

Nr.	Product	1. Parameter	2. Input	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	Reactie
1	s-GGZ	2. Maandsalaris & inschaling	Op sheet 33 staat een functiemix die te licht is voor een systeemaanbieder. Zeker als je bekijkt dat onder dit product ook veel diagnostiek wordt gegeven. Bij s-GGZ worden er door systeemaanbieders ook psychiaters ingezet. Die worden nu helemaal niet meegenomen in de berekening.	AANPASSEN : HBO+ 28% / WO 34% / WO+ 25% / WO++ 6% / MS/AJP 7%	Wij willen graag inzicht krijgen in de onderzoeken waaruit de gehanteerde gegevens rondom functiemix zijn afgeleid. Gemeenten moeten voldoende inzichtelijk maken hoe ze tot de "reële" cijfers gekomen zijn.	De functiemix is aangepast naar aanleiding van reacties op de marktconsultatie en voortschrijdend inzicht.
2	s-GGZ	3. Opslagen	Wat voor opslag wordt er aangehouden voor innovatiefonds?	nvt	nvt	Er wordt geen opslag aangehouden voor innovatiefonds in het tarief.
3	s-GGZ + diagnostiek	5. Overhead	Extra input om meer tariefdifferentiatie te rechtvaardigen (1)	meer tariefdifferentiatie toepassen: zie link hiernaast	https://diustadvocaten.nl/kennis/tariefdifferentiatie-in-het-sociaal-domein-wanneer-is-dit-toepasbaar/	Input betreft geen onderbouw voor wijziging van waarde zoals gevraagd in de consultatie. Gemeenten nemen mogelijkheden voor tariefdifferentiatie wel in overweging mee.
4	s-GGZ + diagnostiek	1. Kostprijsmodel	Extra input om meer tariefdifferentiatie te rechtvaardigen (2)		Stukje tekst uit bovenstaande link, waarin rechtvaardiging van tariefdifferentiatie wordt toegelicht: <i>tariefdifferentiatie op basis van organisatie-specifieke kenmerken aanbieders</i> <i>Tariefdifferentiatie op basis van de organisatie-specifieke kenmerken van aanbieders is complexer dan tariefdifferentiatie op basis van de zwaarte van de zorg, maar niet onmogelijk. Bij deze vorm van tariefdifferentiatie is de te leveren zorg voor alle aanbieders gelijk, maar wordt er gedifferentieerd op basis van de organisatie-specifieke kenmerken, zoals de organisatiestructuur, van aanbieders. Vaak heeft een grote zorginstelling of systeemaanbieder namelijk een hele andere structuur, dan een kleine aanbieder of vrijgevestigde, wat een verschil in tarief kan rechtvaardigen.</i> <i>Bij deze vorm van tariefdifferentiatie ontvangt een kleine aanbieder of vrijgevestigde met een lage(re) overhead niet langer hetzelfde tarief als een grote zorginstelling of systeemaanbieder met een hogere overhead. Dit zou moeten leiden tot reële tarieven voor beide type aanbieders en kan bijdragen aan het voorkomen van excessief hoge winsten. In de praktijk is immers vrijwel nooit sprake van een 'one size fits all'-tarief.</i>	Input betreft geen onderbouw voor wijziging van waarde zoals gevraagd in de consultatie. Gemeenten nemen mogelijkheden voor tariefdifferentiatie wel in overweging mee.
5	Werkgeversbijdrage pensioenpremie	3. Sociale lasten	8,3% is vele malen lager dan de daadwerkelijke werkgeversbijdrage bij PFZW (OP/AP)	Percentage verhogen naar minimaal 14,1%	Wanneer we een reëel tarief willen opbouwen, dienen daar ook reële cijfers onder te liggen	De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 10% werkgeversbijdrage pensioenpremie. Dit is gebaseerd op het gemiddelde rekensalaris voor de producten jeugd.
6	Werkgeverslasten	4. Sociale lasten	Totale werkgeverslasten zijn minimaal 30% in een reële situatie; uitgaande van 14,1% pensioen kan dan ook de kinderopvangtoeslag eruit want die wordt niet betaald door de werkgever	Verhogen naar minimaal 30%	zie input	De parameterwaarde voor werkgeverslasten is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 20,45%. Dit is gebaseerd op de door de minister van SZW vastgestelde premiepercentages voor de volks- en werkgeverspercentages 2024.
7	Alle producten	3. Sociale lasten	Graag een (rekenkundige) onderbouwing op het % van 8,28%. Bij andere vergelijkbare onderzoeken zien wij een % tussen de 8,9% en 11,95%.	Onderbouwd %	Berekeningwijze zou moeten bevatten het percentage dat Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) in 2024 toepast, rekening houdend met de franchises (deel van het salaris waarover geen premie wordt gegeven i.v.m. de AOW-uitkering). De premie is een combinatie van de premie voor het ouderdomspensioen (OP) en het arbeidsongeschiktheidspensioen (AP) dat kan variëren per CAO.	De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 10% werkgeversbijdrage pensioenpremie. Dit is gebaseerd op het gemiddelde rekensalaris voor de producten jeugd.
8	Vervoer Jeugdwet	1. Kostprijsmodel	Tijdens de presentatie heeft u aangegeven dat uit het vooronderzoek is gebleken dat een tarief Cat. 3 Nza prestatiecategorie vervoer 2024 dekkend is, het huidige tarief Cat. 3 bedraagt in 2024 ca. € 39,- per dag. Als deelnemer aan het vooronderzoek herkennen wij ons niet in de stelling dat Cat. 3 dekkend zou zijn. Wij hebben in het vooronderzoek aangegeven dat een tarief van 3,5 x het huidige tarief van € 12,46 (code 42A03) nodig zou zijn om kostendekkend te opereren. Het huidige tarief is echter een tarief <i>per enkele reis</i> terwijl het nu voorgestelde tarief (naar wij aannemen) cf. Nza uitgaat van een retour-reis. Volgens ons zou het tarief per enkele reis dus moeten zijn ca. 3,5 x € 12,46 = € 37,38.	Graag aanpassing naar een passend tarief per enkele reis of retourrit (2x enkele reis).		Op basis van de uitvraag is dit een reëel tarief. Op basis van de AMVB hoeft het tarief niet voor elke aanbieder kostendekkend te zijn. Het tarief is conform NZA-matrix een retourreis (2x enkele reis).
9	Alle groepsproducten en onderwijstoeleidend dagbesteding en onderwijstoeleidend dagbehandeling	9. Overige kosten	In de tabel met de kostprijsopbouw voor de groepsproducten ontbreken de volgende kosten: Terrein - en gebouwegebonden kosten (Gas, water, Licht, onderhoud), Algemene kosten (belastingen, verzekeringen), verbruikskosten (CT, telefonie, administratie, communicatie etc). Clientgebonden kosten (bij groepsproducten met name activiteitenkosten maar denk ook aan clientgebonden hygiëne-zaken). Indien deze kosten in het model onderdeel uitmaken van de overheadkosten dan is het % van de overheadkosten te laag.	Toevoegen ontbrekende kosten aan tarief-elementen groepsproducten. In vergelijkbare onderzoeken betreft dit een bedrag van ca. € 6,00 per dagdeel. Indien deze kosten onderdeel uitmaken van de overheadkosten dan een motivatie waarom de definitie van de overheadkosten afwijkt van landelijk gedefinieerde definities en een specificatie van de opbouw van het % overheadkosten.		De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op €15,- per dagdeel.
10	Producten Ambulante Hulp & Begeleiding op school	1. Kostprijsmodel	Wij kennen en begrijpen de parameter inzetratio en de genoemde waarden niet bij ambulante hulp en begeleiding op school. Hierover is ook niet gesproken bij het vormgeven van de inhoudelijke productbeschrijvingen. Wij kunnen om deze reden geen niet de impact daarvan op de kostprijsberekening bepalen. Het is van belang om dit helder te krijgen om vast te kunnen stellen of er inderdaad sprake is van een reëel tarief cf. AMVB.	Graag meer uitleg over de parameter inzetratio en de genoemde waarden bij ambulante hulp en begeleiding op school en een mogelijkheid om later in het proces om de tarieven te bepalen hier alsnog op te reageren.		In de presentatie destijds stond een verkeerd ratio van 1:4. Dit is aangepast naar 1:1.
11	vervoer					geen input ontvangen
12	ambulant (alle producten)	7. Productiviteit	wat maakt dat er onderscheid gemaakt wordt tussen declarabele tijd tussen ambulant en de ggz ambulant. Ook bij ambulant zonder GGZ is inzet van de medewerker waarbij de client niet aanwezig is wenselijk en nodig. De rapportages die opgeleverd dienen te worden aan samenwerkingspartners waarook de gemeente liggen er niet om, dat hier in de kostprijs rekening mee is gehouden is voor ons onvoldoende transparant en komt echt niet overeen met de praktijk	zelfde afspraken als binnen de GGZ hanteren. Geen uitzondering bij het ene product wel en bij het andere product niet.		Het verschil in declarabele tijd tussen GGZ en Ambulant komt voort uit het verleden, waarin GGZ en niet-GGZ anders gedeclareerd werden. Daarnaast wordt dit verschil voortgezet, omdat we enerzijds in beschikkingen moeten opnemen wat een client daadwerkelijk ontvangt, maar dit bij GGZ geen recht doet aan de vele indirecte clientcontacttijd en de grote inconsistentie tussen cliënten. Bij GGZ zit deze tijd met name bij diagnostiek en het multidisciplinair overleg, naast het rapporteren.
13	reistijd		is dit reëel in een plattelandsomgeving zoals we deze in noord limburg kennen?	overgaan naar de situatie in noord oost brabant, waar vervoer rit meer bij de aanbieder ligt maar bij de gemeente. dit kan dan gecombineerd worden met leerling vervoer. waardoor er efficiënter gepland kan worden. tarief vanuit de categorie die voorgesteld wordt dekken de kosten nog steeds niet, wanneer de aanbieder verantwoordelijk blijft is mijn voorstel om nog een categorie hoger in te steken.	Wij hebben onlangs meegedaan met een kostprijs onderzoek, bij de mgr is duidelijk wat de kosten zijn en wat het ons als aanbieder kost om vervoer te organiseren. Graag dit serieus mee nemen in de afwegingen aangezien dit al 2,5 jaar onderwerp van gesprek is.	reistijd is gebaseerd op basis van uitgangspunten huidige tarieven. Vanuit het tarievenonderzoek komt naar voren dat deze parameterwaarde als reëel kan worden beschouwd.
14		2. Maandsalaris & inschaling	Werkgeversbijdrage pensioenpremie is naar onze mening te laag.	Wij stellen voor het percentage aan te passen naar minimaal 9,2%.	De werkelijke pensioenlast ligt bij ons ca. 1% hoger dan waar jullie nu mee rekenen	De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 10% werkgeversbijdrage pensioenpremie. Dit is gebaseerd op het gemiddelde rekensalaris voor de producten jeugd.
15	Alle	3. Sociale lasten	Huidige gemiddelde bijdrage pensioenpremie staat op 8,28%.	Pensioenpremie niet als gemiddelde pakken, maar berekenen per product	Franchise pensioenpremie beweegt mee met FTE-factor. Gemiddeld werken medewerkers aanzienlijk minder dan 1 FTE. Onder invloed van franchise en FTE-factor is de gemiddelde franchiseaf trek te hoog voor producten met een hogere inschaling. Daarnaast worden bijv. psychiaters boven het maximum-pensioenloon gecompenseerd. Het zou eerlijker zijn om te rekenen met een pensioenpremie per product waarbij het maximumpensioenloon buiten beschouwing wordt gelaten, voor specialistische producten scheelt het namelijk meerdere procenten in pensioenpremie ten opzichte van gemiddelde van 8,28%.	De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 10% werkgeversbijdrage pensioenpremie. Dit is gebaseerd op het gemiddelde rekensalaris voor de producten jeugd.
16	reistijd	1. Kostprijsmodel	Bij de ambulante behandelproducten wordt uitgegaan van 150 uur reistijd.	hogere aantal reisurens. Voorstel is maatwerk.	zie deze opmerking in het kader van regel 8 normstelling in kostprijsmodel. Om reden die daar vermeld staan is een totale reistijd van 150 uur op jaar basis niet haalbaar. 150 uur is passend indien rekening gehouden kan worden met dezelfde regio hulpverlener / client; op elkaar afstemmen van huisbezoeken; kantoor niet hoeven opzoeken anders dan gepland...	reistijd is gebaseerd op basis van uitgangspunten huidige tarieven. Vanuit het tarievenonderzoek komt naar voren dat deze parameterwaarde als reëel kan worden beschouwd.

Nr.	Product	1. Parameter	2. Input	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	Reactie
17	Segment 4	7. Productiviteit	Productiviteit is niet duidelijk in presentatie. Op sheet 21 staat in het algemeen iets over productiviteit terwijl in de producten met een ander aantal wordt gerekend (hoger) dit is niet na te rekenen. Vraag/opmerking: vanwaar het verschil tussen sheet 21 productiviteit en de productiviteit uitgaande van de gepresenteerde opleidingsmix?			Door de CAO-mix op productniveau ontstaat er een gewogen aantal productieve uren per product.
18	AMS/KJP	2. Maandsalaris & inschaling	vanwege krapte in de arbeidsmarkt is het onmogelijk om een KJP te vinden die niet in de maximale trede ingeschaald is.	AMS/KJP in 100% van de maximale trede		AMS/KJP is voor 100% ingeschaald
19	Medicijncontrole	2. Maandsalaris & inschaling	Nu wordt uitgegaan van WO+ 30%, WO++ 20% en AMS/KJP 50%.	Medicijncontrole wordt volledig door de KJP gedaan, dus de functiemix naar AMS/KJP: 100%	Medicijncontrole wordt volledig door KJP gedaan	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
20	Reistijd voor zorg op locatie	7. Productiviteit	Voor behandeling bij client wordt nu op jaarbasis 150 uur meegenomen	270 uur per fte op jaarbasis	De reistijd wordt fors onderschat. Vanwege de wens tot outreachend werken zijn de meerderheid van de client contacten bij client thuis. De regio leent zich geografisch gezien ook niet voor efficiënte reisbewegingen. Dat maakt dat een gemiddelde verplaatsing 30 minuten duurt. Rekenvoorbeeld: 3 reisbewegingen per dag (4 cliënten gezien) * 30 minuten * 4 werkdagen per week * 45 werkweken = 270 uur	reistijd is gebaseerd op basis van uitgangspunten huidige tarieven. Vanuit het tarievenonderzoek komt naar voren dat deze parameterwaarde als reël kan worden beschouwd.
21	s-GGZ	2. Maandsalaris & inschaling	Nu wordt uitgegaan van HBO+ 30%, WO: 45%, WO+ 20%, WO++ 5%	meer schuiven naar hogere functieschalen en AMS toevoegen voor minimaal 10%	Het product s-GGZ wordt meer vanuit hogere functieschalen uitgevoerd.	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
22	Algemeen		Op 28 november is een terugkoppeling live in Venray over het kostprijsonderzoek. Daarna zien we geen mogelijkheden meer opgenomen om te reageren. Wij vragen de regio een extra reageermoment na 28 november op te nemen.			Zoals gecommuniceerd was reageren via de marktconsultatie mogelijk tot 6 december.
23	Ambulante hulp gespecialiseerd	2. Maandsalaris & inschaling	De functiemix is nu HBO 90% en WO 10%	HBO 45%, HBO+ 45%, WO 10%	Gespecialiseerde ambulante hulp wordt ook door HBO'ers geleverd, niet enkel door HBO met ondersteuning WO	Binnen het tarief voor HBO zijn ook de hogere functieschalen meegenomen in het rekersalaris, waar HBO'ers met veel ervaring of aanvullende opleiding vaak in zitten.
24	Inzetratio segment 4	2. Maandsalaris & inschaling	Inzetratio van 1:1,08	Differentiatie tussen aanbieders die geen groepscontacten doen	Aub differentiatie aanbrengen. Een aanbieder die geen groepscontacten doet, kan nooit aan het inzetratio voldoen.	Inzetratio wordt aangepast 1:1
25	Segment 4	3. Opslagen	Opslag voor directe en indirecte kosten wordt voor niet micro aanbieders gesteld op 35,7%. Dit terwijl Berenschot uitgaat van een 33% deel van de kosten is overhead => opslag% benodigd van minimaal 50%. Vraag/opmerking: Waar is het opslag % op gebaseerd? Dit is voor een systeemaanbieder te laag, zie ook benchmarks bijvoorbeeld van Berenschot. (of KPMG dat voor de schalen wordt gebruikt, grotere instellingen zouden aan de bovenkant van de opstelling moeten zitten en dat was WMO)			Opslagpercentage overhead is gebaseerd op benchmark care 2023 GGZ van Berenschot. Gemeenten nemen mogelijkheden voor tariefdifferentiatie (oa voor systeemaanbieders) wel in overweging mee.
26	logeren	1. Kostprijsmodel	wordt er in de kostprijs ook rekening gehouden met de achterwacht die aanwezig dient te zijn op afstand, dus de 24 uren bereikbaarheid vanuit de organisatie? Zien we nu nergens terug. Tevens de kostprijs van een GD mee te nemen die op afstand ingevlogen wordt op momenten dat dit noodzakelijk is, hoe wordt er gerekend wanneer slaapwacht toch een nachtdienst blijkt te zijn, we kennen geregeld onrustige nachten waardoor er geen sprake is van een slaapwacht.	het verzoek nog een keer kritisch naar de opbouw te kijken, waarbij achterwacht en gd in meegenomen worden, graag in percentage bij 5% achterwacht/gd, voorstel om een slaapdienst tarief en een nachtdienst tarief te hanteren.		Achterwacht op afstand maakt onderdeel uit van de personele overheadskosten. Gedragsdeskundige op afstand: Dit is geen vereiste bij logeren. Slaapwacht: is ingerekend in het tarief conform CAO. Wakkere tijd is hier onderdeel van.
27			Voor de doelgroep zoals we deze binnen Unik kennen is het kindratio echt niet haalbaar, we kunnen dan geen kwaliteit van zorg leveren, daarbij kunnen we veiligheid niet borgen. Wanneer we van dit ratio afbuigen, is het financieel al helemaal niet rendabel, staat nu al onder zeer grote druk	1 op 4 is reeel dus 2 op 8, voorstel zou zijn om een capaciteitsfinanciering in te zetten waardoor je niet afhankelijk bent van de grote van de groep om het voor de aanbieder rendabel te houden. organisaties lopen nu te veel risico waardoor er keuzes gemaakt worden om te stoppen, dit terwijl het wel een product is wat nodig is en wat past binnen het thuis nabij kunnen opgroeien.		Op basis van de benchmark is de kindratio realistisch t.o.v. andere regio's in het land.
28	Maandsalaris & inschaling	1. Maandsalaris & inschaling	Personeel niet in loondienst, waar is de opslag van 2% op gebaseerd? Een opslag van 2% is te laag, extra kosten zijn oa. btw, maar er is ook een prijsverhogend effect vanwege schaarste. Daarbij wordt er ook geen onderscheid gemaakt naar verschillende beroepsgroepen, de schaarste bij bijvoorbeeld behandelaren ervaren wij groter wat tot uitdrukking komt in hogere tarieven.	Voorstel is opslag per beroepsgroep en daarbij rekening houden met de kostprijs verhogende effecten, zoals btw maar ook een gemiddelde opslag voor schaarste.	Zie voorstel	We rekenen alleen met btw als opslagpercentage, aangezien tegenover prijsverhogend effect aanbieder geen opslagen werkgeverslasten en pensioenpremies hoeft te betalen. Wij rekenen met een maximaal pensioen van 20% met voortschrijdend gemiddelde over 2020, 2021 en 2022 waardoor AZW dashboard van CBS over peiljaar 2023 het actuele verzuim weerspiegelt.
29		7. Productiviteit	aan de lage kant. Adviesbureau Vernet rapporteert voor de GGZ cijfers van 7,3% over 2023.	Aanpassen naar 7,3%	Wij herkennen ons niet in het verzuimpercentage van 6,7%. Naar onze mening moet dit hoger zijn.	Dergelijke kosten waar we nadrukkelijk vanuit de Jeugdwet voor verantwoordelijk zijn, zitten in de opslag voor directe (cliëntgebonden) kosten.
30	Medicijncontrole	9. Overige kosten	Wordt er rekening gehouden met overige kosten, zoals laboratorium kosten?	Rekening houden met een opslag voor laboratoriumkosten	Bij medicatiecontrole wordt met regelmaat bloed geprikt bij de cliënten om te controleren alvorens verder te gaan met de medicatiecontrole.	van tolken/vertalers bij de hulpverlening. Een zorgverlener wordt namelijk geacht verantwoorde hulp te bieden conform professionele richtlijnen en standaarden. Een onderdeel daarvan kan zijn dat in een aantal situaties een professionele of informele tolk wordt ingezet om 'verantwoorde zorg' te kunnen bieden. De jeugdhulpaanbieder is in dat geval ook zelf verantwoordelijk voor de kosten van de tolk en kunnen dekking vinden onder het opslagpercentage voor overhead personele kosten.
31		9. Overige kosten	Wij zien in toenemende mate dat wij tolken moeten inzetten, worden deze kosten vergoed?	opnemen van tolkosten	Zie input.	
32		9. Overige kosten	In hoeverre sluiten de kostenonderzoeken naar de vervoerskosten aan bij de gekozen prestatie?	Prestatie aansluiten op de werkelijke kosten uit het kostenonderzoek. Daarbij kan het zijn dat specifieke aanbieders een andere kostenstructuur hebben, bijvoorbeeld doordat het een gespecialiseerd aanbod is waarvoor cliënten verder moeten reizen.	Zie input.	Vervoer Jeugdwet betreft 1 product en maken daarin geen onderscheid naar product.
33	s-GGZ	2. Maandsalaris & inschaling	Inschaling op 83,4% maximum trede is veel te laag. Gemiddeld komt dit neer op trede 3 à 4, waar aanbieders gemiddeld 1 à 2 tredes van de max van schaal af zitten.	97% (bedrag 2 tredes onder max gedeeld door bedrag max)	Wij willen graag inzicht krijgen in de onderzoeken waaruit de gehanteerde gegevens rondom inschaling op 83,4% maximum trede zijn afgeleid. Gemeenten moeten voldoende inzichtelijk maken hoe ze tot de "reële" cijfers gekomen zijn.	Inschaling is door aanbieders onjuist geïnterpreteerd. Bij 10 treden geldt inschaling in trede 8, oftewel 2 tredes van de max cf. input.
34	s-GGZ	3. Opslagen	Wordt de opslag van 2% voor risicodragerschap berekend t.o.v. de loonkosten? Zo ja, dan is 2% veel te laag. Dit betekent, dat het ongeveer 1% van de omzet is.	2% van het uiteindelijke tarief als risicodragerschap nemen. Bij inspanningsgerichte bekostiging wordt het tarief per uur bepaald op basis van de kostprijs per uur met daarbovenop een risico-opslag	Als 2 % gelezen moet worden als zijnde 2% van het uiteindelijke tarief, dan is het prima. Als er wordt gerekend door 2% van de loonkosten te nemen als risico opslag, dan zouden we graag zien uit welke onderzoeken jullie die gehaald hebben. Want dat is ongeveer 1% van totale tarief wat erg laag is.	Nee, is opslag op totale kosten.
35	s-GGZ + diagnostiek	6. PNIL	2% als opslag voor kosten pnul is niet reëel in deze tijd van personeelskrapte. Vooral voor psychiaters is er een grote krapte op de arbeidsmarkt. Deze opvangen met PNIL is erg kostbaar.	Een % voor opslag PNIL van 4% is hiervoor een realistischer %	Wij willen graag inzicht krijgen in de onderzoeken waaruit de gehanteerde gegevens rondom opslag pnul zijn afgeleid. Gemeenten moeten voldoende inzichtelijk maken hoe ze tot de "reële" cijfers gekomen zijn. De "barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2024" van Ernst & Young laat zien, dat zowel in de Jeugdzorg als in de GGZ de PNIL Ratio flink gestegen is de laatste jaren. Het maximum dagloon en pensioenloos bewegen niet mee met de FTE factor, de pensioenfranchise wel. Dit zorgt ervoor dat, zeker bij hoger opgeleid personeel, de sociale lasten procentueel hoger zijn dan bij 1 FTE wanneer medewerkers een lagere FTE factor werken. Juist regiebehandelaren en psychiaters, beroepsgroepen boven het maximumdagloon en pensioenloos, werken in de regel relatief weinig fulltime waardoor ze toch onder het maximum blijven.	We rekenen alleen met btw als opslagpercentage aangezien tegenover prijsverhogend effect aanbieder geen opslagen werkgeverslasten en pensioenpremies hoeft te betalen. Bij KJP rekenen we met 100% van de schaal als basis voor PNIL.
36	Alle	4. Sociale lasten	FTE-factor personeel	Kostprijsmodel houdt geen rekening met een FTE factor, terwijl zeker in de zorg veel personeel minder dan 1 FTE werkt. Voorstel is aanpassen per opleidingsniveau of gemiddeld met 0,8 FTE rekenen.		We volgen de uren per FTE zoals geldt in de Cao.
37	Alle	3. Opslagen	Opslag balansbudget (CAO GGZ) ontbreekt	Aanbrengen opslag balansbudget, waarbij de aanname is dat 50% kiest voor eenmalige uitkering/opleidingsbudget en 50% voor aankoop extra verlofdagen tegen dagloon.		Deze zijn meegerekend in de bovenvermelde verlofuren.

Nr.	Product	1. Parameter	2. Input	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	Reactie
38	Alle	2. Maandsalaris & inschaling	Inschalingspercentage van 83,4% van het maximum van de schaal	Gangbaar is 93% van de maximumschaal. Voor WO++ en MS 100% van de maximumschaal.	In de praktijk is personeel gemiddeld hoger ingeschaald dan de voorgestelde 83,4% in cao GGZ. Zie ook kostprijsonderzoeken andere regio's, 93% is gangbaar voor lagere schalen. Voor WO++ en MS is het zelfs 100% vanwege krapte op de arbeidsmarkt. Voor Psychiaters is het niet ongebruikelijk om bovenop het maximum van de schaal een arbeidsmarktoeslag te moeten betalen. In de CAO Medisch Specialist (ziekenhuizen) verdient een psychiater namelijk significant meer dan in de CAO GGZ.	Inschaling is door aanbieders onjuist geïnterpreteerd. Bij 10 treden geldt inschaling in trede 8, oftewel 2 tredes van de max. 93% zoals genoemd in andere onderzoeken betreft 93% van het max. bedrag in de schaal. AMS/KJP wordt voor de max. trede meegenomen.
39	algemeen	1. Kostprijsmodel	wat wordt gerekend tot de declarabele uren?	direct clientgebonden contacten behelzen naast contacten met familieleden ook contacten met bv. de leerkracht van school?	wij zouden graag duidelijker willen hebben wat wel niet onder declarabele uren valt en daarover het gesprek voeren.	Contact met familieleden en bv leerkracht van school valt onder de declarabele uren indien dit betrekking heeft op het ondersteunen van de client. Bijvoorbeeld: het geven van instructies. Het overleg/afstemmen met familieleden en bv leerkracht valt onder de indirect gebonden tijd.
40	Dyslexie	7. Productiviteit	Geen opslag voor no-shows	Opslagpercentage van 2% hanteren	Bij dyslexie komen no-shows net als bij andere ambulante hulpvormen voor.	In geval van behandeling of werkzaamheden op locatie van de aanbieder kan de beroepskracht alternatieve declarabele activiteiten verrichten zijnde indirect clientgebonden tijd.
41	SGGZ-diagnostiek	7. Productiviteit	Geen opslag voor no-shows	Opslagpercentage van 2% hanteren	Bij diagnostiek komen no-shows net als bij behandeling en andere ambulante hulpvormen voor.	In geval van behandeling of werkzaamheden op locatie van de aanbieder kan de beroepskracht alternatieve declarabele activiteiten verrichten zijnde indirect clientgebonden tijd.
42	opslag werkgeverslasten	3. Opslagen	opslag indirecte kosten van de JW / WLZ sector zouden een een stuk lager zijn dan die van andere sectoren nl 27-28%	voorstel 35,7%	Als gespecialiseerde zorgaanbieder binnen de JW en WLZ hebben wij ook te maken met hogere kosten. Ons overhead is eerder hoger dan lager dan aangegeven 35,7%. Er zijn geen fundamentele verschillen tussen JW / WLZ en andere sectoren; daardoor is een lagere % niet acceptabel. De wet WGA alleen al leidt tot substantieel hogere premies.	De parameterwaarde is naar boven bijgesteld op basis van reacties op de marktconsultatie en komt uit op 34,8% opslag overhead.
43	Bezettinggraad bij product wonen	Productiviteit	bezettinggraad is op 97% gesteld		95% op basis van realisering	We volgen hierin de norm voor de NHC berekening NZa.
44	tolk	3. Opslagen	er wordt geen rekening gehouden met toenemende hulpvraag anders tallen / hulpvraag tegen andere culturele achtergrond	of in opslag of vergoeding van tolkosten of in mogelijkheid van gecombineerd inzetten van behandeling en cultuur sensitive begeleiding.	een vergoedingensysteem (goede contractafspraken met tolk-organisaties) of geëligiteerde samenwerking met organisaties die zich specifiek richten op cliënten vanuit andere cultuur ('stapeling')	De jeugdhulpaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de inzet van tolken/vertalers bij de hulpverlening. Een zorgverlener wordt namelijk geacht verantwoorde hulp te bieden conform professionele richtlijnen en standaarden. Een onderdeel daarvan kan zijn dat in een aantal situaties een professionele of informele tolk wordt ingezet om 'verantwoorde zorg' te kunnen bieden. De jeugdhulpaanbieder is in dat geval ook zelf verantwoordelijk voor de kosten van de tolk en kunnen dekking vinden onder het opslagpercentage voor overhead personele kosten.
45	no show	3. Opslagen	no show is vastgesteld op 2 %;	de no show betreft ondergeveer 6-7 % van onze clientcontacten. Hiermee rekening houden in de berekening van de opslag	bij bepaalde doelgroepen is no show meer voorkomend dan bij ander de doelgroepen. Meer bij multiprobleem en LVB+ doelgroepen waar vermogen tot planning, planmatig handelen, maken van generalisaties, zwaar is.	No show betreft een gemiddeld percentage over de gehele populatie. Voor sommige doelgroepen kan deze hoger liggen, voor andere doelgroepen is no-show niet aan de orde.
46	inschalingsratio	2. Maandsalaris & inschaling	83,4% uitgangspunt is onderzoek KPMG uit 2021	voorstel 93%	Uit een onderzoek van de Brancheorganisaties Zorg (uit 2021) naar beloningen in de zorg 'blijkt dat de relatieve salarispositie (percentage van hetbranche-organisaties zorg 2021; maximumloon in de schaal) in de GHZ, GGZ en VVT tussen 92% en 93% uitkomt. https://www.brancheorganisatieszorg.nl/wp-content/uploads/2021/05/5ER-samenwetning-Belonningsrapport-AWWN-BoZ.pdf	Inschaling is door aanbieders onjuist geïnterpreteerd. Bij 10 treden geldt inschaling in trede 8, oftewel 2 tredes van de max. 93% zoals genoemd in andere onderzoeken betreft 93% van het max. bedrag in de schaal. AMS/KJP wordt voor de max. trede meegenomen.
47	Segment 4	9. Overige kosten	In presentatie wordt gesproken over 83,4% van de hoogste trede als een realistische weergave van de GSL. Wij hebben dit niet eerder zo gezien. Meestal zien wij 93-95% max van de schaal en AMS 100%. We zien dat jullie kijken naar tredes en niet naar bedragen. (komt uit KPMG tarieven berekening) Vraagopmerking: Dit uitgangspunt is voor KJP niet realistisch gezien arbeidsmarkt.	We verzoeken u 100% van de schaal mee te nemen.		Inschaling is door aanbieders onjuist geïnterpreteerd. Bij 10 treden geldt inschaling in trede 8, oftewel 2 tredes van de max. 93% zoals genoemd in andere onderzoeken betreft 93% van het max. bedrag in de schaal. AMS/KJP wordt voor de max. trede meegenomen.
48	Verblijf	8. Bezettingsgraad/No-show	De residentiele zorg moet kleinschaliger en de ligduur moet korter, daardoor zijn er meer wisselingen in cliënten en is de gemiddelde bedbezetting lager. Dat maakt 97% onrealistisch. Intern gebruiken wij een norm van 95%.		95% Zie input	We volgen hierin de norm voor de NHC berekening NZa.
49	PNIL	6. PNIL	Er is nu rekening gehouden met 2% PNIL	3,50%	vanwege krapte op de arbeidsmarkt is meer PNIL inzet benodigd, dit maakt dat wij intern 3,5% realiseren.	We rekenen alleen met btw als opslagpercentage aangezien tegenover prijsverhogend effect aanbieder geen opslagen werkgeverslasten en pensioenpremies heeft te betalen. Dit betreft de productiviteit/bv het berekenen van een uurtarief voor de inzet vanuit primair proces.
50	Productiviteit bij verblijfsvormen	7. Productiviteit		Geen	Vraag: waarom zijn er productiviteitsuren meegenomen bij etmaal-producten?	
51	Segment 4	1. Kostprijsmodel	Wij zien geen product voor consultatie. Gezien de plannen van de regio om de hoog specialistische zorg terug te dringen, is dit wel wenselijk.		Juist consultatie is een middel om de netwerksamenwerking te bevorderen. Netwerksamenwerking is juist zo nodig om de zorgkosten goed te kunnen beheersen (preventie en afschaling). Een consultatie lumpsum bevordert niet alleen de samenwerking, maar voorkomt ook onnodige administratieve drempels en een daarmee kosten.	De productnaam consultatie is vervangen door analysefase.
52	Alle groepsproducten en onderwistoeleidend dagbesteding en onderwistoeleidend dagbesteding	9. Overige kosten	inventaris bij groepsproducten wordt als uitgangspunt genomen de NHC en NIC tarieven van Wlz prestaties en een tarief voorgesteld van € 8,00 per dagdeel, gebaseerd op Wlz prestaties voor dagbesteding aan volwassenen. In deze aanbesteding betreft het zorg aan kinderen. Een prestatie voor kinderen in de Wlz is bijvoorbeeld H814 Dagbesteding VG kind licht of H820 Dagbesteding VG kind midden. In dit tarief is een bedrag van € 21,70 in het tarief opgenomen voor dekking van kapitaallasten. De reden dat dit tarief veel hoger is, komt doordat er meestal sprake is van lokaal georganiseerde stand-alone locaties. aanknend bij onderwijs vanuit het standpunt 'zorg nabij'. Deze locaties zijn in verhouding duurder, vaak 1 groep per locatie. Daarnaast betreft onderwistoeleidend dagbesteding en	Een delkend tarief dat aantoonbaar rekening houdt met locosten huisvesting en inventaris gericht op kindzorg. In de Wlz bedraagt dit in 2024 voor de VG kind-prestaties € 21,70 per dagdeel.		De Wlz prestaties voor het bepalen van de NHC en NIC bij dagbesteding betreffen VPT-prestaties. VPT-prestaties kenmerken zich doordat de aanbieder verantwoordelijk is voor de coördinatie van de totale zorg aan verzekerde. Het volledig pakket thuis (vpt) wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van één Wlz-aanbieder. Tot het mpt ook voor kiezen om bepaalde zorgvormen in natura van een Wlz-zorgaanbieder te ontvangen en de overige zorgvormen zelf in te kopen met een persoonsgebonden budget (pgb). Het verstrekken van eten en drinken is geen onderdeel van het mpt. Dit sluit niet aan bij de leveringsvorm van het product dat gecontracteerd wordt.
53	5-GGZ	7. Productiviteit	Hoe is het aandeel clientgebonden/ declarabele tijd bepaald? 1.180 uur (varierend tot 1.129 uur) clientgebonden tijd/ declarabele tijd is aan de hoge kant. Rapport <i>Kostprijen in de Jeugdwet: de update van Berenschot (2022)</i> gaat uit van 1.127 uren. Echter in de praktijk merken wij dat er een toename is in indirect clientgebonden tijd, o.a. door overleg met gemeentelijke toegangen etc. De norm die Berenschot aangeeft achten wij al als te ambitieus hierin.	voorgesteld wordt om uit te gaan van 1.050 voor de berekening van clientgebonden/ declarabele tijd.	Zie input.	Dit is gebaseerd op basis van de werkbare uren minus de niet-clientgebonden tijd uit het voorgaande kostprijsonderzoek voor tarieven 2022.
54		9. Overige kosten	Waarom is aansluiting gezocht bij de kosten huisvesting en inventaris bij VG Licht 1-4?	Voor behandeling zouden we uit willen gaan van een zwaarder GGZ dagbestedingsproduct, bv H002G tm H004G. De vergoeding voor NHC/NIC stijgt hiermee per dagdeel.	Het model gaat voor de locatiekosten uit van WLZ dagbesteding. Dit sluit aan bij de groepsbegeleiding. Dagbesteding (groep) is echter veel intensiever waartegenover ook een andere setting staat.	Dit is een combinatie van VPT product dagbesteding VG licht 1-4 (7,36) en GGZ H001G. H001G is populatie die bij gemeente vanuit Wmo aangewezen is voor GGZ zorg (oude GGZ < 1-3). NHC hiervoor is (8,82) Gemiddeld maakt een tarief van 8 euro per dagdeel dat past bij het product door gemeenten gecontracteerd.
55		9. Overige kosten	Waarom is aansluiting gezocht bij de kosten huisvesting en inventaris bij VG Licht 1-4?	Voor behandeling zouden we uit willen gaan van een zwaarder GGZ dagbestedingsproduct, bv H002G tm H004G. De vergoeding voor NHC/NIC stijgt hiermee per dagdeel.	Het model gaat voor de locatiekosten uit van WLZ dagbesteding. Dit sluit aan bij de groepsbegeleiding. Dagbesteding (groep) is echter veel intensiever waartegenover ook een andere setting staat.	Dit is een combinatie van VPT product dagbesteding VG licht 1-4 (7,36) en GGZ H001G. H001G is populatie die bij gemeente vanuit Wmo aangewezen is voor GGZ zorg (oude GGZ < 1-3). NHC hiervoor is (8,82) Gemiddeld maakt een tarief van 8 euro per dagdeel dat past bij het product door gemeenten gecontracteerd.
56	Dyslexie	7. Productiviteit	1295 (diagnostiek) en 1345 (behandeling) beiden te hoog.	1150 uur	Behandeling diagnostiek vindt plaats op scholen en niet op locatie aanbieder zodat de kinderen zo min mogelijk weg hoeven van school en om de ouders te ontlasten. Vanwege reistijd van, naar en tussen scholen is 1345 uur niet haalbaar bij behandeling. Ook voor diagnostiek is de 1295 uur te hoog. In de praktijk is 120 uur niet-clientgebonden uur veel te laag. De gemiddelde behandelaar werkt 0,8 FTE en heeft vijf, wekelijks al een teamoverleg. Dat betekent dat voor 1 FTE de impact van een wekelijks overleg 8 60 uur is op jaarbasis. Dat zou betekenen dat een behandelaar maar één uur per week over heeft voor overige niet-clientgebonden taken. Dat is niet realistisch, met een verloop van ca. 15% (zie opslag WW) zijn collega's dit soort uren al kwijt aan inwerken nieuwe collega's.	De parameterwaarde is naar beneden bijgesteld op basis van de reacties op de marktconsultatie en komt uit op 1295 uur voor behandeling, door het opheffen van de niet-clientgebonden uren naar 170 uur. De niet-clientgebonden tijd is gebaseerd op 1878 uur per fte conform de Cao. Inrichting van o.a. de overlegstructuur irt contractafspraken en inwerkprogramma is keuze van de aanbieder.
57	5-GGZ	9. Overige kosten	Waar wordt dit meegenomen in de berekeningen? Is dit al verwerkt in het % productiviteit ?	nvt	nvt	No-show staat onterecht op de sheet. Deze wordt uit de berekening gehaald. No-show is alleen van toepassing op ambulante hulp

Nr.	Product	1. Parameter	2. Input	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	Reactie
58	s-GGZ	7. Productiviteit	op sheet 21 staan voor s-ggz 3 productiviteitscijfers in uren. Voor HBO, WO en WO++/MS. Die zijn achtereenvolgens 1180/1159 en 1129 uren. Op sheet 33 wordt er bij diagnostiek gerekend met 1045 uur en s-GGZ met 1264 uur. Wij snappen niet hoe je bij sGGZ op 1264 uur uit kunt komen als alle functies lager zit.	1159 uren aanhouden voor s-GGZ	Onder het product s-GGZ valt ook diagnostiek, als een cliënt ook in behandeling komt bij de aanbieder. Het zal niet zo zijn, dat een cliënt eerst de beschikking krijgt voor diagnostiek en daarna voor s-GGZ. Een cliënt krijgt meestal het product s-GGZ.	De parameterwaarde is aangepast op basis van reacties op de marktconsultatie en voortschrijdend inzicht. Dit komt door het wijzigen van de functiemix voor s-GGZ.
59	Opslag indirecte kosten CAO Jeugd	5. Overhead	Voor CAO Jeugdzorg wordt onrecht een percentage van 29% meegenomen	35,70%	35,7% cf marktconsultatie ML (thm) bron: benchmark CARE berenschot 2023	Op basis van benchmark care 2023 geldt een percentage van 34,8%. Deze is aangepast op basis van reacties op de marktconsultatie.
60	Segment 4	2. Opslagen	Opslagen loonkosten, Percentage eindejaarsuitkering CAO Jeugdzorg wordt gesteld op 8,3%	Volgens de CAO Jeugdzorg wordt de eindejaarsuitkering berekend over het ontvangen salaris vermeerderd met de vakantietoeslag. Dit betekend dat hier, net zoals bij Sociaal Werk, gerekend moet worden met 8,96%.	De werknemer ontvangt ieder jaar een eindejaarsuitkering. De hoogte van de uitkering is 8,3% van het salaris dat de werknemer in dat kalenderjaar heeft ontvangen, vermeerderd met de vakantietoeslag die de werknemer in dat jaar heeft opgebouwd. De werknemer ontvangt de eindejaarsuitkering in december.	De parameterwaarde wordt conform Cao aangepast, zoals in de toelichting staat beschreven.
61		7. Productiviteit	Waar zijn de productieve uren s-GGZ op gebaseerd. 1.264 productieve uren is erg ambitieus.			De parameterwaarde is aangepast op basis van reacties op de marktconsultatie en voortschrijdend inzicht. Dit komt door het wijzigen van de functiemix voor s-GGZ.
62	SGGZ-behandeling	7. Productiviteit	1264 uur te hoog	1200 uur	Niet cliëringebonden tijd van 120 uur te laag onder invloed van o.a. FTE-factor (wekelijks overlegmomenten tellen zwaarder), inwerken nieuwe collega's bij verloop van 15% en op-afbouw bij zwangerschapsverlof en/of ouderschapsverlof. Ca. 10% van personeel is met zo'n vorm van verlof. Dit heeft niet alleen tot gevolg dat we meer kosten hebben voor een medewerker dan het UWW vergoedt, maar het zorgt ook voor productiviteitsverlies bij opbouw, rust momenten en wettelijk recht op volgen.	De parameterwaarde is aangepast op basis van reacties op de marktconsultatie en voortschrijdend inzicht. Dit komt door het wijzigen van de functiemix voor s-GGZ.
63	Segment 4	7. Productiviteit	De weergegeven productiviteit bij specialistische GGZ is niet passend. Het is onduidelijk op welke benchmarks CareCulate en de regio zich baseren. 1) Kan CareCulate en de regio de betreffende benchmarks met partijen delen, dan wel beter onderbouwen waarom de gekozen waarden representatief zijn volgens hen?	Productieve uren aanpassen naar voor specialistische GGZ van toepassing zijnde benchmarks	Econys gaat uit van 1144 uur, dit is tevens de benchmark die is gebruikt voor de tarieven voor het 22M. Deze tarieven gaan met terugwerkende kracht herijkt worden omdat de rechter heeft bepaald dat de tarieven te laag zijn vastgesteld. Uit andere benchmarks voor de zorg blijkt dat de productiviteit in de ggz daalt (oa Berenschot).	De parameterwaarde is aangepast op basis van reacties op de marktconsultatie en voortschrijdend inzicht. Dit komt door het wijzigen van de functiemix voor s-GGZ.
64	No show diagnostiek s-GGZ	9. Overige kosten	Waarom wordt er uitgegaan van 0% no show bij diagnostiek?	Ook bij diagnostiek is no show aanwezig, wanneer een cliënt niet aanwezig is, zijn dit meteen 2 tot 3 uur die eigenlijk ingepland zijn	Gelijktrekken met s-GGZ	In geval van behandeling of werkzaamheden op locatie van de aanbieder kan de beroepskracht alternatieve declarabele activiteiten verrichten zijnde indirect cliëntgebonden tijd.
65	No show analysefase HBO/WO	9. Overige kosten	Idem als hierboven	Idem als hierboven	Idem als hierboven	In geval van behandeling of werkzaamheden op locatie van de aanbieder kan de beroepskracht alternatieve declarabele activiteiten verrichten zijnde indirect cliëntgebonden tijd.
66	O.a. onderwijstoeleidend dagbesteding en onderwijstoeleidend dagbehandeling	1. Kostprijsmodel	Op dit moment worden er nog gesprekken gevoerd over de inhoud van de producten (de productbeschrijvingen). Naar verwachting zullen die begin 2025 worden afgerond. Dit kan nog van invloed zijn op de kostprijsopbouw en berekeningen. Op de pagina bezettingsgraad staat dat in de groepsgrootte de no-show is verdisconteerd. Bij het producten onderwijstoeleidend dagbehandeling is dit niet het geval volgens ons. De genoemde inzetratio (=groepsgrootte) is 2 op 7 maar de historie leert dat dit de geplande groepsgrootte betreft en niet de daadwerkelijke groepsgrootte. Hierover is regelmatig contact geweest tussen de MGR en aanbieder. Graag kritisch kijken naar no show, dit is nu vaak een groot risico voor de aanbieder. Het bezettingspercentage qua personeel blijft namelijk hetzelfde bij afwezigheid van kindervan jongeren. Wordt nu helemaal niets over gezegd	In het proces om de kostprijzen / tarieven te bepalen rekening houden met de definitieve productbeschrijvingen zoals die begin 2025 definitief worden.		Op inhoud van de producten konden aanbieders nog reageren in de lopende marktconsultatie voor de inkoop tot 6 december 2025. Deze reactie zijn door de gemeenten in overweging meegenomen in de inkoop.
67	Onderwijstoeleidend dagbehandeling	1. Kostprijsmodel		De inzetratio van 2 op 7 verlagen met no-show. Onze ervaring is dat gemiddeld 6,5 van de 7 kinderen daadwerkelijk aanwezig zijn.		Op basis van de benchmark is de groepsgrootte realistisch t.o.v. andere regio's in het land. Daar is no show onderdeel van.
68	groepen in zijn algemeenheid en bij ambulante onderwijs	5. Opslag indirecte kosten		afspraken hoe om te gaan met no show, wij kennen een voorbeeld vanuit noord oost brabant wat prettig werkt. Er is hier een aparte afspraak dat we de no show cliënten bij houden en dat hier een aparte afrekening op plaatsvindt.	aan deze info kan ik jullie helpen	Op basis van de benchmark is de groepsgrootte realistisch t.o.v. andere regio's in het land. Daar is no show onderdeel van.
69	ambulant basis		nog een keer kijken naar opleidingsseisen vs product	kan hier nu nog niet goed naar kijken omdat het product nog onvoldoende beschreven is. lastig beoordelen, heb dus meer input nodig vanuit welke doelgroep, welke hulpvragen hier onder gaan vallen.		Op inhoud van de producten konden aanbieders nog reageren in de lopende marktconsultatie voor de inkoop tot 6 december 2025. Deze reactie zijn door de gemeenten in overweging meegenomen in de inkoop.
70		3. Opslagen	Wij bieden als grote aanbieder ook opleidingsplaatsen aan. Hierdoor zijn onze kosten hoger dan van een aanbieder die dergelijke opleidingsplaatsen en deskundigheid niet levert. Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de tarieven voor de verschillende categorieën aanbieders? Nu is er alleen onderscheid in regulier en micro, eerder hebben we gezien dat er ook een categorie voor systeem-aanbieders zou komen. Wordt daar ook onderscheid ingemaakt qua opslagen?	aparte categorie voor systeem-aanbieders. Aanbieders die oa. opleidingsplaatsen voor (medisch) specialisten bieden	Zie input.	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
71		7. Productiviteit	Hoe is het aandeel cliëntgebonden/ declarabele tijd bepaald?	Verhouding directe / indirecte tijd aanpassen naar 55% / 45%, waarbij er mogelijk ook onderscheid gemaakt kan worden tussen type instellingen.	De MSS levert zorg in een multidisciplinaire en een klinische setting. De behandeling via de klinische setting loopt via segment 1 en valt hiermee buiten deze aanbesteding. Als we kijken naar het Zorgprestatiemodel dan komen we uit op een aandeel directe tijd van ca. 56% in een multidisciplinaire setting. Dit wordt door geïntegreerde instelling (systeem-aanbieders) al als een behoorlijk uitdaging gezien en niet gerealiseerd. Kijkend naar het onderzoek van ECORIS komen zij uit op een aandeel directe tijd van 54,2% bij geïntegreerde instellingen. Bij de Mutsaersstichting is de verhouding 50/50. Het Zorgprestatiemodel maakt onderscheid in type settingen, waarbij bij de zelfstandigenpraktijk wordt uitgegaan van een hoger aandeel directe tijd. De voorgestelde verhouding is niet haalbaar voor de systeem-aanbieder zoals MSS.	Onduidelijk waarnaar gerefereerd wordt. Declarabele tijd per product is afhankelijk van de CAO, opleidingsmix, locatie van de interventie en/of indirect cliëntgebonden tijd declarabel is voor een product.
72	s-GGZ + diagnostiek	1. Kostprijsmodel	Er wordt onderscheid gemaakt tussen micro ondernemingen en regulier. Het is aan te bevelen dat er ook een categorie "systeem-aanbieders" aan toegevoegd wordt. Systeem-aanbieders onderscheiden zich o.a. door specialisten op te leiden, wetenschappelijk onderzoek te doen, crisisfunctie te hebben in regio's, TOP GGZ gecertificeerd te zijn op een of meerdere gebieden en daardoor de meest complexe zorg kunnen bieden. Ze hebben meer specialisten in huis hebben en altijd werken met multidisciplinaire teams. Hierdoor hebben ze een hogere kostprijs dan reguliere aanbieders.	een categorie systeem-aanbieders toevoegen aan de nu genoemde "micro" aanbieders en "reguliere" aanbieders. Voor systeem-aanbieders wordt o.a. een hoger overhead % aangehouden. (7% hoger dan voor reguliere aanbieders)	In de jeugdzorg regio's 10 voor de Jeugd en Noord Oost Brabant, die beiden grenzen aan Noord Limburg hebben ze dit erkend en maken ze al enkele jaren onderscheidt tussen reguliere aanbieders en systeem-aanbieders. Zie hiervoor hun inkoopdocumenten. In het productenboek met tarieven van de regio Noord Oost Brabant staat: <i>Systeem-aanbieders (of grote zorgconsortia) zijn jeugdhulp-aanbieders die relatief op grote schaal zorg organiseren en die fungeren als ketenpartner, vaak regionaal en/of landelijk actief met een hiërarchische vorm van aansturing. Voor dit soort organisaties geldt in de regel dat ook sprake is van hogere administratieve lasten en kosten van kwaliteit en registratie. Deze jeugdhulp-aanbieders beschikken over een relatief zware zorginfrastructuur en leveren een intensieve bijdrage aan inhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen van het zorglandschap. Vaak is uiteenlopende ondersteunende expertise beschikbaar welke als achtervang beschikbaar is bij levering van uiteenlopende producten voor de regio. Regio Noord Oost maakt in hun tarieven onderscheid tussen "micro", "regulier" en "systeem" tarieven. In de regio "10 voor de jeugd" hanteren ze tarieven voor "GGZ1", "GGZ2" en "GGZ3".</i>	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
73	s-GGZ + diagnostiek	1. Kostprijsmodel	Meer tariefdifferentiatie toepassen. In omliggende regio's gebeurt dit ook nadat ook in die regio's ernaar gestreefd is om voor zowel micro, reguliere en systeem-aanbieders een tarief te maken.	een categorie systeem-aanbieders toevoegen aan de nu genoemde "micro" aanbieders en "reguliere" aanbieders. Voor systeem-aanbieders wordt o.a. een hoger overhead % aangehouden. (7% hoger dan voor reguliere aanbieders)	Conform Ambv reële prijzen jeugdwet, die per 1 juli in werking is getreden en conform het document Inzicht in tarieven, handreiking voor het goede gesprek tijdens contractering, waar de VNG ook aan heeft meegewerkt (zie link: https://open.overheid.nl/documenten/ronl-048740dd-e634-430a-9e5d-677b12605d9c/pdf) wordt aangegeven: 5.1 Gespecialiseerd zorgaanbod Aanbieders met gespecialiseerd zorgaanbod bieden zorg aan cliënten waarvoor de benodigde expertise en intensiteit hoger is. Deze aanbieders hebben vaak te maken met hogere kosten van beroepskrachten en hogere andere cliëntgebonden kosten en overheadkosten dan gemiddeld.	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
74	algemeen		kostprijsonderzoek /model komt volgorde op na vaststelling van de producten. Een aantal producten zijn nog niet definitief en nog geen consensus over. We vragen ons af hoe u onder omstandigheden tot advies tariefprijzen kunt komen zoals gepland medio december.		rapport Rode draden in tarievenonderzoeken van de Jeugdautoriteit. Wijziging van parameters en voornamelijk toepassing moet nog mogelijk zijn na definitieve vaststelling producten.	Op inhoud van de producten konden aanbieders nog reageren in de lopende marktconsultatie voor de inkoop tot 6 december 2025. Deze reactie zijn door de gemeenten in overweging meegenomen in de inkoop.

Nr.	Product	1. Parameter	2. Input	3. Voorstel gewijzigde parameter	4. Toelichting/onderbouwing	Reactie
75	micro / reguliere aanbieder	1. Kostprijsmodel	de indeling micro / reguliere aanbieder van de vorige aanbesteding wordt aangehouden. Deze gaat uit van de omzet van de organisatie ipv de omzet van de organisatie in de regio, aangezien de indeling aansluit op kenmerken (bedrijfsmodel) van de organisatie.	Meer organisatiespecifieke kenmerken links of rechtsom in de kostprijs meenemen. B.v. factoren als zijnde opleidingsorganisatie; bijdrage aan landelijke of wetenschappelijke ontwikkeling; achtervangfunctie; complexere (zorg-)administratie i.v.m. verschillende inkoopprocedures/contractvormen; de positie en rol van de organisatie in de jeugdzorglandschap; expertise leveren. Dit leidt tot hogere productiekosten (b.v. minder volume, minder efficiënt te organiseren, hogere no-show) en hogere opleiding. We pleiten niet voor meeneming van alle aspecten in het gemiddelde maar voor maatwerk.	het is onvoldoende om rekening te houden met omzet als het gaat om organisatiekenmerken bij organisaties die bovenregionaal georganiseerd zijn én die hoog specialistische zorg dan wel specifieke doelgroepen bedienen. Als u gemiddelde kostprijzen bepaald en daarop tarieven krijgt u excessen in de feitelijke zorg. Hoogspecialistisch zal daarbij te kortkomen met gevaar dat zij verdwijnen uit het regionale zorglandschap terwijl kleinschalige organisaties of organisaties die keuzes kunnen maken voor b.v. meer monodisciplinair leveren van zorg een te royale vergoeding ontvangen.	Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
76	ambulante behandeling	1. Kostprijsmodel	de productbeschrijving van ambulante behandeling gespecialiseerd en ambulante behandeling WO sluit onvoldoende aan bij de praktijk. Waarbij de GW in het geval van gespecialiseerde behandeling een meer medierende inzet levert (dus niet in de vorm van directe cliëntgebonden tijd) en samenwerkt met HBO+ behandelaren. En bij ambulante behandeling WO dit eveneens kan spelen maar dan voor de WO+.	binnen product behandeling ambulant wordt er gewerkt met een toeslag op het tarief van 20% bestaande uit inzet gedragsdeskundige tbv medieren.	binnen ambulante behandeling wordt naast de direct cliëntgebonden uren ook indirecte medierende inzet van de gedragsdeskundige geboden; deze zien we onvoldoende terug in de productbeschrijving alsmede in de kostprijsopbouw. Dit gaat leiden tot problemen bij de contractering. Mismatch zit in het onvoldoende meennemen van de indirect cliëntgebonden tijd ingezet door specialisten (GW).	Op inhoud van de producten konden aanbieders nog reageren in de lopende marktconsultatie voor de inkoop tot 6 december 2025. Deze reactie zijn door de gemeenten in overweging meegenomen in de inkoop.
77	MST-ID	3. Opslagen	evidence based product MST / MST-ID / MDT kent een andere kostenopbouw, gebaseerd op protocol. d.w.z. hoge licentiekosten, opleidingseisen, specifieke rol van de supervisor (levert geen direct cliëntgebonden uren, maar essentieel voor de behandeling) bereikbaarheid (voor therapeuten 24/7 beschikbaarheid ingeregeld voor supervisors 24/7 bereikbaarheid); wijkt daarmee af van de nu gepresenteerde ambulante behandelingsvormen. b.v. de ORT van dit product moet of te wel in kostprijs dan wel in productiviteit ingeregeld worden.	financiering conform landelijke norm; voorkeur trajectfinanciering dan wel kostendekkende opslag voor mbt de extra kosten	Dit product past niet binnen huidige producten structuur en vraagt om maatwerkafspraken evt. regiobreed.	MST wordt niet ingekocht binnen segment 4. MST kan ingezet worden binnen segment 1 OF een segment 4-waardig alternatief, passend binnen de product- en tariefstructuur van segment 4, is wel mogelijk.
78	ambulant behandeling gespecialiseerd	7. Productiviteit	de normstelling productiviteit is niet passend hierin zien we een aantal parameters dusdanig afgesteld dat dit product niet inzetbaar is voor de moeilijker LB+ doelgroep (na behandeling) en zonder perspectief naar huis.	voorstel is maatwerkafspraken over productiviteit	ivm specialistische zorg in de thuissituatie is de gehanteerde norm hoger dan haalbaar door ons. Dit heeft te maken feit dat we specifieke expertise bieden en dat heeft tot gevolg dat we lagere volume, en dus grotere spreiding/afstanden in de regio. We worden ernstig belemmerd om een aansluitend setje van afspraken plannen met gezinnen als waren we de Buurtzorg. De aard van de problematiek, LB+ doelgroep, maakt het lastiger om zich aan planning/ afspraak te houden waardoor we b.v. meer no shows hebben.	De norm voor productiviteit is gezet op 1014 uur. Dit is een passende en realistische productiviteit voor een product als ambulante hulp specialistisch.
79	kleinschalige woonvormen	1. Kostprijsmodel	103 uur (exclusief nachtzorg) op 8 cliënten op werkdagen.	functiemix: verhouding mbo4 en HBO was 65% vs 30%; tenminste omgedraaid d.w.z. 65% HBO vs 25% MBO-4 en 10% GW	We pleiten voor differentiatie naar doelgroep / zorgswaarte binnen (beschermd) wonen om het huidige tekort in het zorglandschap te overbruggen. We doelen hierbij op het haat tussen S1 en S2	Op basis van de benchmark is de functiemix realistisch t.o.v. andere regio's in het land.
80	kleinschalige woonvormen	1. Kostprijsmodel	103 uur (exclusief nachtzorg) op 8 cliënten op werkdagen.	kleinschaligheid is echt minder dan 8 (eerder 6). We pleiten voor differentiatie in zorglandschap, dus kunnen hier niet 1 parameter benoemen.	Signalering bij zowel S1 als S2 dat kinderen 'te zwaar' zijn voor reguliere (gecontracteerde) aanbieder. Belang van kleinschaligheid onderboud: https://www.nj.nl/kleinschalig-verbijl/ waarom-kiezen-voor-kleinschalig-verbijl/	Op basis van de benchmark is de groepsgrootte realistisch t.o.v. andere regio's in het land.
81	Segment 4	9. Overige kosten	Waaron is er niet gekozen voor een goed te onderbouwen tarief differentiatie met betrekking tot grote systeem instellingen conform andere jeugdhulpregio's? Dus een extra groep naast micro, regulier.			Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
82	Segment 4	7. Productiviteit	Diagnostiek is een onderdeel van het behandelproces en niet perse losstaand product, wij zien bij voorkeur dit product samengevoegd met s-GGZ waarmee ook de productiviteit gemiddeld kan worden.		in de 3e Lijns complexe psychiatrie is diagnostiek en behandeling niet los te koppelen. De diagnostiek in de complexe 3e lijnpsychiatrie is veelal een proces welke doorloopt in de behandeling. Na een initiele diagnostiek, de leidt tot een 'werk' diagnose en behandeling op de voorliggende problematiek, gaat het diagnostiek proces door omdat tijdens de behandeling zich vaak de onderliggende problematiek openbaart.	Het product diagnostiek is specifiek voor als NIET S-GGZ wordt ingezet. Diagnostiek kan dus gecombineerd (of opeenvolgend) worden ingezet met alles behalve S-GGZ. Bij S-GGZ is het juist onderdeel van het product.
83	Segment 4	1. Kostprijsmodel	De gepresenteerde functiemix in de producten leidt bij geneesmiddelen controle tot een zeer hoog tarief. Dit terwijl hier ook verpleegkundige specialisten op ingezet kunnen worden. We geven dit graag mee.			Op dit moment kan er nog geen antwoord gegeven worden op uw vraag. Dit thema is nog in ontwikkeling en onderwerp van gesprek. De definitieve uitwerking en keuzes zullen onderdeel zijn van de inkoopdocumenten
84	Segment 4	5. Overhead	rekentool WMO 2024 en daar wordt uitgegaan van sectorale benchmarkwaarden. De benchmark care wordt op verschillende momenten door Berenschot uitgevoerd en wordt tevens gerelateerd aan Peergroepen. De data per rapport zijn niet openbaar. Wel geeft Berenschot in het rapport "Handreiking kostprijzen in de jeugdwet update april 2022" een heldere uiteenzetting van een berekening. Berenschot heeft een andere definitie van overhead dan CareCulate. Voor vergelijk zijn we uitgegaan van som van de waarden in rood, oranje, blauw en groen (zie grafiek in veld E3). De kosten in licht blauw, groen en oranje zien we namelijk nergens anders terug in de notitie van CareCulate. In deze uiteenzetting wordt ook weergegeven dat de parameters zich onderling tot elkaar verhouden. In de handreiking gaat bij diagnostiek is er sprake van meer indirecte uren en minder directe uren in vergelijking met een behandelproduct. Dit geven we graag mee.	Op basis van de gekozen functiemix in de notitie, is de bijbehorende opslag 64%. Ons voorstel is om de juiste rekensystematiek toe te passen. Tevens rekening houden met peergroepen en tariefdifferentiatie toe passen. Berenschot gebruikt gemiddelden, deze zijn niet representatief voor alle typen aanbieders. Er zijn tevens bij aanbieders benchmarks vanuit de peergroepen beschikbaar.	Bovenstaande grafiek komt uit "Handreiking kostprijzen in de jeugdwet update april 2022". De afgelepen jaren is er weinig in de kostenstructuur gebeurt, derhalve achten wij deze uitkomsten nog representatief. Uit jurisprudentie blijkt dat in de kostprijs: - Zij dient rekening te houden met de sectorale uitvoeringswerkzaamheid, en - Zij dient zich te baseren op regionale en organisatiespecifieke omstandigheden. Gerechtschot Den Haag 7 juli 2020 ECLI:NL:GHDHA:2020:1130, Rechtsbank Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBHA:2020:544, Rechtsbank Midden-Nederland 27 november 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:5180. Op de gemeente niet een informatieplicht. Zie Parket bij de Hoge Raad 26 februari 2021, ECLI:NL:PHR:2021:181, r.o. 3.27. Gevolgd door Hoge Raad 8 oktober 2021, ECLI:NL:HR:2021:1462; Rechtsbank Den Haag 5 oktober 2020, ECLI:NL:RBHA:2020:9527 r.o. 5-9 Rechtsbank Den Haag 19 oktober 2021, ECLI:NL:RBHA:2021:11368, r.o. 4.16; Voz. Rechtsbank Rotterdam, 20 december 2021, ECLI:NL:RBROT:2021:12645, rechtsbank Midden-Nederland, 19 oktober 2023, ECLI:NL:RBMNE:2023:5403.	Voor de berekening van de overhead wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de benchmark care 2023. Naast dat deze benchmark actueel is wordt in deze benchmark ook gekeken naar aanbieders die vallen onder andere sectoren dan de GGZ die voor de gemeenten relevant zijn. De uitkomsten hiervan zijn openbaar en voor iedereen beschikbaar. Daarbinnen houden de gemeente rekening met sectorale verschillen en geldt voor s-GGZ dat er enkel gerekend wordt met de bechmark gegevens van de GGZ. Naar onze mening passen wij hier de juiste rekenmethode toe door rekening te houden met sectorale uitvoeringsverschillen. In de rapportage waarnaar verwezen wordt staat op pagina 11, paragraaf 2.3 dat de kosten in groen en lichtblauw vallen onder de directe kosten (primaire proces en is de inhoud van uw reactie niet juist.
85	Segment 4	7. Productiviteit				Dit is in lijn met de berekening van de productieve uren voor deze producten.