat er ook nog een 2de NvA volgt. Daarnaast is onze insteek en ook die van de regio dat het gesprek wordt gevoerd op inhoud van zorg en niet op financiën. Om deze reden wordt het proces ook ingestoken zoals gepresenteerd tijdens de eerste marktconsultatie.																																										
147	Verskil in tarieven/percentages in de sheet "productiviteit WMO": - Ziekteverzuim: voor het verzuimpercentage gaan jullie uit van het gemiddelde percentage per cao over afgelopen 5 jaren conform CBS. Dit komt neer op een percentage 6,36% (FWG45). In onze begroting van 2024 gaan wij uit van 7% verzuim, maar in de praktijk ligt deze echter nog hoger (t/m augustus 2023 8,3%).	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.																																										
148	Reistijd: in de berekening wordt rekening gehouden met 60 uur reistijd. Dit is niet realistisch. In onze kostprijsberekening gaan wij uit van 85 uur.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.																																										

149	Op pagina 15 staan de aandeel % voor basis en specialistisch. Moet ik deze percentages lezen als marktaandeel? En klopt het dat de functiemix voor basis en specialistisch nog niet is vermeld?	De percentages die u op pagina 15 ziet, zijn de functiemixen van deze producten.
150	Is het mogelijk om al in een eerder stadium de concepttarieven te ontvangen? Dit is voor de aanbieders een makkelijker vertrekpunt dan enkel de gedeelde parameters.	De tarieven zullen gepresenteerd worden tijdens de tweede marktconsultatie. Dit betreffen dan nog wel concepttarieven, mede vanwege het feit dat er ook nog een 2de NvA volgt. Daarnaast is onze insteek en ook die van de regio dat het gesprek wordt gevoerd op inhoud van zorg en niet op financiën. Om deze reden wordt het proces ook ingestoken zoals gepresenteerd tijdens de eerste marktconsultatie. Daarnaast wordt dit gekozen omdat het gesprek over tariefopbouw gevoerd dient te worden op inhoud en de uitgangspunten en niet enkel o.b.v. financiën.
151	In verband met noodzakelijk inhuur worden de functies gewaardeerd op 50% max en 50% over het gemiddelde. Gezien de arbeidsmarktproblematiek wordt veel personeel bij start al boven de middenschaal ingeschaald. Daar komt de (veel duurdere) inzet van inhuur nog bovenop. Wij betwijfelen of het gekozen uitgangspunt leidt tot een kostendekkend tarief. Is het niet transparanter om een apart blokje PNIL/inhuur op te nemen in het tarief? en daarvoor een apart uitgangspunt te hanteren? bijv. 5% bestaat uit PNIL, tegen een gemiddeld uurtarief van € xx,-	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
152	Waar worden de percentages overhead en materieel over berekend? totale kosten? personeelskosten? kan dit worden toegelicht. Ook hier geldt, dat een concepttarief handig is.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
153	Valt cliëntgebonden reistijd ook onder direct cliëntgebonden tijd bij Jeugd begeleiding en WMO begeleiding? en waarom geen indirect cliëntgebonden tijd als er ook taakuren zijn gekoppeld aan deze zorg?	Nee reistijd valt onder indirect cliëntgebonden tijd. Indirect cliëntgebonden tijd is voor Jeugd Begeleiding en Wmo Begeleiding niet declarabel. Dit conform de inkoopdocumenten en eisen van de regio.
154	Het ziekteverzuim wordt bepaald op basis van de laatste 5 jaar, terwijl we juist zien dat deze fors stijgt in de afgelopen 2 jaar. Waarom wordt geen recentere periode aangehouden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
155	Wat zijn de regionale uitgangspunten rondom reistijd?	Indien u doelt op hoe reistijd is verwerkt in de tariefopbouw verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 28. Indien u hier niet op doelt, zou u dan uw vraag kunnen verduidelijken?
156	Productiviteit Wmo - Waarop is de reistijd van 60 uur gebaseerd? Dit is niet haalbaar voor ambulante zorg.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
157	Productiviteit Jeugd behandeling - We zien dat een productiviteit van circa 1180 realistischer is in de praktijk. Er zit voor behandelaren doorgaans meer tijd in innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg dan hier weergegeven.	Helaas heeft TransitiePartners geen verdere onderbouwing ontvangen waarom 1180 uren reëel zou zijn volgens u. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie. Daarnaast wensen wij hierbij ook nogmaals mee te geven dat voor Jeugd Behandeling Individueel geldt dat ook indirect cliëntgebonden tijd declarabel is.
158	Productiviteit Jeugd begeleiding - Waarop is de reistijd van 60 uur gebaseerd? Dit is niet haalbaar voor ambulante zorg.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
159	Productiviteit Jeugd begeleiding - Waarop zijn de niet productieve uren van 93,9 uur gebaseerd? Deze lijken laag.	Hierin zitten de uren die medewerkers kwijt zijn aan niet-clientgebonden tijd die niet onder de eerdergenoemde onderdelen (zoals opleiding en ketenoverleg valt). Hieronder vallen bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en pauze. Deze uren komen voort uit benchmarks met andere regio's en gemeenten en input van aanbieders.
160	Waarom is gekozen voor een risicomarge van 2%? gezien de risico's (ziekteverzuim, inzet PNIL) is een marge van 3% meer passend	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
161	Is de extra vergoeding voor opleiding bovenop de standaard 2% vanuit de CAO GHZ?	De extra tegemoetkoming in kosten voor opleiding wordt ook toegevoegd bij producten waar gerekend wordt met de Cao GHZ.
162	CAO begeleiding basis - Waarom is gekozen voor FWG35 - 40. De basisbegeleiding op verblijfsgroepen bestaat doorgaans uit uit een mix van FWG40-45	U spreekt over verblijfsgroepen. Dit tariefonderzoek is niet van toepassing op de producten die vallen onder de zorgvorm Verblif.
163	Mix behandeling C - Het lijkt erop alsof er geen schaal AMS voor Kinder- en Jeugdpsychiater is opgenomen bij J&O. Waarom is hiervoor gekozen? In de praktijk zien we ook deze inzet terug bij Jeugdzorg. Advies: meenemen voor 5% conform GGZ.	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. De Kinder- en Jeugdpsychiater wordt hierbij niet meegenomen, deze komt terug in Behandeling D.
164	In de presentatie is aangegeven dat er rekening wordt gehouden met recente afspraken, maar welke methodiek van indexeren zal worden gehanteerd?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden. Enkel voor de producten waar gerekend wordt met de Cao Jeugdzorg wordt een indexatie meegenomen omdat deze Cao voor 2024 nog niet bekend is.
165	Begeleiding - Tijdens de presentatie is er een opmerking gemaakt dat de inzet van een gedragsdeskundige op de achtergrond wordt meegenomen, is dit inderdaad zo? En hoe is deze inzet bepaald?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 6.
166	De reistijd in de calculatie is gesteld op 60 uur per jaar. Er van uit gaande dat er 45 werkbare weken in een jaar zijn, is dit 1,33 uur per week. Bij ambulante begeleiding, waarbij van de ene cliënt naar de andere gereisd moet worden, is dit absoluut onvoldoende. Als we ervan uitgaan dat de reistijd van de ene naar de andere cliënt gemiddeld ca. 15 minuten bedraagt; Gelet op het aantal cliënten dat bezocht wordt in een week, is dit gemiddeld 2 uur reistijd. Mijn vraag is aan u; waarop is de 60 uur gebaseerd? Naar onze mening is dit aantal te weinig in relatie tot de realiteit.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
167	In de presentatie wordt bij de tariefopbouw rekening gehouden met 5% no show. Dit percentage is te laag; in de afgelopen 6 weken ervaren wij bij onze doelgroep een percentage van ca. 7 tot 9% no show. Een verstandelijke beperking of geestelijke problematiek veroorzaakt regelmatig no show, simpelweg omdat de cliënt het niet lukt. En natuurlijk gaan wij dan in gesprek met de cliënt en de wijkcoach, maar dat heeft vaak niet het gewenste effect.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
168	In de berekening wordt rekening gehouden met een productiviteit van 60% op jaarbasis. Als we deze terug rekenen naar 45 werkbare weken, komen we op een percentage van 70%. Gelet op de reistijd, collegiaal overleg en de no show, is dit een ambitieuze doelstelling die naar onze mening niet haalbaar is, afgezien nog van bijeenkomsten zoals interventie, scholing en overleg. Deze bijeenkomsten zijn noodzakelijk omdat zij bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en dus van de organisatie.	Helaas heeft TransitiePartners geen verdere onderbouwing ontvangen waarom 60% niet reëel zou zijn volgens u. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie. Daarnaast verzoeken wij u ook aan te geven op welke Cao en FWG/schalen u doelt en voor welke producten.
169	Dia 3: bruto uurlonen De cao VVT is op verschillende momenten in 2023 aangepast: 1 maart cao verhoging van 3% 1 juli verhoging wettelijk minimum uurloon 1 oktober cao verhoging 5% met een bodembedrag van €125,- En in 2024 komt daar nog bij: 1 maart 2,5% met een bodembedrag van €75 1 oktober 2,5 met een bodembedrag van €75 Vraag: op welke wijze worden deze cao aanpassingen meegenomen in uw berekeningen? Met andere woorden: van welke bruto uurlonen wordt uitgegaan?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
170	Dia 3: berekening Op welke wijze worden de verschillende parameters berekend? Kunt u een concreet uitgewerkt voorbeeld meesturen?	De tariefopbouw en uitgangspunten voor de tariefberekening per product zijn gedurende de presentatie gedeeld. De regio en de Transitiepartners willen nu vooral stil staan bij de daarbij behorende uitgangspunten en of die representatief zijn. Aan het eind van het tariefonderzoek krijgt de regio een rapportage met daarin alle gehanteerde uitgangspunten en parameterwaarden per product welke de regio met aanbieders kan delen.
171	Dia 5: functiemix / inschaling Dia 5 en dia 17 spreken elkaar m.i. tegen als het gaat om de functiemix/inschaling voor Huishoudelijke Ondersteuning. Van welke inschaling wordt uitgegaan?	Het klopt dat de inschaling voor Huishoudelijke Ondersteuning specifiek is dan voor alle andere producten. Dit komt omdat er voor Huishoudelijke Ondersteuning binnen de Cao VVT specifieke treden vanuit de specifieke HBH schaal van toepassing zijn. De functiemix als gepresenteerd op sheet 17 is van toepassing voor Huishoudelijke Ondersteuning.
172	Reiskosten Ik mis de post reiskosten in de presentatie. Op welke wijze worden deze meegenomen in de berekening?	Reiskosten vallen onder overhead conform de definitie van Berenschot.

173	Indexeringsmethodiek vraagt om aanpassing Het contract is niet bepalend als het niet de verplichtingen van de AMvB reële prijs op de juiste manier toepast. Met andere woorden: het contract is niet met de AMvB reële prijs in overeenstemming als de actuele cao VVT niet wordt gevolgd. Wij zijn van mening dat het indexeringsbeleid van de regio Centraal Gelderland niet in overeenstemming is met de AMvB reële prijs. Los van de methodiek is een verhouding van 75% personeel en 25% materieel niet passend voor Wmo zorg in het algemeen en voor Huishoudelijke Ondersteuning in het bijzonder. Loonkosten zijn voor 90% bepalend voor de kostprijs. Vraag: Op welke wijze wordt een voorstel voor toekomstige indexeringen die recht doet aan bovenstaande meegenomen in het advies? Een jaarlijkse uitvraag mbt functiemix en ziekteverzuim heeft onze voorkeur aangezien deze parameters grote impact hebben op het tarief.	TransitiePartners zal een advies over de indexeringsmethodiek meegeven aan de regio. Dit heeft de regio meegegeven als opdracht aan TransitiePartners. Daarbij zullen ook de adviezen van de VNG en Nza en de methodiek uit de contractstandaarden worden meegenomen. Wij willen hierbij wel alvast meegeven dat de door uw voorgestelde methodiek afwijkt van deze adviezen en van de contractstandaarden. Daarnaast zorgt dat ons inziens juist voor meer administratieve last voor alle zorgaanbieders.
174	Functiemix Een reel onderzoek onder de aanbieders in welke schalen personeel zitten, welke CAO men volgt en wat het percentage Hbo'ers en Mbo'ers is. Dit is namelijk de basis waarin het misgaat met de huidige manier waarop de tarieven in 2015 zijn bepaald en ook nu worden onderzocht. In juli online presentatie is aangegeven dat aanbieders dit op eigen initiatief kunnen melden. Dat lijkt mij geen gedegen en geen reëel marktonderzoek. Vanuit ons: In ons geval zitten alle begeleiders (voor de begeleidingsproducten regulier en specialistisch) in Ggz Schaal 50. Al onze begeleiders zijn Hbo geschoold omdat er voor ons geen verschil mag zitten in welke begeleider welk product levert. Een cliënt bouwt een vertrouwensband op en wil ongeacht op of afschalen van het product, dezelfde begeleider behouden. De gedragswetenschapper is ingeschaald in schaal 60.	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 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 geïmplementeerde 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 geïmplementeerde uitgangspunten en onderdelen per product. Hierbij wordt ons inziens wel degelijk rekening gehouden met de gezamenlijke verantwoordelijkheid. 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 geïmplementeerde uitgangspunten en parameters. 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. Dat u als aanbieder een eigen keuze maakt dat uw medewerkers iedere product mogen leveren ondanks de toewijzing, doet geen recht aan de inkoopdocumenten, uitgangspunten, productbeschrijvingen en aanvullende eisen van de regio is een keuze die de regio niet kan ondersteunen. Hiermee is de vraag dan ook of voldaan wordt aan de gewenste inzet en eisen.
175	Daarnaast is in 4 jaar tijd de verhouding regulier en specialistisch gewijzigd van 60/40 (40% specialistisch) naar in 2022 nog 20% specialistisch, doordat consultants in de (soms vage) productbeschrijvingen meer ruimte zien om de (juist complexere) doelgroep als regulier in te schalen. Hierdoor is in 4 jaar tijd ons effectief uurtarief (omzet gedeeld door gedeclareerde uren) in totaal 2% gestegen. Terwijl de loonsverhogingen in 4 jaar tijd (tot 2022) circa 8% bedroegen, in lijn met de indexaties vanuit gemeenten. Echter in 2023 zijn de lonen verder verhoogd om eind 2023 en in 2024 nog eens te verhogen. De tarieven kunnen dit jaar eigenlijk al niet meer uit zeker niet doordat er minder specialistisch wordt geïndiceerd. Terwijl de doelgroep complexer wordt, suggereert de gemeente dat er meer mbo'ers ingezet kunnen worden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 8.
176	Reistijd Hetzelfde geldt voor reistijd. Vraag bij aanbieders uit hoeveel reistijd er gemiddeld wordt geregistreerd om hier een eenduidig beeld in te krijgen. Binnen onze organisatie is het gemiddeld aantal uren per cliënt per week in een aantal jaren gezakt van 1.8 uur per week (dat is sinds 2007, toen binnen de Awbz, altijd 1.8 uur geweest) naar nu 1.6 uur. Dat zou betekenen dat er in een werkweek meer cliënten worden gezien. Ergo; meer reistijd. Het voorgestelde aantal uren van 60 uur per jaar bij 36 uur is bij lange na niet realistisch. Dat zou gaan om 76 minuten per week. Bij 36 uur in 46 werkweken, komt dat met 20 cliënten per week neer op 5 minuten per cliënt. Begeleiders zijn al 5 min. kwijt om te parkeren, uit de auto te stappen (vaak in een flat naar boven te lopen) en aan te bellen bij een cliënt. Bijna geen enkele cliënt heeft een eigen oprit gezien de vaak economisch beperkte situatie. Als dit zo doorgezet gaat worden, zullen wij ons terugtrekken uit de kleine gemeenten (die we veelal vanuit bijvoorbeeld Arnhem en Wageningen bedienen). Omdat die 5 minuten per cliënt zelfs in Arnhem niet uitkunnen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
177	No Show Het aantal uren no show is toegenomen met de complexere doelgroep. In overleg met consultants kan dit best wel eens gedeclareerd worden omdat iedereen weet dat het percentage wat is berekend niet klopt en consultants liever hebben dat we in beeld blijven dan dat wij na 2 no shows afhaken. Helaas zijn de registratie van no show niet altijd goed ingevoerd blijkt bij navraag omdat men vaak andere werkzaamheden op deze momenten doet. Maar begeleiders herkennen zich niet in de gecijferde cijfers.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
178	De benchmark Care en Jeugdzorg van Berenschot geeft voor sectoren het % overhead aan. Voor GGZ is dat 21,2%, voor Jeugdzorg 17,8%. Omdat wij J&O tarieven hebben maar een combi van J&O en JGGZ bieden en het verschil in percentages niet goed kunnen plaatsen: wat is de onderbouwing voor deze percentages? Wat valt er hier onder 'overhead'? Met welk percentage wordt in welke producten gerekend?	In de marktconsultatie zijn de percentages overhead per Cao aangegeven. Per tariefopbouw is benoemd met welke Cao's wordt gerekend en daarbij geldt dus de bijbehorende geïmplementeerde percentages overhead. Voor de definitie van overhead verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 61.
179	Voor product A2 gelden vaak hogere kosten vanwege huurkosten voor externe ruimtes (voor bewegingsgerichte therapie bijvoorbeeld de huur van gymzalen) en extra reistijd. Die extra kosten komen nu niet terug in de tariefopbouw. Binnen de behandeling kun je de inzet van product A2 zien als afschalen (en 'goedkopere' zorg), maar als de tarieven niet kostendekkend zijn is het voor aanbieders moeilijk dit product in te zetten. Wat zou hieraan gedaan kunnen worden?	Helaas heeft TransitiePartners geen verdere onderbouwing ontvangen waarom het gehanteerde percentage voor materiële kosten en kapitaallasten, maar ook de uren reistijd niet reëel zou zijn volgens u. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie en een onderbouwing wat volgens u een reëel percentage voor materiële kosten en kapitaallasten zou zijn.
180	Als het gaat om marge en andere vergoedingen wordt gesproken van: - Extra tegemoetkoming in kosten voor opleiding: 2% Klopt het dat dit nieuw is? En 2% van wat? - Risicomarge: 2%. Klopt het dat dit nu 3% is? Vanwaar de verlaging? En ook: 2% van wat?	TransitiePartners is niet het bureau wat voor de regio Centraal Gelderland de huidige tarieven heeft berekend en kan dus ook niet duiden of en hoe dit in de huidige tarieven is opgenomen. Voor uw vraag rondom risicomarge verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 3. Deze percentages worden berekend als 2x 2% opslag op de totale kosten.
181	Het tarief voor product Consultatie D is in de huidige afspraken gebaseerd op 100% MSP (medisch specialist). In de opzet voor het tarief in dit onderzoek is Consultatie D een mixtarief. In deze berekening worden kosten niet gedekt. Voor de inzet van onze psychiater hebben we met de regio afspraken gemaakt. Onze kosten voor de psychiater zijn 100% MSP. Als dit mixtarief blijft, kunnen wij dit product niet meer bieden.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 24.

182	Random indexeren: klopt het dat (na het onderzoek) voor 2024 een nieuwe berekening/ opbouw van het tarief voorgesteld gaat worden op basis van (o.a.) OVA 2023, terwijl andere jaren telkens het OVA percentage van een jaar daarvoor (dus voor 2024 het OVA van 2022) gebruikt werd? Als dat zo is, hoe waarborgen we dan dat de grootste stijging van personele kosten (in 2022) terugkomt in het tarief van 2024? En voor de toekomst: hoe waarborgen we dat we niet opnieuw in de situatie komen dat de kostenstijgingen voor personele componenten zowel aanbieders als gemeenten in de problemen brengen? -> Werken met OVA in indexering óf juist kiezen voor een andere index die actueler en flexibeler inspeelt op personele kosten?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden. Enkel voor de producten waar gerekend wordt met de Cao Jeugdzorg wordt een indexatie meegenomen omdat deze Cao voor 2024 nog niet bekend is. TransitiePartners zal een advies over de indexeringsmethodiek meegeven aan de regio. Dit heeft de regio meegegeven als opdracht aan TransitiePartners. Daarbij zullen ook de adviezen van de VNG en Nza en de methodiek uit de contractstandaarden worden meegenomen.
183	Of, als OVA als index blijft: hoe kunnen we de contractafspraken dan zo opstellen dat ze ruimte bieden in noodgevallen? Wij hebben ervaren dat die ruimte er nu niet is en dat brengt veel aanbieders in de problemen (en gemeenten daarmee ook).	TransitiePartners zal een advies over de indexeringsmethodiek meegeven aan de regio. Dit heeft de regio meegegeven als opdracht aan TransitiePartners. Daarbij zullen ook de adviezen van de VNG en Nza en de methodiek uit de contractstandaarden worden meegenomen.
184	Zeker omdat de inzet voor nieuwe loonafspraken in de CAO jeugdzorg een stijging van 10% is. En als dat -al is het deels- waar wordt, dan kan dit al snel een nieuw probleem worden.	De Cao Jeugdzorg 2024 is inderdaad nog niet bekend en vastgesteld. Om deze reden dient de Cao Jeugdzorg 2023 meegenomen te worden. Echter om door te rekenen naar prijspeil 2024 wordt specifiek de producten waarin wordt gerekend met de Cao Jeugdzorg een indexatie meegenomen zoals gepresenteerd en toegelicht in de marktconsultatie. Deze indexatie is op basis van de adviezen en normen van de VNG, Nza en vanuit de contractstandaarden.
185	Vanuit de VNG is al jaren geleden een heldere handleiding verschenen als basis voor de bepaling van reële tarieven voor de Jeugd GGZ. Waarom wordt deze niet gebruikt voor dit onderzoek?	Deze handleiding is bij TransitiePartners bekend en wordt zeker meegenomen in het gehele onderzoek. Echter kan dit geen volledige onderbouwing zijn omdat deze uit 2017 komt en het zorglandschap wel degelijk veranderd is. De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen daarnaast ook als basis voor de tariefopbouw per product.
186	De handleiding van de VNG is voor een belangrijk deel gebaseerd op de uitkomsten van kostenonderzoeken vanuit de NZA met deelname vanuit de hele GGZ-sector. Het onderzoek van Berenschot kent maar een beperkte deelname vanuit de GGZ en geeft naar onze mening dan ook geen juist beeld van de werkelijke kosten, zeker niet voor zogenaamde geïntegreerde instellingen. Onderschrijft u dit en bent u het met ons eens dat hiermee mogelijk geen reële tarieven tot stand komen voor de geïntegreerde aanbieders?	De benchmark van Berenschot wordt slechts voor 2 onderdelen van de tariefopbouw gehanteerd. Daarnaast zijn wij van mening dat de opbouw zoals gepresenteerd met het daarbijbehorende proces zorgt voor reële tarieven voor de regio Centraal Gelderland. Dit is ook de ervaring van TransitiePartners vanuit tariefonderzoeken uit andere regio's.
187	Qua uitgangspunt wordt bij de tariefberekening de cao-stijging per 01-01-2024 gehanteerd, is daarbij ook rekening gehouden met de aanvullende cao-stijging per 01-01-2024 zie bijlage https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2023/akkoord-over-aanvullende-loonsverhoging-ggz. Gedurende het jaar, namelijk in augustus en december, zijn er ook cao- stijgingen. Om tot een reële kostprijs te komen moeten deze cao-stijgingen ook meegenomen worden in de tariefberekening. Wij verzoeken u deze kosten toe te voegen aan opbouw van de tarieven.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
188	Uit de CAO blijkt dat elke medewerker recht heeft op een balansregeling (CAO-GGZ-1-12-2021-31-12-2024-INCL-wijzigingen-per-1-november-2023-toevoeging-H3-artikel-23.pdf (denederlandseggz.nl)). Om tot een reële kostprijs te komen moet de balansregeling ook meegenomen worden in de tariefberekening. Wij verzoeken u deze kosten toe te voegen aan opbouw van de tarieven.	Dit is onderdeel van de productiviteit, meegenomen in "Verlof, extra verlof, feestdagen en LFB, bijzonder verlof, etc."
189	In het onderzoek wordt er gesproken over schaal opbouw en dat er 50% van gemiddelde treden wordt berekend. Betreft dit de gemiddelde treden van alleen de functieschaal of incl. de aanloopschaal?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
190	Het gebruik maken van maximale treden voor medische specialisten bij de tariefberekening is niet reëel gezien de schaarste in de huidige arbeidsmarkt. Medisch specialisten verdienen hierdoor ruim meer dan de maximale trede. Vanwege de huidige arbeidsmarkt worden er erg veel medische specialisten ingehuurd waarbij de tarieven zeker 20% hoger zijn. Om tot een reëel tarief te komen moet het salaris van de maximale trede voor medisch specialisten met minimaal 20% omhoog.	Het uitgangspunt is dat alle medewerkers worden betaald conform de Cao's en daarbijbehorende salarissen. 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%. Indien een aanbieder medewerkers meer dan de Cao's betaald is dat een keuze vanuit de aanbieder zelf.
191	Welk percentage pensioenbijdrage werkgever wordt gebruikt in het onderzoek? Uit de cao-ggz blijkt dat de verhouding werkgever 50% is. En dat de premie bij PFZW 25.8% is, bron: Premiepercentages en franchises - Werkgevers PFZW. Om tot een reëel tarief te komen moet het percentage pensioenbijdrage 12.9% zijn. Wij verzoeken u dienovereenkomstig de berekening aan te passen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 60.
192	Graag ontvangen wij het onderzoek Care en Jeugdzorg van Berenschot 2022. De gehanteerde % voor overhead, materiële kosten en kapitaallasten zijn geen reële percentages. Daarnaast wordt de overhead berekend over de loonkosten is dit juist? Moet dit niet over de totale kosten? Uit bijgevoegd onderzoek (Handreiking bekostiging J-GGZ Inspanningsgericht VNG pagina 21) variëren de overheadopslag tussen 28% en 38%. Om tot reële tarieven te komen moet voor ons duidelijk zijn waardoor de verschillen in overhead komen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18. Overhead zoals wij deze hanteren refereert enkel naar personele overhead. De definitie in de handreiking is breder en betreft personele overhead maar daarbij ook materiële kosten en kapitaallasten. Als u de percentages meeneemt voor kapitaallasten en materiële kosten zoals gepresenteerd in de marktconsultatie komt dit uit binnen de bandbreedte zoals door u aangegeven.
193	De productiviteit die de regio hanteert is veel te hoog t.o.v. de realiteit. Het ziekteverzuim is hoger dan de momenteel gehanteerde 6.36% voor de functie van GGZ. Verzuimdatabedrijf Vernet, dochteronderneming van pensioenuitvoeringsorganisatie PGGM, stelt vast dat het verzuim in de zorgsector in januari 2022 is gestegen naar 8,88 procent. Inmiddels is het verzuim gedaald naar 7,22%. Daarnaast is er geen rekening gehouden met no show. Uit bijgevoegd onderzoek (Handreiking bekostiging J-GGZ Inspanningsgericht VNG pagina 31) blijkt dat declareerbare uren veel lager liggen dan de door jullie berekende declareerbare uren. Bijgevoegd onderzoek komt uit 2017. De afgelopen jaren is het ziekteverzuim en de administratieve last alleen maar verhoogd. Daarom vinden wij dat de gehanteerde productiviteit te hoog is om. Om tot een reëel tarief te komen moet de productiviteit naar realistische normen worden bijgesteld.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16. Daarnaast staat in de handreiking ook duidelijk het volgende beschreven: "De productiviteit kan anders liggen in een specifiek onderdeel daarvan, de jeugd-ggz." Helaas heeft TransitiePartners geen verdere onderbouwing ontvangen waarom de productiviteit niet reëel zou zijn volgens u. Deze zouden wij nog graag ontvangen met een onderbouwing van de productiviteit binnen uw organisatie.
194	Wmo - Huishoudelijke Ondersteuning P. 5. Er staat dat voor reguliere functies 50% maximale trede en 50% gemiddeld alle treden wordt toegepast. Dit betekent bij de Huishoudelijke Ondersteuning dat de menskracht verdeeld moet worden over trede 0 t/m 4 met 8,3 % en bij trede 5 is dit dan (50% + 8,3% =) 58,3%. Op p. 17 staat een andere verdeling genoemd. Wordt deze verdeling nog aangepast? [aanbieder] heeft door goed werkgeverschap een verdeling van het personeel over de HV-schalen waarbij trede 5 een populatie kent ad 62%.	Het klopt dat de inschaling voor Huishoudelijke Ondersteuning specifiek is dan voor alle andere producten. Dit komt omdat er voor Huishoudelijke Ondersteuning binnen de Cao VVT specifieke treden vanuit de specifieke HBH schaal van toepassing zijn. De functiemix als gepresenteerd op sheet 17 is van toepassing voor Huishoudelijke Ondersteuning. De gehanteerde inzetmix komt voort uit een uitvraag die de regio zelf heeft gedaan voor 2023 onder alle aanbieders van HO. Hierbij is ook rekening gehouden met een gewogen gemiddelde.
195	Wmo - Huishoudelijke Ondersteuning P. 6. Ons inziens ontbreekt op de pagina "Algemene wet en regelgeving" het percentage mbt WGA-hiaat inlooprisico. Dit is een vast onderdeel in de CAO VVT dat door de werkgever moet worden betaald. Het betreft 0,12%. Wordt dit item nog opgenomen?	Hiervoor is de Gedifferentieerde premie WGA opgenomen.
196	Wmo - Huishoudelijke Ondersteuning P.9. Het percentage ziek waarmee wordt gerekend is het gemiddelde van de afgelopen 5 jaar conform CBS, (7,78%). Momenteel is het ziekteverzuim hoger. O.i. is er een verschil tussen voor en na Covid. In de rekentool van VNG wordt op basis van Vernet het percentage van 8,49% meegenomen dat tot stand is gekomen over de periode van 2019-4 t/m 2022-3. Dit percentage is volgens ons beter passend bij de huidige situatie. Wordt een meer reëel percentage verwerkt bij de kostprijsbepaling 2024?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
197	Wmo - Huishoudelijke Ondersteuning P.10. Reistijd wordt in de tabel "Productiviteit Wmo" op 2 % gezet. Momenteel worden de indicaties kleiner, hierdoor hebben medewerkers meer cliënten op een dag waardoor de reistijd hoger uitkomt. Kan met deze nieuwe situatie rekening worden gehouden ?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
198	Wmo - Huishoudelijke Ondersteuning P.17. Er staat; ORT is 0%. Wij vragen ons af of dit reëel is gezien de marktontwikkelingen, personeelskrapte etc.. Wij zien dat Huishoudelijke Ondersteuning wellicht ook op zaterdagmiddag geleverd gaat worden. Hierbij is een ORT-percentage van kracht volgens CAO-VVT ad 38%. Is het mogelijk om een gering ORT-percentage op te nemen bij de uitgangspunten?	Het uitgangspunt van de regio is dat de zorg enkel gedurende kantooruren wordt geleverd.
199	Wmo - Begeleiding P. 6. Ons inziens ontbreekt op de pagina "Algemene wet en regelgeving" het percentage mbt WGA-hiaat inlooprisico. Dit is een vast onderdeel in de CAO VVT dat door de werkgever moet worden betaald. Het betreft 0,12%. Wordt dit item nog opgenomen ?	Hiervoor is de Gedifferentieerde premie WGA opgenomen.

200	Wmo - Begeleiding P.10. M.b.t. Begeleiding herkennen wij ons niet in de reistijd van 3.2%, het werkelijke percentage ligt hoger, dit wordt o.a. veroorzaakt doordat bij iedere cliëntituatie de juiste begeleider wordt ingezet en daarnaast dat er minder tijd bij cliënt wordt doorgebracht, waardoor begeleiders meer cliënten op een dag hebben. Kan hiermee rekening worden gehouden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
201	Wmo - Begeleiding P.15. We zetten geen medewerkers in in FWG 35. Dat is o.i. niet reëel in de huidige arbeidsmarkt. Kan FWG 35 verwijderd worden bij de uitgangspunten ?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 22.
202	Proces Als eerste willen we een opmerking maken over het proces. Er is gekozen om zowel de Jeugd als de Wmo tegelijk toe te lichten. Dit zijn aparte producten die voor het grootste deel geen overlap hebben en in de regel niet door dezelfde zorgaanbieder geleverd worden. Bovendien zijn de thema's binnen deze domeinen heel verschillend, dat werd ook duidelijk tijdens de marktconsultatie. Is het mogelijk om in het vervolg van het traject een splitsing te maken, zodat de specifieke vragen per domein/ product toegelicht kunnen worden?	Dit is helaas niet mogelijk omdat TransitiePartners de opdracht om een tariefonderzoek te doen naar de zorgvormen Begeleiding, Behandeling, Groepsbegeleiding en Huishoudelijke Ondersteuning. Hierbinnen vallen zowel Jeugd als Wmo producten. Daarnaast zijn er ook verschillende inkoopdocumenten, productbeschrijvingen en specifieke eisen die zowel betrekking hebben op Jeugd als Wmo producten.
203	OVA/ indexering In de presentatie is een voorlopige indexatie opgenomen voor Jeugdzorg. De opgenomen indexatie voor WMO ontbreekt. -Welk indexatie % is gebruikt voor de WMO, en hoe is deze opgebouwd?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden. Enkel voor de producten waar gerekend wordt met de Cao Jeugdzorg wordt een indexatie meegenomen omdat deze Cao voor 2024 nog niet bekend is.
204	OVA/ indexering In de presentatie is een voorlopige indexatie opgenomen voor Jeugdzorg. De opgenomen indexatie voor WMO ontbreekt. -Is rekening gehouden met de recente (salaris) afspraken die gemaakt zijn in de Cao VVT. Zo ja, kunt u uitleggen hoe dit is berekend?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
205	OVA/ indexering In de presentatie is een voorlopige indexatie opgenomen voor Jeugdzorg. De opgenomen indexatie voor WMO ontbreekt. -In hoeverre is de eventuele aanpassing van het landelijk minimumloon meegenomen?	Deze is meegenomen.
206	OVA/ indexering In de presentatie is een voorlopige indexatie opgenomen voor Jeugdzorg. De opgenomen indexatie voor WMO ontbreekt. -Hoe is rekening gehouden met inflatie?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 15.
207	Productiviteit WMO -Wat wordt verstaan onder 'overig niet productief'?	Hierin zitten de uren die medewerkers kwijt zijn aan niet-cliëntgebonden tijd die niet onder de eerdergenoemde onderdelen (zoals opleiding en ketenoverleg valt). Hieronder vallen bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en pauze.
208	Productiviteit WMO -Wat is het verschil tussen 'innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg' en 'overig niet productief'?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 207.
209	Productiviteit WMO -Zowel voor 'innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg' en 'overig niet productief' zijn 0 uren opgenomen voor VVT HO en FWG 25. Kunt u aangeven wat de motivatie hiervan is? Naar ons idee heeft ook een medewerker VVT HO/ FWG 25 tijd nodig voor innovatie, en moet hiervoor in de opbouw ook tijd worden meegenomen;	Het uitgangspunt van de regio is dat voor de producten binnen de zorgvorm Huishoudelijke Ondersteuning medewerkers geen tijd dienen te spenderen aan innovatie.
210	Productiviteit WMO -'Reistijd': gerekend is met reistijd van 37,56 uur op jaarbasis. Aangezien de tijd per client zal verminderen, en daardoor per medewerker meer cliënten bezocht worden per dag, zijn deze uren niet toereikend. Voor een fulltime contract, waarbij geldt dat een medewerker 7,2 uur per dag, vijf dagen per week, gedurende 39,4 weken per jaar conform de berekening van Centraal Gelderland (uren verlof en verzuim zijn goed voor 12.6 weken per jaar) dan komt dit neer op 11:42 minuten reistijdvergoeding per dag in het tarief. Aangezien de gemiddelde duur per contactmoment verminderd is wordt nu uitgegaan van 2 uur zorg per moment. Op een werkdag van 7,2 uur betekent dit ruim 3 contactmomenten. Dit betekent dat de twee reismomenten tussen de contactmomenten uit het tarief vergoed zouden moeten worden. De maximale reistijd per beweging zal dan minder dan 6 minuten moeten bedragen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
211	Productiviteit WMO -'Administratie en overleg': gerekend is met 50 uur op jaarbasis. Wat wordt hieronder verstaan? Valt hier bijvoorbeeld ook de overhead en administratie onder (productieregistratie, planners, teamhoofden)? Zo ja, dan is dit aantal uren niet voldoende. Zo nee, hoe zijn deze uren wel meegenomen?	Hieronder valt de indirect cliëntgebonden tijd voor de medewerkers die de zorg verlenen. De overhead en administratie zoals door u benoemd valt onder de parameter overhead.
212	Algemeen: marge & andere vergoedingen -Risicomarge: 2%. In de tarieven voor 2023 is rekening gehouden met een margeopslag van 3%. Daarnaast is in de tariefopbouw van 2023 rekening gehouden met 2 uur no show op jaarbasis (0,1%). Deze is niet meegenomen in de nieuwe tariefopbouw 2024. Ook missen we in de opbouw 2024 een vergoeding voor resultaat. Hiermee is onze conclusie dat 2% een te lage marge is, 3% is wat ons betreft een beter uitgangspunt, conform 2023.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoorden op vragen 3 en 31. Resultaat is daarnaast een gegeven wat aanbieders zelf dienen te behalen door een gezonde en efficiënte bedrijfsvoering.
213	Algemene voorziening HO/ HO/ Maatwerkvoorziening HO eigen regie -Schaal HBH (VVT): Op basis waarvan is deze schaal bepaald? Deze verdeling is niet representatief voor onze organisatie, medewerkers zijn relatief hoger ingeschaald. We hebben sterk de vraag of deze verdeling wel representatief is voor andere organisaties.	De gehanteerde inzetmix komt voort uit een uitvraag die de regio zelf heeft gedaan voor 2023 onder alle aanbieders van HO. Hierbij is ook rekening gehouden met een gewogen gemiddelde.
214	In sheet 7 zijn overheadkosten VVT opgenomen ad 16,20%. Welke kosten vallen onder de overheadkosten?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 61.
215	In sheet 7 materiële kosten en kapitaalkosten individueel ad 11,56% opgenomen. Welke kosten vallen hieronder?	Hieronder vallen de zogenaamde overige "overhead" kosten, zoals ICT-kosten, energiekosten en huur. Dit zijn dus de kosten die niet het geheel van functies dat sturend en ondersteunend is aan het primaire proces en de kosten die aanvullend gemaakt worden door het personeel betreffen.
216	Sheet 5: Voor reguliere functies: 50% maximale trede en 50% gemiddelde alle treden. Hoe kunnen wij dit voor onze eigen organisatie bepalen? Dienen wij hiervoor alle medewerkers in de berekening mee te nemen of alleen de medewerkers die uren maken voor de WMO?	Dit betreffen enkel de medewerkers die de zorg verlenen aan de cliënten en bijvoorbeeld dus niet medewerkers op de administratie (deze vallen onder overhead).
217	Slide 3 Tariefmodel De huidige groepsproducten in Centraal Gelderland kennen een uurtarief, geen dagdeeltarief. Dit is ook vastgelegd in de productomschrijvingen en de zorgvormspecifieke eisen. Welke beweegredenen heeft gemeente om terug te keren naar dagdeel financiering?	Voor de groepsproducten zullen uurtarieven blijven gelden.
218	Hoe worden de voorwaarden en eisen gewijzigd? Hoeveel dagdelen mogen gedeclareerd worden indien de cliënt niet exact 3 of 6 uur groepsgewijze zorg ontvangt?	Voor de groepsproducten zullen uurtarieven blijven gelden.
219	Slide 4 Algemeen Cao Wij missen hier de vergoeding voor woon-werkverkeer en of de thuiswerkvergoeding. Hoe worden de vergoeding voor woon-werkverkeer en of de thuiswerkvergoeding meegenomen in de kostprijs?	Deze vallen onder overhead conform de definitie van Berenschot.
220	Slide 5 Algemeen FWG / Schaal opbouw De inzet van PNIL neemt onverminderd toe bij zorgaanbieders. EY rapporteert in haar Barometer gezondheidszorg een ratio van 11% voor de Gehandicaptenzorg in 2022. In de concept kostprijsonderbouwing wordt hier alleen rekening mee gehouden vanaf FWG 60 omdat de arbeidsschaarste met name op de specialistische segmenten zou spelen. Wij herkenning dit niet. Wij ervaren schaarste in alle functies, ook en zelfs met name in de lagere schalen Waarop baseert u dat de schaarste zich enkel op de specialistische segmenten manifesteert en niet op reguliere functies?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.

221	Bent u bereidt om ook op de lagere schalen rekening te houden met de (toenemende) inzet van PNIL en ook daar 50% van de maximale trede en 50 % gemiddelde van bovenste helft van de treden te gebruiken?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
222	Slide 7 Algemeen: overhead en materieel Het is ons onduidelijk welke posten door Berenschot onder overhead gerekend worden en hoe zij overhead definiëren. In de toelichting werd aangegeven dat ook de inzet van gedragkundigen bij behandeling onder de overhead zou vallen. Daar zetten wij vraagtekens bij omdat die inzet cliëntgebonden is. Meer daarover bij de (groeps)behandelproducten. Welke posten vallen er onder overhead?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 61.
223	Hoe luidt de definitie van overhead die in het Berenschotrapport wordt gehanteerd?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 61.
224	Slide 8 Productiviteit (1) Voor de groepsproducten dient de direct cliëntgebonden tijd gedeclareerd te worden. Bij Kinderdagcentra worden kinderen soms tot een half uur voor start van de groep (door een taxibusje) gebracht. In deze tijd ("aanlooptijd") moeten medewerkers op de groep aanwezig zijn en hebben geen gelegenheid voor andere werkzaamheden dan toezicht houden op de kinderen. Ons inziens is dit ook direct cliëntgebonden tijd. Aanlooptijd is 30 minuten per dag, 5 dagen per week, 40 weken = 100 uur per jaar. Hoe definieert u direct cliëntgebonden tijd?	Dit staat beschreven in de inkoopdocumenten, eisen en voorwaarden van de regio. Hierin staat: Direct cliëntgebonden tijd: Al het directe (face-to-face) contact met de cliënt en het cliëntsysteem (ouders, verzorgers, pleegouders en voogden). Dit is in aanwezigheid van of rechtstreeks met de cliënt of cliëntsysteem (telefonisch contact, mail en e-health).
225	Ziet u de "aanlooptijd" ook als direct cliëntgebonden tijd? Zo niet, waarom niet?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 224.
226	Is deze "aanlooptijd" declarabel? Zo niet, waarom niet?	De aanlooptijd is niet declarabel. Echter is het uitgangspunt van de regio dat voor Groepsbehandeling er een half uur extra voor aanlooptijd wordt opgenomen in de tariefopbouw, omdat de regio erkent dat dit hier vaak voorkomt.
227	Als "aanlooptijd" niet declarabel is, onder welke productiviteitspost valt dit dan? (Slide 11 en 12)	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 226.
228	Slide 9 Productiviteit (2) De verzuimcijfers binnen de gehandicaptenzorg vertonen de afgelopen vijf jaar een stijgende trend. Deze stijgende tendens wordt verklaart door een steeds toenemende krapte op de arbeidsmarkt. De krapte zal de komende jaren alleen maar toenemen en hetzelfde geldt voor de werkdruk voor het personeel in loondienst. Dit zal zijn weerslag blijven hebben op de verzuimcijfers. Wij stellen daarom voor om niet het gemiddelde verzuimcijfer van de afgelopen vijf jaren te nemen, maar het verzuimcijfer van 2022. Het is immers niet de verwachting dat het verzuimcijfer zal dalen tijdens de resterende contractperiode. Bent u bereid het verzuimcijfer voor GHZ 2022 te gebruiken?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
229	Op deze slide wordt verwezen naar onderzoeken en landelijke benchmarks voor de productiviteitsposten Opleiding, Innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg en Overig niet productief. Voor Reistijd verwijst u naar Regionale uitgangspunten. U specificeert de bronnen echter niet zodat één en ander niet navolgbaar is. Kunt u aangeven welke onderzoeken en landelijke benchmarks u gebruikt heeft?	Wij verwijzen u hiervoor naar de verschillende openbare rapporten en documenten rondom tariefonderzoek en tariefopbouw van verschillende regio's, maar ook vanuit de NJI, Nza en andere landelijke instanties. Daar waar wij gegevens hebben vanuit de regio over regionale kenmerken kunnen wij deze meenemen. De marktconsultaties en Nva's zijn bedoeld om alle geïmplementeerde 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. Op die manier kunnen verdere regionale kenmerken meegenomen worden in de tariefopbouw.
230	Kunt u toelichten wat de Regionale uitgangspunten zijn en waar deze op gebaseerd zijn?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 229.
231	Slide 10 & 12 Productiviteit WMO en Jeugd Begeleiding Voor reistijd wordt 60 uur per jaar gerekend. Onze begeleiders van het ambulante team geven aan ongeveer een uur reistijd per dag te hebben. Daarbij tellen ze de eerste rit van huis naar cliënt niet mee, net als de laatste rit van de dag van cliënt naar huis. Bij drie cliënten op een dag, komen zij op gemiddeld een uur reistijd per dag. Op jaarbasis komen zij makkelijk op 200 uur (5 dagen per week, 40 weken). Kunt u de reistijd ophogen?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 28.
232	Slide 13 Algemeen: Marge & andere vergoedingen Uit het voorwoord van de Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2023 van EY: "Na de donkere wolken die we vorig jaar signaleerden, kunnen we nu gerust stellen dat de bliksem op sommige plaatsen in de Nederlandse gezondheidszorg is ingeslagen. Vandaar onze titel 'Onweersbuien trekken over de zorgsector'. Het rendement halveert bijna, het aantal rode cijfers is meer dan verdubbeld, breaches en waivers zijn meer regel dan uitzondering en het aantal zorgaanbieders in bijzonder beheer is fors toegenomen. En dat allemaal ondanks de compensatieregelingen die in 2022 nog van toepassing waren. Deze regelingen zijn in 2023 voorgoed voorbij. Wij verwachten daarom dat de dalende lijnen zich in 2023 zullen voortzetten. De Care en de GGZ lijken harder getroffen door de bliksem dan de ziekenhuizen." Kortom, de financiële situatie van zorgaanbieders is uiterst penibel en de vooruitzichten zijn slecht. Waar de overige kostprijsfactoren een afspiegeling zijn van de reële kosten, is de risicomarge een middel om enigszins lucht te geven aan de aanbieders. In de vorige kostprijsopbouw werd een risicomarge van 3% opgenomen. U echter stelt voor de Risicomarge met 33% terug te brengen naar 2%. Wij vinden dat onbegrijpelijk en een heel verkeerd signaal. Bent u bereid een risicomarge van 3% te handhaven?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
233	Slide 15 WMO Begeleiding Inzet van FWG 35 is bij WMO ambulante begeleiding basis praktisch niet haalbaar. Daarvoor is de casuïstiek te gecompliceerd. Wij zetten daarom alleen FWG 40 in bij ambulante WMO begeleiding basis. Kan de FWG-mix aangepast worden naar 100% FWG 40?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 22.
234	Ook binnen WMO ambulante begeleiding komt het regelmatig voor dat cliënten niet op de afspraak zijn (niet thuis zijn) of minder dan 24 uur voor de afspraak afzeggen. Toch is er bij deze producten geen rekening gehouden met no show. Kunt u een vergoeding voor no show opnemen in de tariefopbouw van de WMO ambulante begeleidingsproducten?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
235	In mindere mate is er ook no show bij jeugd begeleidingsproducten. Kunt u een vergoeding voor no show opnemen in de tariefopbouw van de jeugd ambulante begeleidingsproducten?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.

236	Slide 19 Jeugd begeleiding Binnen onze organisatie wordt voor jeugd specialistische begeleiding een functieprofiel gevraagd dat past binnen FWG 50. Wij achten het inzetten van FWG 45 niet realistisch of passend. Kunt u de functiemix binnen dit profiel aanpassen naar 100% FWG 50.	Wij zien de FWG 45 niet terug op slide 19. Kunt u wellicht toelichten waar u dit terugziet? De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen daarnaast als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product.
237	Slide 19, 20, 21 Groepsproducten jeugd Een no show van 5% bij de groepsproducten jeugd is te laag. Onze specialistische KDC's zijn 52 weken per jaar open. Dit vanwege inhoudelijke overwegingen. Zo zien we bijvoorbeeld een grote terugval in de beoogde behandelresultaten tijdens afwezigheid in vakanties. Ook zijn is de zorgvraag van een deel van deze cliënten dusdanig groot dat gezinnen ontwricht zouden raken bij zomersluiting. Vanwege de problematiek kan de doelgroep niet in reguliere opvang terecht. Uiteraard gaan deze gezinnen vaak wel op vakantie, wat tot verminderde bezetting in de zomermaanden leidt. Daarnaast spelen bij deze cliënten vaak medische complicaties waardoor ze afwezig zijn. Dit soort afwezigheid is niet of maar heel beperkt op te lossen door slim te roosteren of andere cliënten in te laten stromen. Dit alles maakt een no show van 5% onrealistisch. 12% is ons inziens een passendere inschatting. Kunt u bij de kostprijs rekening houden met een grotere afwezigheid?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 31.
238	Slide 20 Behandeling A (Groep) en Behandeling B (groep) In de leveringsvoorwaarden staat dat er minimaal één wo-opgeleide gedragswetenschapper bij de behandeling betrokken is. Deze gedragskundige heeft ook direct contact met ouders en kind. Ons inziens hoort deze dus niet in de overhead. Het functieprofiel van een gedragswetenschapper is ingeschaald in FWG 65, deze zien we echter niet terug in de gebruikte loonschalen. Hoe komt de directe cliënt contacttijd van de gedragskundige tot uiting in de tariefopbouw van de groepsbehandelproducten?	De gedragsdeskundige komt voor Behandeling A terug in de functiemix voor de Jeugdzorg Schaal 11. Voor Behandeling B komt hier de FWG 60 nog bij.
239	In slide 5 geven jullie aan dat er vanaf FWG 60 en schaal 11 gerekend wordt met 50% van de maximale trede en 50% van het gemiddelde van de bovenste helft van de trede. Ik kan mij voorstellen dat dit relatief recht doet aan FWG 60, maar bij ons gaat dit vanaf FWG 65 niet meer op. Vanaf 65, maar zeker in 70 en 75 zit iedereen in de maximale trede van de betreffende schaal. Is hier rekening mee te houden in de berekening? De aanname dat dit slecht geldt voor de medisch specialist is helaas niet onze werkelijkheid.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
240	In slide 7 is te zien welke percentages jullie op dit moment hanteren voor de overhead per cao. Allereerst natuurlijk de definitie van overhead, maar daarnaast ook de vraag hoe er vervolgens gerekend wordt? Ik heb geprobeerd dit ook tijdens de bijeenkomst te benoemen. Hoewel dit gaat over de tarieven per 1-1-2024, past dit binnen een bredere context. Er is eerder door de regio uitgesproken dat bij de volgende inkoopronde het product J-GGZ zal komen te vervallen. Alles moet terug te herleiden zijn naar de inzet van een bepaald product per beroepsbeoefenaar (dus niet meer de mixtarieven). Met welk percentage overhead wordt er gerekend bij de behandelproducten (J&O)? Die dus de toekomst zullen zijn. Ik denk dat ik nog niet eens uitkom met de 21,20% die genoemd wordt, maar al zeker niet met de andere percentages. Kortom, met welk percentage wordt gerekend en waarom?	Wij verwijzen u hiervoor naar de antwoorden op de vragen 18 en 61. Daarnaast willen wij hierbij nogmaals duidelijk maken dat dit tariefonderzoek geen nieuwe inkoop betreft.
241	In slide 11 wordt op een prettige manier weergegeven hoe er van bruto contracturen tot productieve uren gekomen wordt. Hierbij wordt rekening gehouden met een verzuimpercentage (GGZ) van 6,36%. Mijn eerste vraag is, waar komt dit percentage vandaan? En vervolgens het gegeven dat dit helaas niet past bij de werkelijkheid in onze praktijk. De verzuimcijfers zijn helaas hoger. Volgens mij laat het CBS ook zien dat de GGZ breed in 2022 gemiddeld afsloot op 7,5 procent, Q1 van 2023 op 8,0% en Q2 6,8%. Deze laatste vind ik niet raar aangezien het dan altijd mooi weer wordt. Op het moment van dit schrijven heb ik weer meerdere medewerkers thuis met corona en wellicht loopt dit nog verder op. Ik heb hierdoor het gevoel dat Q3, maar zeker Q4, weer een veel slechter percentage laat zien dan waar mee gerekend wordt. Is het verzuimpercentage naar boven bij te stellen in de berekening? Helaas zou ik 8% niet raar vinden op dit moment	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 16.
242	In slide 13 wordt een extra tegemoetkoming van 2% weergegeven voor opleiding en 2% voor de risicomarge. Mijn vraag is of dit passend is? Bovenal de vraag waarom de risicomarge 2% is? In de tariefberekening 2020 is rekening gehouden met 3%. Waarom is hiervan afgestapt?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 3.
243	In slide 22 wordt de opbouw van behandeling C (J&O) weergegeven. Mijs inziens past dit niet bij de werkelijkheid. Ik mis in dit overzicht de klinisch psycholoog in FWG 75 (valt ook binnen behandeling C). Heb ik ook aangegeven online en dank dat jullie dit mee zullen nemen) en de psychiater in de AMS. Daarnaast wordt schaal 11 jeugd meegenomen, maar ik ben van mening dat schaal 12 en 13 passender zijn. Zeker in het licht van de klinisch psycholoog, zoals hierboven omschreven. Kortom, dan is de opbouw: FWG 65, 70, 75 en AMS en jeugdzorg schaal 12 en 13. Volgens mij doe je dan meer recht aan behandeling C (J&O).	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
244	In slide 24 mis ik bij consultatie C ook FWG 75 en jeugdzorg schaal 13 (op basis van bovenstaand verhaal). Is hier rekening mee te houden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
245	Graag ontvangen wij de onderdelen die jullie rekenen onder overhead, worden hier ook de doorbelasting van de staf van een unit onder gerekend? In dat geval is dit percentage niet toereikend.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 61.
246	In de tariefopbouw is geen rekening gehouden met de kosten voor inhuur van personeel. Dit is niet reëel aangezien in er werkelijkheid vaak hogere inhuurkosten moeten worden gemaakt. Op dit moment is het percentage inhuur personeel ongeveer 11%. Er wordt wel genoemd dat er in de verdeling in de schaal rekening wordt gehouden met schaarste en inhuur maar dit dekt naar ons inzien niet de kosten die wij moeten maken.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
247	Aangegeven wordt dat voor FWG 60 en schaal 11 het uitgangspunt 50% maximale treden en 50% gemiddelde van bovenste helft van de treden geldt. Echter zitten onze betrokken disciplines nagenoeg allemaal op de maximale schaal waarmee dit uitgangspunt nadelig uitpakt, kan dit punt worden herzien?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
248	Onze klinisch psychologen vallen in FWG 75, deze wordt buiten beschouwing gelaten. Kunt u aangeven wat hier het uitgangspunt is waarbij rekening houdend onze opmerking bij punt 3?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 23.
249	Graag ontvangen wij de uitgangspunten van de veronderstelde disciplinemix voor de producten, met de huidige informatie kunnen wij geen aansluiting maken of dit overeenkomt met onze realisatie.	De productbeschrijvingen, specifieke eisen en inkoopdocumenten zoals deze momenteel geldig zijn, dienen als basis voor de tariefopbouw per product. De gehanteerde functiemix per product komt voort vanuit de functie-eisen die de regio stelt per product. De percentages per product (kolom aandeel) betreft de functiemix per product.
250	De formule die wordt gebruikt voor het berekenen van de schaalopbouw, 50% maximale trede en 50% gemiddelde treden, is dit reëel tegenover het huidige personeelsbestand? Veelal zitten deze kosten hoger in de tredes.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
251	Is er in het tarief wat er voor januari wordt vastgesteld rekening gehouden met de inflatie in 2024 en het effect van de inflatie die nog niet in het tarief zat van 2023?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. De herijkte tarieven zullen voor 2024 dus niet geïndexeerd worden. Enkel voor de producten waar gerekend wordt met de Cao Jeugdzorg wordt een indexatie meegenomen omdat deze Cao voor 2024 nog niet bekend is.
252	Hoe is de berekening van overheadkosten tot stand gekomen en is dit in relatie tot kleine organisaties?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
253	Hoe wordt bij productiviteit bij groepsbegeleiding omgegaan met de tijd van aanwezigheid en gereedmaken locatie terwijl het dagdeel van de client nog niet is gestart, oftewel, indirectie clienttijd Of zit het volgens ons al verwerkt in de productiviteit?	Bij groepsbegeleiding zowel Wmo als Jeugd is enkel direct cliëntgebonden tijd declarabel. De indirecte tijd is verwerkt in de productiviteit en dus in de tariefopbouw.
254	Dia 5: 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.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.

255	Dia 6: de percentages van de werkgeverslasten komen niet in alle gevallen overeen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 53.
256	Overhead: Waarom hanteert de regio deze, sterk achterhaalde, benchmarkonderzoeken, waarin juist de component overheadskosten sterk ter discussie staat?	De gehanteerde norm voor overhead (personele overhead) komt voort uit een landelijke benchmark. Aan deze benchmark nemen zowel grote (systeem) als kleine aanbieders deel. De gehanteerde percentages zijn daarmee een reëel marktconform uitgangspunt.
257	Overhead: Hoe houdt de regio in de tariefopbouw rekening met de hogere overhead van systeemaanbieders in de Jeugdzorg?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 18.
258	Overhead: Hoe kijkt de regio aan tegen tariefdifferentiatie tussen systeemaanbieders en andere aanbieders?	TransitiePartners is ook gevraagd een advies aan de regio mee te geven omtrent tariefdifferentiatie, overhead kan hierbij een rol spelen. De regio dient zelf nog te onderzoeken in hoeverre ze dit wensen te implementeren en het mogelijk is dit te implementeren binnen de huidige contractering.
259	Productiviteit: Contracturen zijn onzes inziens 52 weken maal 36 uur = 1872 uur i.p.v. 1878 uur.	Het aantal contracturen is conform de CAO's. Dit komt voort uit het feit dat een jaar niet exact 52 weken kent.
260	Productiviteit: Productiviteit Jeugd-Behandeling: Kunt u aangeven waarom 'administratie en overleg' op 0 staat? En wat verstaat u onder 'overig niet productief'? 'Als administratie en overleg' onder 'overig niet productief' 93,9 uur is dit voor ons niet herkenbaar en te laag voor jeugdzorg schaal 7 t/m 10. Samen met 'opleiding' en 'innovatie, ontwikkeling en ketenoverleg' is in onze kostprijs het uitgangspunt 250 uur.	Administratie en overleg staat op 0 omdat dit indirect cliëntgebonden tijd betreft. Indirect cliëntgebonden tijd is declarabel voor Jeugd Behandeling Individueel. Overig niet productief valt onder niet-cliantgebonden tijd en is dus een ander onderdeel.
261	Productiviteit: Jeugd Behandeling Groep: kunt u aangeven waarom alleen direct cliëntgebonden tijd declarabel is? Onzes inziens is het reëel om hierin dezelfde uitgangspunten te hanteren dan bij Jeugd-Behandeling Individueel	Dit is conform de huidige werkwijze en afspraken in de huidige inkoopdocumenten, eisen en voorwaarden van de regio.
262	Inschaling medewerkers: De medewerkers van [aanbieder] zitten gemiddeld op 93% van de eindschaal. Dit wijkt dus sterk af van de uitgangspunten die de regio hanteert.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
263	Inschaling medewerkers: Op sheet 4 in PPT staat de EJU benoemd volgens CAO 8.3% voor jeugdzorg. Dit moet zijn 8,33 % indien het alleen over het bruto salaris wordt berekend. EJU gaat namelijk over het salaris inclusief vakantie toeslag	Dit is Transitiepartners bekend en meegenomen.
264	Risico-marge: De regio hanteert naast de risico-marge van 2% een extra marge van 2% voor tegemoetkoming in kosten voor opleiding. Betekent dit een totale marge van 4%? Gaat de regio de 2% opleidingskosten monitoren? In deze onzekere tijden vinden wij een risico-marge van 4% reëel. Wij kunnen ons vinden in het uitgangspunt 2% + 2%, mits we de vrijheid ontvangen om dit zelf in te vullen.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoorden op vragen 3 en 143.
265	Nieuwe CAO-Jeugdzorg: Uitgangspunt van de regio is Personele componenten: 4,94% (OVA) en Materiële componenten: 2,51% (PPC) tenzij er tijdens het traject duidelijk wordt dat CAO hoger uitpakt, dan wordt dit gecorrigeerd. De onderhandelingen voor de nieuwe CAO Jeugdzorg per 1-1-2024 zijn net gestart. De verwachting is dat de salariskosten sterker zullen stijgen dan de gehanteerde uitgangspunten 4,94% OVA en 2,51% PPC. Daarbij komt dat de verwachting is dat de salariskosten ook nog met terugwerkende kracht over 2023 worden aangepast. Hierdoor is het voor ons van belang dat u als regio een uitgangspunt formuleert hoe stijging verdisconteerd wordt in de tarieven 2024.	De Cao Jeugdzorg 2024 is inderdaad nog niet bekend en vastgesteld. Om deze reden dient de Cao Jeugdzorg 2023 meegenomen te worden. Echter om door te rekenen naar prijspeil 2024 wordt specifiek de producten waarin wordt gerekend met de Cao Jeugdzorg een indexatie meegenomen zoals gepresenteerd en toegelicht in de marktconsultatie. Deze indexatie is op basis van de adviezen en normen van de VNG, Nza en vanuit de contractstandaarden.
266	Hoe wordt er in het tariefmodel rekening gehouden met Personeel wat niet in loondienst is (PNIL), gezien de huidige arbeidsmarktomstandigheden?	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 17.
267	Kunt u aangeven wanneer de concept tarieven 2024 gecommuniceerd worden?	Deze zullen gepresenteerd worden tijdens de tweede marktconsultatie. Dit betreffen dan nog wel concepttarieven, mede vanwege het feit dat er ook nog een 2de NvA volgt.
268	Ik zie dat op sheet 21 (Behandeling B J_GGZ) FWG 55 niet is meegenomen en bij sheet 22 (Behandeling C J-GGZ) FWG 60 niet. Is daar een reden voor?	Voor Behandeling is het uitgangspunt dat de FWG 60 wordt opgenomen. Voor Behandeling C is het uitgangspunt dat de FWG 65 wordt opgenomen.
269	Klopt het dat er per 1-1-2025 pas een nieuwe aanbesteding plaatsvindt?	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.
270	Is het wisselen van een tariefmodel aanleiding om een nieuwe aanbesteding te doen?	Nee, de regio wenst reële tarieven te betalen en laat daarom een onderzoek uit te voeren om dit te toetsen en waar nodig de tarieven te herijken.
271	Wat is de route als de herijkte tarieven voor een aanbieder niet acceptabel zijn? volgt dan opzegging van (deel van) het contract? Is daar voldoende tijd voor?	Indien er geen afhankelijkheid is tussen producten kan op productniveau door een aanbieder worden opgezegd. Hiervoor gelden de opzegtermijn zoals benoemd in de specifieke inkoopvoorwaarden artikel 14: Gedurende de looptijd van de toetreding heeft opdrachtnemer altijd het recht zijn toetreding voor het geheel of voor bepaalde onderdelen te beëindigen met een opzeggingstermijn van minimaal 6 (zes) maanden.
272	Wat is de aanleiding geweest voor het tariefonderzoek? Dat is niet duidelijk.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 270.
273	Primair wordt van ons gevraagd om iets te vinden van de randvoorwaarden/uitgangspunten zoals gepresenteerd. Het voelt toch een beetje als de in te vullen xls sheet waarbij je aan verschillende knoppen kunt draaien om uiteindelijk het gewenste resultaat te verkrijgen. In 2020 hebben wij na de aanbesteding de overeenkomsten getekend. Deze zijn gebaseerd op productdefinities en de daarvoor gehanteerde tarief opbouw/methodiek. Deze zijn tussentijds geïndexeerd. Het is opmerkelijk dat wij voor 2024 worden geconfronteerd met een nieuwe tariefopbouw/methodiek. Wat is de reden? Bovendien zouden wij graag de uiteindelijk tarieven van de verschillende methoden naast elkaar zien (Tarieven indexering van de bestaande tarieven obv de oude methodiek en de tarieven op basis van de nieuwe methodiek. Wij gaan er van uit dat het hoogste tarief wordt toegekend.	Wij verwijzen u hiervoor naar het antwoord op vraag 270. Het uitgangspunt is dat reële tarieven worden vastgesteld voor alle verschillende producten.
274	Is de regio bereid tot het betalen van een reëel tarief? Zo ja, wat verstaat de regio hieronder?	Ja de regio is bereid tot het betalen van een reëel tarief. De regio verstaat onder een reëel tarief een tarief welke voldoet aan hetgeen omschreven in de AMvB reële prijs (definitief voor Wmo en in concept nog voor Jeugdhulp).
275	Afronding ivm deelbaarheid door 60 De regio Centraal Gelderland heeft een bepaling opgenomen t.a.v. afrondingsregels (naar boven of beneden) zodat deze deelbaar zijn door 60. Sinds de invoering van iWmo 3.0 is het niet meer nodig te werken met een systeemtarief i.v.m. deelbaarheid door 60. We declareren in minuten en hoeven geen afrondingsafspraken meer te maken want de software doet dat werk voor ons. Dit kan de software van de gemeenten ook aangezien het de nieuwe iStandaard is. Wij verzoeken u daarom deze bepaling te laten vervallen	De regio kan dit niet aanpassen i.v.m. de huidige lopende contractering. De regio zal uw vraag/opmerking echter wel meenemen voor eventuele nieuwe inkoop.
276	Wij begrijpen dat het kostprijsonderzoek gaat over 2024. Zoals op pagina 4 staat "In de tariefberekeningen is rekening gehouden met de cao's per 01-01-2024". Wij willen bij deze toch aandacht vragen mbt de CAO-ontwikkelingen VVT gedurende 2023 die niet bekend waren bij de vaststelling van het tarief tbv 2023. Is het mogelijk dat de tarieven 2023 worden aangepast m.i.v. 01-10-2023, omdat vanaf dat moment andere financiële verplichtingen aanwezig zijn voor [aanbieder] als zorgaanbieder en hierdoor het huidige tarief niet meer de kosten dekt?	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. Het onderzoek heeft dus geen betrekking op 2023.
277	Afsluitend wil ik nog vragen om rekening te houden met de cao-loonstijgingen die al hebben plaatsgevonden en die nog op het punt staan om plaats te gaan vinden (bijvoorbeeld cao-jeugdzorg en zal minimaal 10% zijn in 2024 (anders gaan de bonden echt niet akkoord)). Deze stijgingen zijn in het verleden nooit daadwerkelijk gecompenseerd, maar er werd/wordt in algemene zin naar de OVA gekeken. Ik begrijp dit wel, maar dit doet echt geen recht aan de oplopende loonkosten waarmee zorgaanbieders inmiddels geconfronteerd zijn en nog geconfronteerd zullen worden. Deze percentages liggen ruim boven de OVA. Daar bovenop komt dat zorgaanbieders afhankelijk zijn van (semi)commerciële partijen voor bijvoorbeeld de inrichting en het onderhoud van de ICT-systemen, juridische dienstverlening, accountants, etc. Het zou wellicht zelfs passend zijn om met terugwerkende kracht aan herstel te doen van de tarieven, zodat zorgaanbieders nog compensatie kunnen verwachten over 2023 en misschien zelfs 2022.	Dit betreft een volledig nieuw tariefonderzoek waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. Het onderzoek heeft dus geen betrekking op 2023 en 2022.
278	Het huidige tarief voor crisis is voor ons niet kostendekkend. In de presentatie van deze marktverkenning is geen rekening gehouden met de aparte toeslag die we als aanbieder ontvangen voor inzet van onze crisisfuncties. Hierover willen we graag opnieuw afspraken maken om tot een nieuw kostendekkend tarief te komen.	TransitiePartners is enkel gevraagd om een volledig nieuw tariefonderzoek uit te voeren waarbij tarieven worden geadviseerd met prijspeil 2024. Indien de regio met aanbieders afspraken heeft gemaakt die afwijken van de reguliere producten (zoals een aparte toeslag), dienen aanbieders hierover rechtstreeks met de regio in contact te treden.