

Aantal	Vraag	Antwoord
1	Voor nu zou ik willen meegeven dat wij voorstander zijn van een PxQ financiering voor gezinshuizen. En zouden wij graag 3 gradaties zien in productbeschrijvingen en tarieven voor gezinshuiskinderen, op basis van de problematiek en de ondersteuning die dat vraagt. Hier hebben we eerder al eens over gesproken met vertegenwoordigers van aanbieders, gemeente en inkoop omdat de huidige tarieven te ver uit elkaar liggen en er product is wat niet specifiek voor gezinshuizen is.	Voor gezinshuizen zullen we een P*Q-financiering hanteren, per cliënt per etmaal. Daarnaast houden we vast aan de voorgenomen twee gradaties voor gezinshuizen, namelijk regulier en intensief.
2	Tijdens de consultatie afgelopen maandag heeft u de aanbieders een oproep gedaan vooral input te geven op de bekostiging in segment 1 via Tendered. Daarbij is ook aangegeven dat er een verslag gepubliceerd zal worden met daarbij een toelichting van Berenschot op de tarieven. Wanneer mogen wij deze toelichting verwachten? Deze is cruciaal om u van input te voorzien.	Deze toelichting is inmiddels verstrekt.
3	Wij zijn van mening dat optie 1 en optie 2 door aanbieders van residentiele voorzieningen of woongroepen anders wordt beoordeeld dan door aanbieders van gezinshuizen. Hoe ziet de regio dit onderscheid? En is de regio bereid om rekening te houden met de verschillende woonvormen en bijbehorende keuzes in bekostiging?	Gezinshuizen en woongroepen zijn in onze ogen verschillende voorzieningen. Hiermee houden we rekening.

4	Voor de gezinshuizen zien wij P*Q (optie 1) als enige haalbare optie. Dit gezien de ontwikkelopgaven zoals de afbouw van residentiele voorzieningen, de opbouw van (gespecialiseerde) gezinshuiscare en de verwachte toename in vraag naar gezinshuiscare. Een andere belangrijke factor is het verschil in bedrijfsvoering voor de gezinshuizen als zelfstandig ondernemer en de bedrijfsvoering voor de residentiele voorzieningen en woongroepen. Hoe ziet de regio deze verschillen? En kan de regio de keuze voor bekostiging op een onderscheidende manier beargumenteren?	Voor gezinshuizen gaan we uit van P*Q-financiering (optie 1), per cliënt per etmaal.
5	Met betrekking tot optie 2: Is er voor gezinshuiscare ook sprake van capaciteitsbepaling? Indien ja, is er dan sprake van een budget- of capaciteitsplafond? Indien ja, gezien de afbouw van de residentiële en gesloten jeugdzorg is er toch juist uitbreiding van pleeg- en gezinshuiscare nodig? Hoe wordt hier rekening mee gehouden?	Zie vraag 4.
6	Op welke wijze kan er door capaciteitsbepaling voor gezinshuiscare toch geprofiteerd worden van de flexibiliteit van gezinshuiscare? Soms vraagt de regio en verwijzer juist boventallig te plaatsen in een gezinshuis Soms kan een gezinshuis door omstandigheden (tijdelijk) minder jeugdigen opvangen. Flexibiliteit is hierin essentieel. Hoe ziet de regio deze flexibiliteit met betrekking tot: Het mogelijk verkrijgen van een boete bij lang-leeg-bed? Het geen 'ja' kunnen zeggen tegen een extra plaatsing wanneer dit na zorgvuldige afweging op basis van matching en vitaliteit op dat moment het juiste blijkt?	P*Q (optie 1) lijkt reëler. Daarom hebben we voor gezinshuiscare gekozen voor optie 1.

7	Hoe ziet de regio het verschil tussen een zelfstandig gezinshuis met (meestal) twee gezinshuisouders en bijvoorbeeld een poule medewerkers zoals in een residentiele voorziening t.a.v. de punten uit optie 2? Wij denken dat zorgen voor vitaliteit en daarmee continuïteit van de onderneming anders ingevuld wordt in een gezinshuis dan voor bijv. een residentiele voorziening. Hoe ziet de regio dit? Hoe draagt optie 2 bij aan vitaliteit en daarmee continuïteit van gezinshuizen?	De eigenheid van gezinshuizen is de vaste gezichten van de gezinshuisouders. Een poule van medewerkers kan de gezinsgerichte aanpak doorbreken. Opvangen van afwezigheid van gezinshuisouders bij ziekte of familie omstandigheden door inzet van andere vaste medewerkers, vinden wij een logische keuze. Een structureel gebruik van een poule vinden wij niet passend bij gezinshuiszorg.
8	Lang - leeg- bed boete na 3 maanden en acceptatieplicht (optie 2) Hoe verhoudt zich dit bij gezinshuiszorg tot een goede match? Soms is er binnen gezinshuiszorg een lege plek maar is er op inhoud met de wachtende geen sprake van een match. Een evt. boete zou hierbij niet de doorslag moeten geven.	We erkennen dat een goede match bij gezinshuiszorg belangrijk is. We zijn voornemens af te zien van de lang-leeg-bed-boete.
9	Hoe ziet de boete er uit?	Zie antwoord vraag 8.
10	Verblijfsvoorzieningen hebben acceptatieplicht (optie 2) Hoe verhoudt zich dit tot de juiste match? Hoe verhoudt de acceptatieplicht zich tot het maken van de juiste match over samenwerkingsverbanden heen.	De cirkelgesprekken worden gevoerd met de vertegenwoordigers van alle gecontracteerde partijen. Indien nodig wordt zorg vanuit verschillende sw-verbanden geleverd.
11	“Bij verblijfsvoorzieningen is acceptatieplicht een verantwoordelijkheid voor de contractpartij. Aandachtspunt hierbij zijn cliënten van buiten de regio”. Wat bedoelt de regio hier concreet mee?	Door de marktconsultatie van 23 januari is ons inzicht hierover verrijkt. We gaan er nu van uit dat buitenregionale plaatsingen en plaatsingen vanuit andere wetten (zoals WLZ en Wmo/Beschermd wonen) naar rato worden verrekend.

12	Is er sprake van een vergoeding voor het vrij houden van een plek binnen pleegzorg of gezinshuisplek als een jeugdige in verband met behandeling of crisis tijdelijk bij een andere zorgaanbieder verblijft is en het de intentie is dat een jeugdige terugkeert naar het pleeggezin of gezinshuis?	Ja, wij zijn voornemens deze te vergoeden. De hoogte van de vergoeding en de voorwaarden om voor die vergoeding in aanmerking te komen worden nog uitgewerkt.
13	Mogen er lopende het nieuwe contract nieuwe onderaannemers aansluiten?	Ja, dit mag en zal wellicht nodig zijn om een dekkend landschap te houden.
14	Wat wordt er in de presentatie conceptuitkomsten Jeugdhulp Zeeland bedoeld met 'wij sluiten voor dit product aan bij de VNG rekenmodule voor gezinshuizorg'? Gaat dat om de uitvraag en de gebruikte parameters daarvoor of wordt dit anders bedoeld?	Bedoeld wordt dat die rekenmodule is gebruikt. Klopt.
15	De bedragen die gehanteerd worden in de VNG rekenmodule zijn uit 2022. Met welke tarieven wordt er gerekend voor de nieuwe tarieven? Welk percentage wordt toegevoegd vanwege indexering?	De nieuwe tarieven voor pleegzorg worden geïndexeerd volgens paragraaf '3.2. Indexatie' uit de handreiking (bron: https://vng.nl/sites/default/files/2023-06/handreiking-tarifiering-en-inkoop-pleegzorg-2023.pdf). Tenzij specifiek anders aangegeven, worden tarieven geïndexeerd op t-1 basis voor 90% OVA en 10% PPC. De nieuwe tarieven voor gezinshuizorg worden geïndexeerd op t-1 basis voor 90% OVA en 10% PPC.
16	Met hoeveel kinderen rekent de regio om tot een tarief te komen?	Indien u groepsaanbod bedoelt, zullen we de tarieven baseren op de opgegeven groepsgrootte.
17	Wat worden de tarieven voor gezinshuizorg?	We voorzien de volgende tarieven: gezinshuis regulier € 176,73 per cliënt per etmaal gezinshuis intensief € 280,26 per cliënt per etmaal

18	Wordt in het kader van transparantie de onderbouwing en berekening a.d.h.v. de bouwstenen gedeeld en toegelicht? Kunnen hierbij de overeenkomsten en verschillen met het huidige tarief hierin gedeeld worden?	We hebben de onderbouwing en bouwstenen van de producten inmiddels gedeeld
19	Pleegzorg tarieven zijn conform handreiking. Recentelijk is er een rechtszaak geweest tegen Parlan over de vergoeding van de kinderopvang kosten. Uitspraak is dat deze kosten vergoed moeten worden. De bijzondere kosten regeling zoals deze er nu ligt is niet toereikend. Is de regio zich hiervan bewust?	Wij zijn ons hiervan bewust. Regelingen die betrekking hebben op dit soort situaties zijn o.a. terug te vinden in het Zeeuws Administratie Protocol. Dit protocol wordt meegenomen als bijlage in de stukken. Tijdens het implementatie-traject kan worden gezien of de huidige regeling bijzondere kosten aangepast worden. Daarnaast hebben gemeenten nog andere mogelijkheden, bv. via een SMI-toekenning.
20	Gezinshuis, variant intensief, kenmerkend: "de financiering zal gericht worden op een gemiddeld verblijf van 6 jaar waarbij er 3 jaar intensieve aanpak nodig zal zijn en 3 jaar reguliere begeleiding". Waar baseert de regio de genoemde afschaling van intensiteit op? Dient er te worden afgeschaald? Wie bepaald de zorgzwaarte? Hoe wordt de zorgzwaarte bepaald?	De toeleiding naar een passend gezinshuis loopt via het coördinatiepunt gezinshuizen. Naar aanleiding van de screening / onderzoek van de toegang en indien aanwezig aanvullende informatie vanuit betrokken zorgverleners wordt het kind-profiel opgesteld. Dit kind-profiel maakt duidelijk wat er nodig is qua zorgzwaarte en welk gezinshuis daarop aansluit. Hiervoor is een afwegingskader opgesteld door IJZ in samenwerking met de gezinshuisorganisaties. Gedurende de plaatsing wordt geëvalueerd en zal vanuit die evaluaties steeds de zorgzwaarte worden gewogen.
21	In de catalogus jeugdhulpaanbod wordt als één van de kenmerken interventies genoemd: er is geen sprake van contra-indicaties" Hoe verhoudt zich dit tot de verantwoordelijkheid voor de andere jeugdigen?	Contra-indicaties kunnen weliswaar op het moment van hulpvraag aan de orde zijn, maar cliënt mag niet "afgewezen" worden. Het is aan de organisatie/het samenwerkverband om een traject samen te stellen waarbij uiteindelijk de contra-indicatie opgeheven wordt en de meest passende zorg ingezet wordt/kan worden.
22	Wie bepaald de bij aanvang van	Helaas is het vervolg van deze vraag weggefallen en kunnen wij de vraag dan ook niet beantwoorden

23	Is er al een beeld over de termijnen van de cirkelgesprekken. We vragen dit in verband met het matchingsproces wat ook nog een tijdspad kent.	De cirkelgesprekken vinden een week na de verzending van de uitkomst van de vraagverheldering plaats. Hierin vindt de match plaats conform First Time Right. Zie ook het verslag van de marktconsulatie van 23 januari 2025
24	Voor gezinshuizen wordt in het concept productenboek de gezinshuizen gevraagd om een keurmerk gezinshuizen. Na zorgvuldig onderzoek vragen wij de gezinshuizen om het Keurmerk HKZ Kleine Organisaties. Wij zijn in de veronderstelling dat dit dekkend is voor het kwaliteitskeurmerk gezinshuizen, klopt dit?	Wij hebben de productbeschrijving aangepast in die zin dat niet meer gevraagd wordt om in het bezit te zijn van het keurmerk gezinshuizen maar om te voldoen aan het kwaliteitskader gezinshuizen. HKZ Keurmerk is een generieke eis, behoort bij de inschrijvingsvoorwaarden.
25	Eén van de eisen die gesteld worden is SKJ-registratie en afronding van een pedagogische opleiding. Wij staan hierachter maar zien in de praktijk ook dat er regelmatig gezinshuizen met potentie willen starten maar dit zonder SKJ-registratie niet kunnen. Wij zien mogelijkheden om in zorgvuldig overleg met SKJ en na een screening door ons het mogelijk te maken dat een gezinshuis toch kan starten. Dit met extra begeleiding door een gedragswetenschapper en onder bepaalde voorwaarden (o.a. met een opleidingsplan met tijdsbegrenzing). Dit zodat ze in staat gesteld worden middels een EVC-traject hun SKJ-registratie te behalen. Gezien de ontwikkelopgaven en de noodzaak voor goede (gespecialiseerde) gezinshuizen willen we vragen of de regio hierover een passage wil opnemen in het nieuwe contract. Is dit mogelijk en kan de regio dit toelichten?	Dank voor deze suggestie. Wij overwegen deze procedure mee te nemen in de inkoopdocumenten.

26	Wat wordt verstaande onder ‘cruciale zorgvormen’ (in document inkoopstrategie publieksversie oktober 2024)?	Deze vraag is al beantwoord in de publicatie dd 17 januari : Onder cruciale hulpvormen verstaan we die vormen van jeugdhulp die onmisbaar zijn om te kunnen voldoen aan de meest basale hulpvragen. Pleegzorg is bv een cruciale hulpvorm. Zie ook https://www.jeugdautoriteit.nl/onderwerpen/cruciale-jeugdzorg
27	Als organisatie willen wij graag pleeg- en gezinshuizorg beschikbaar houden voor álle jeugdigen. Hoe ziet het eruit als een jeugdige in samenwerkingsverband A zit en pleeg- en/of gezinshuizorg nodig heeft van een organisatie in Samenwerkingsverband B?	Een zorgaanbod kan door verschillende partijen geleverd worden. Wel is dan zaak om te bepalen bij wie de (behandel) regie ligt.
28	Segment 1, uitwerking, e. ‘Het is een risico voor gemeenten om dit te bekostigen via fte-financiering vanwege “snijverlies”’ Is het mogelijk om het snijverlies beperkt te houden door het gesprek te voeren over benodigde capaciteit en hier tussentijds op bij te sturen?	De mogelijkheid van fte financiering zal worden toegevoegd aan segment 1. Het door u gestelde wordt betrokken in de uitwerking.
29	Segment 1, uitwerking, c. ‘Groepen starten uiterlijk drie maanden na een afgegeven beschikking voor het betreffende product.’ Wordt hier bedoeld te zeggen dat een cliënt binnen drie maanden na aanmelding start met een groepsaanbod? En wat als er na 3 maanden nog geen groep is gevormd ter grootte van de gemiddelde groepsgrootte waar vanuit wordt gegaan, wordt de aanbieder dan geacht toch te starten, ondanks het financieel risico?	Dit wordt verder uitgewerkt in het implementatieplan. Het is de bedoeling dat er vanuit de gemeenten in overleg met de aanbieders een overzicht komt per subregio waardoor de vraag en aanbod goed op elkaar aansluiten.

30	Segment 3, uitwerking, optie 2, e. ; Lang-leeg-bed' boete na 3 maanden. Wat is precies de definiëring van een 'lang-leeg-bed'? Is het bed ook leeg als een jongere in het weekend naar huis gaat? Hoe komt deze berekening tot stand? Graag concreet en volledig beschrijven.	Zie antwoord vraag 8.
31	Segment 3, uitwerking, optie 2, c. Gemeenten betalen een tarief dat gebaseerd is o.b.v. 100% bezetting en o.b.v. werkelijke afnamen. We willen graag aangeven dat, ook wanneer jongeren tijdelijk niet op de groep verblijven (bijvoorbeeld tijdens weekendverlof), de zorgaanbieder nog steeds zorg levert op afstand naar de jongere en het systeem. Dit moet bekostigd kunnen worden binnen P.	Een weekendverlof hoort tot 100% bezetting. De tijdelijkheid kan een weekendverlof zijn of gedurende maximaal 3 maanden afbouw naar ambulante zorg. Na de 3 maanden komt de plek beschikbaar. Overigens wordt bij optie 2 bedoeld dat wordt bekostigd o.b.v. de capaciteit; de gemeenten betalen dan o.b.v. werkelijk gebruik.
32	Segment 3, uitwerking, optie 2, d. Aandachtspunt hierbij zijn cliënten buiten de regio. Graag toelichten wat hiermee wordt bedoeld.	We gaan er nu van uit dat buitenregionale plaatsingen en plaatsingen vanuit andere wetten (zoals WLZ en Wmo/Beschermd wonen) naar rato worden verrekend.
33	Segment 3, uitwerking. 'Gemeenten beschikken/bepalen welke jeugdige in aanmerking komt voor welk groepsaanbod.' In het cirkelgesprek wordt samen bepaald welke jeugdige in aanmerking komt voor welk aanbod. We vragen de formulering te wijzigingen en de afstemming in het cirkelgesprek specifiek te benoemen.	Zie aangepast toeleidingsproces waarin de cirkelgesprekken zijn uitgewerkt. In segment 3 is groepsaanbod/dagbehandeling onderdeel van het arrangement of verblijf en wordt er een afspraak gemaakt voor het totale pakket.
34	Segment 3, uitwerking. 'Gemeenten beschikken/bepalen welke jeugdige in aanmerking komt voor welk groepsaanbod.' Deze formulering lijkt niet correct, in segment 3 is geen sprake van 'groepsaanbod', deze term is niet passend bij de producten in segment 3. We vragen de formulering te wijzigen.	Klopt. Deze vorm van Groepsaanbod komt alleen in segment 1 voor. Wij passen dit aan.

35	Innovatie. Het innovatieplan wordt uitgevoerd in tenminste 2 gemeenten. Zijn alle zorgaanbieders actief in meerdere gemeenten waardoor zij hiervoor in aanmerking komen? (Juvent heeft alleen residentiële voorzieningen in de gemeente Middelburg).	Wij bedoelen hiermee dat klanten van meerdere gemeenten betrokken zijn.
36	Innovatie. Is het mogelijk om innovaties of aanvragen te doen die het kalenderjaar overschrijden? Het uitvoeren, implementeren en borgen van dergelijke projecten neemt immers tijd in beslag.	Ja, dit wordt mogelijk.
37	Innovatie. Jaarlijks is 1% van het budget voor jeugdhulp beschikbaar voor het innovatiefonds. In t-1 wordt het budget voor t bekend. Is dit budget jeugdhulp wat gemeenten ontvangen voordat of nadat hier de kosten voor de eigen organisatie zijn afgeroomd?	De 1% is berekend over de jeugdhulpkosten, dus niet die van de gemeentelijke kosten voor het interne proces om te komen tot Jeugdhulp. Overigens is er nog geen besluit genomen over dit innovatie fonds.
38	Met de regionale functie van verblijfsvoorzieningen wordt ervaren dat er regelmatig gesteggel over het vervoer van cliënten naar school is. Dit werkt sterk vertragend om direct na plaatsing op een verblijfsvoorziening naar school te kunnen blijven gaan. Dit geldt ook voor crisisplaatsingen. Welke afspraken kunnen gemaakt worden om ervoor te zorgen dat de cliënten gewoon naar school kunnen blijven gaan zonder onderbreking? De wisseling van verblijfslocatie zou geen invloed moeten hebben op het wel of niet naar school gaan.	Wij zijn het met u eens dat verblijfswisseling geen belemmering moet zijn om onderwijs te kunnen volgen. Het is echter geen item waar wij als Inkoop in kunnen voorzien. Voor de jongere kinderen is dan leerlingenvervoer aan zet. Bij Leerlingenvervoer is de Gemeente waar de Jeugdige verblijft verantwoordelijk voor de financiering. De verordening leerlingenvervoer geeft aan hoe bij een crisisplaatsing wordt betaald, namelijk de helft van de crisisduur de latende gemeente en de andere helft door de ontvangende gemeente. Vervoer naar voorgezet en beroepsonderwijs is altijd op kosten van ouders.
39	Is al duidelijk in welk segment de crisiszorg zal landen?	In segment 3

40	In de uitwerking van de bekostiging segment 1 en 3 wordt groepsbegeleiding en –behandeling gestimuleerd. Wij zijn hier ook voorstander van. Wel willen een opmerking plaatsen bij punt b van de uitwerking: ‘de gemeente bepaalt voor welk groepsaanbod jeugdige in aanmerking komt’: Het is toch niet de bedoeling dat de gemeente bepaalt, maar alleen indiceert? Daarom is het woord ‘welk’ (groepsaanbod) ons inziens ook niet aan de orde. In de marktconsultatie van 13 januari werd een beschikbaarheidswijzer geopperd. Wij maken ons zorgen dat dit leidt tot zeer veel administratieve lasten om zoiets goed bij te houden. Onze groepen zijn juist heel dynamisch van aard en zoiets strak inregelen creëert ook alleen maar meer wachtlijsten. Bovendien vragen we ons af of dit de gemeentes ook niet plaatst in een positie die hun niet past.	De gemeente bepaalt in overleg met cliënt en aanbieder welke vorm van jeugdhulp wordt ingezet; de aanbieder bepaalt de interventies binnen de groepen. Onderdeel van het implementatieplan zal de inrichting van toeleiding naar groepen zijn. En of dit gefaciliteerd wordt door bv een beschikbaarheidsapp.
41	Het woord ‘welk’ (groepsaanbod) is gezien ons voorgaande punt dus ook helemaal niet aan de orde. En leidde in de marktconsultatie van 13 januari ook tot discussie. Want om dat te kunnen doen, is eigenlijk een beschikbaarheidswijzer nodig. Met daarin beschreven het soort groepsaanbod, maar dan is ook de capaciteit en planning nodig, etc etc. Wij maken ons zorgen dat dit onnodig leidt tot zeer veel administratieve lasten. Een regionale planning van een grote variëteit aan groepen en aanbieders maken is onhaalbaar. Onze groepen zijn juist heel dynamisch van aard en zoiets strak inregelen creëert ook alleen maar meer wachtlijsten. Kortom, wij zijn groot voorstander van groepsgerichte behandeling, maar met een beschikbaarheids/capaciteitwijzer vrezen wij een moeras aan extra werk wat het doel voorbij schiet. En dit plaatst de gemeentes ook in positie die hun niet past.	Zie het antwoord hiervoor.

42	Hoe waarborgen gemeenten dat de voorgestelde financieringsvorm met weekarrangementen, waarin verschillende zorgvormen binnen één arrangementprijs worden gecombineerd, bijdraagt aan het behalen van de transformatiedoelstellingen zoals het stimuleren van preventieve zorg, substitutie naar lichtere zorgvormen en kostenbeheersing?	Wij verwachten van de aanbieder, ongeacht de financieringsvorm, dat deze altijd uitgaat van transformatie-doelstellingen en ontwikkelingsopgaven. Mocht daarnaast blijken dat er een te zwaar arrangement is afgesproken, dan wordt ook van de aanbieder verwacht dat deze dat zo spoedig mogelijk kenbaar maakt bij de gemeente zodat passende maatregelen genomen kunnen worden.
43	Hoe wordt voorkomen dat deze bekostigingsvorm leidt tot hogere zorgkosten, gezien het risico dat aanbieders te maken krijgen met financiële druk door intensieve casussen binnen een vast arrangement?	Deze arrangementen zijn samengesteld op basis van data over het (samengestelde) zorggebruik. Het geeft de aanbieders de mogelijkheid om flexibel zorggebruik in te zetten waardoor ook gekomen kan worden tot een financiële middeling.
44	Welke ruimte biedt deze financieringsvorm om de inhoud van de zorg op maat af te stemmen op de behoeften van jeugdigen en gezinnen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit of betaalbaarheid?	zie hierboven
45	Wordt overwogen om hybride financiering (bijvoorbeeld deels P*Q-gebaseerd voor flexibiliteit) te implementeren om het risico op mismatch tussen zorgvraag en arrangementprijs te beperken?	Tot nu toe hebben wij deze intentie niet. Wij vertrouwen erop dat door de flexibiliteit binnen de arrangementen er geen mismatches zullen ontstaan.
46	In het kader van de huidige arbeidsmarktproblematiek in Zeeland, specifiek met betrekking tot de jeugdhulp, willen wij graag meer inzicht verkrijgen in de benodigde capaciteit zoals beschreven in de inkoopstrategie. Dit betreft onder andere de impact van de driemaandelijke evaluaties, cirkelgesprekken en monitoring. Hoe wordt er omgegaan met het beschikbaar houden of maken van cruciale jeugdhulp middels passend personeel?	In de MC van 13 januari is de benodigde capaciteit rond de toeleiding naar Jeugdhulp besproken. Er zal een toelichting komen van benodigde capaciteit in het toeleidingsproces. Daarnaast wordt bij de besprekingen rond de ombouwkalender/ het verandertraject en de ontwikkelingsopgaven de arbeidsmarkt een onderdeel waaraan uitwerking gegeven moet worden.

47	Daarnaast zouden we graag verduidelijking ontvangen over de extra uren die per cliënt benodigd zijn en de verhouding tussen de daadwerkelijk ingezette uren voor hulpverlening en de uren die verloren gaan in de organisatie en coördinatie van de hulp. Hoe verhoudt deze inzet zich tot het behalen van de transformatiedoelstellingen zoals genoemd in de regiovisie Zeeland en de hervormingsagenda?	Organisatie en coördinatie van hulp op casus niveau zit in de tarieven, hiervoor zijn uren meegerekend. De organisatie rondom de ontwikkelopgaven wordt op een gestructureerde wijze georganiseerd, waarbij de aanwezigheid bij ontwikkeltafels wordt gevraagd. Deze aanwezigheid wordt niet extra bekostigd. De bekostiging van transformatiedoelstellingen is voorzien via een innovatiebudget, waarover nog een besluit genomen moet worden.
48	In de inkoopstrategie wordt gesproken over garantiezorg voor cliënten. Wij hebben de volgende vragen met betrekking tot de uitvoering en de bijbehorende financiering: 1. Moeten cliënten die aanspraak maken op garantiezorg voorrang krijgen op wachtlijsten? Zo ja, wat zijn de gevolgen voor cliënten die al in zorg zijn? Hoe dient hiermee omgegaan te worden om de continuïteit van zorg te waarborgen? 2. Wat is het financiële risico voor de zorgaanbieder bij het leveren van garantiezorg, vooral gezien de mogelijke toename van de druk op de capaciteit en de wachtlijsten? 3. Is het toegestaan om cliënten te behandelen op basis van doelen die niet formeel zijn vastgesteld, of moeten alleen de doelen zoals vastgesteld in de cirkelgesprekken worden meegenomen in de zorgverlening? En wordt er een aanpassing in de financiering doorgevoerd als er na drie maanden aanpassingen nodig zijn in de doelstellingen?	1. We leggen de verantwoordelijkheid voor urgentie van hulpvragen bij de aanbieder. Deze heeft immers het inzicht in welke zorgvraag eerst beantwoord moet worden. Voor casuïstiek die opgepakt moet worden vanuit crisissituaties wordt vastgelegd dat deze wel voorrang hebben bij de cirkelgesprekken en op de wachtlijsten. 2. Een aanbieder heeft het beste inzicht in de (financiële) risico's die immers samenhangen met de kwaliteit van de geleverde zorg. 3. De jeugdhulp wordt gebaseerd op de vastgestelde doelen. Als tijdens het eerste monitor gesprek blijkt dat niet de passende hulp is toegewezen, dan is een wijziging van arrangement mogelijk. Wij schatten in dat deze wijziging in hooguit 5% van de situaties aan de orde is. Binnen het toegewezen arrangement is het mogelijk om de samenstelling van het arrangement te wijzigen om toch te voldoen aan de (gewijzigde) doelen. Met de nodige investering in de periode voorafgaand aan de feitelijke uitvoering van de jeugdhulp verwachten we de wijzigingen te kunnen beperken. De garantiezorg is gewijzigd in nazorg dat meer recht doet aan hetgeen we vragen. In de periode nadat de jeugdhulp is afgerond en er een nazorggesprek nodig is, wordt dit door opdrachtnemer geboden. Gezien de inspanningen in het toeleidingsproces, de cirkelgesprekken en de monitoring gaan we ervan uit dat de hoeveelheid van deze nazorggesprekken beperkt zal zijn.

49	Waarom wordt in de context van verblijf nog gesproken over vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl deze volgens de wet niet toegestaan zijn? Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit niet in strijd is met de wet, gezien de landelijke ambitie in het kader van de transformatie van de jeugdzorg om vrijheidsbeperking te voorkomen?	Wij kunnen niet opmaken op welke context u doelt. Wij verwachten dat opdrachtnemers handelen conform de wetgeving.
50	Er wordt momenteel gefocust op de versterking van het voorveld en lichte zorgvormen, maar zonder duidelijke link met aanpalende domeinen zoals onderwijs en sociaal domein, of alternatieven voor lichte voorzieningen. Dit lijkt terug te grijpen op eerder gehanteerde ideologische oplossingen zonder datagestuurde onderbouwing. Hoe wordt er gezorgd voor meer structuur in het jeugdhulplandschap van Zeeland om de transformatiedoelen te behalen, en hoe wordt er gezorgd voor een effectieve verbinding tussen de verschillende domeinen?	De gemeenten zullen hiervoor data met elkaar moeten verbinden vanuit de verschillende sectoren. Dit zal ook gevolgen hebben voor de levering van data door jeugdhulpaanbieders zodat op basis van data bijgestuurd kan worden. Wij zullen dit beschrijven in de ontwikkelopgaven en als onderdeel van de ombouwkalender
51	In de inkoopstrategie wordt gekozen om de zorgvormen in segment 1 te versmallen tot enkel het kind of enkel de ouders, zonder ruimte voor een systemische benadering. Hoe wordt er dan gezorgd voor het behalen van de doelstelling van kwalitatief goede jeugdhulp? Moeten we in dit geval altijd kijken naar de stapeling van diensten om de benodigde ondersteuning voor het gehele gezin te bieden, of wordt er een andere oplossing geboden om deze zorg te integreren?	Een systemische benadering is altijd onderdeel van de jeugdhulp, in elk segment. Bij begeleiding en/of behandeling van kind en ouders, worden ook de gevolgen voor andere gezinsleden meegenomen. Juist ook de verbinding met onderwijs en voorliggende voorzieningen wordt gezien als onderdeel van de begeleiding/ondersteuning. het is noodzakelijk dat ook deze voorzieningen inzicht krijgen in wat het beste werkt. Zowel op casusniveau als op algemeen (voorlichtend) niveau.
52	Gezien de transformatiedoelstellingen en de noodzakelijke kostenreductie voor Zeeland, begrijpen wij dat de SLT's pas in 2028 volledig operationeel zullen zijn. Gezien de verwachte vertraging in de implementatie van de SLT's en de huidige arbeidsmarktproblematiek, hoe wordt er gezorgd voor grip op de instroom van cliënten in de tussenliggende periode, met name voor de poortwachterfunctie ("first time right")?	Gemeenten hebben nu al lokale teams, die in ieder geval bestaan uit de toegang tot de jeugdhulp en andere voorliggende voorzieningen. De stevigheid van de teams met de verbinding van aanvullende functies (die er meestal nu ook al zijn), is een opgave voor gemeenten. Hiermee hebben de gemeenten vanaf heden al mogelijkheden om de instroom te kanaliseren.

53	Hoe wordt er omgegaan met specifieke zorgvormen, zoals begeleid bezoek binnen de inkoopstrategie? Zijn er specifieke richtlijnen of financieringsstructuren die voor deze zorgvormen gelden? Wanneer zijn deze inzichtelijk voor de aanbieder?	Begeleid bezoek is een vorm van begeleiding, kan vanuit segment 1 worden ingezet. Wanneer er segment 2 of 3 zorg nodig is valt begeleid bezoek binnen het arrangement.
54	Onder welke specifieke producten valt de groepsbehandeling die wij bieden aan jonge kinderen met een ernstige ontwikkelingsachterstand en een verstandelijke/lichamelijke beperking binnen het nieuwe jeugdhulplandschap vanaf 2026? Zonder duidelijkheid over juiste product-codes hiervoor in segment 2 en 3 (afhankelijk van de complexiteit) is het voor ons niet mogelijk om een reëel beeld te krijgen van de (financiële) impact.	Voor de keuze voor de juiste jeugdhulp is de omstandigheid van het kind niet alles bepalend. Het gaat om het te behalen ontwikkelingsperspectief, dus de ontwikkelopgave per kind. Als dit om de inzet van (zeer) deskundige jeugdhulp gaat, dan kan segment 2 of 3 aan de orde zijn. Als er weinig ontwikkelingsperspectief is, maar het omgaan met de situatie betreft, dan biedt hulp uit segment 1 voldoende aanbod.
55	Hoe wordt binnen het jeugdhulplandschap het onderscheid gemaakt tussen verblijf met behandeling en dagbehandeling, en in welke gevallen wordt Product 7.1 gebruikt voor kinderen die geen 24/7 verblijf nodig hebben?	Wanneer er bij Verblijf met behandeling dagbehandeling nodig is, dan kan dit ingezet worden. De aanbieder beargumenteert immers de gewenste interventies. Wanneer er geen verblijf nodig is dan is het mogelijk om dagbehandeling in te zetten vanuit een ambulante traject uit segment 2 of 3. Zie ook antwoord hieronder.
56	Welk product uit segment 3 zou het best aansluiten bij dagbehandeling gericht op kinderen met een verstandelijke beperking en complexe problematiek (kindeigen, ontwrichtend, ook voor thuissituatie)? Product 7.1: Verblijf met behandeling (pedagogisch) is het best passend omdat het een combinatie biedt van verblijf, behandeling, en pedagogische ondersteuning Aan de andere kant past het product niet geheel omdat dagbehandeling geen verblijf is. Dagbehandeling houdt in dat kinderen overdag intensieve behandeling en begeleiding in een groep krijgen, maar na de behandelingsuren naar huis gaan. Product 7.1 omvat verblijf met behandeling, wat betekent dat de kinderen ook gedurende de nacht op de locatie verblijven. Dit maakt het product minder geschikt als kinderen niet 24/7 zorg nodig hebben.	het kenmerkende van de arrangementen uit segment 2 en 3 is de specifieke hulpvraag van de jeugdige en de flexibele aansluiting daarop van de hulpverlening. Als het zwaartepunt van de hulp bestaat uit dagbehandeling, dan is dagbehandeling ook mogelijk binnen segment 2 of segment 3 en zal dat het zwaartepunt zijn van de ingezette zorg. Wij gaan er dan echter van uit dat er ook thuis voldoende begeleiding wordt ingezet zodat ouders meer handvatten krijgen om ook een ontwrichtende situatie in de toekomst beter te kunnen hanteren. Een verblijfsindicatie is niet geschikt voor jeugdigen die thuis wonen.

57	Waarom andere producten minder geschikt zijn: • Product 1 & 2 (Ambulante GGZ): Deze producten richten zich op intensieve begeleiding of behandeling aan huis, wat niet hetzelfde is als dagbehandeling op locatie. • Product 4 & 5 (Gezinshuis en pleegzorg): Deze zijn gericht op verblijf en opvoeding in een gezinssituatie, terwijl dagbehandeling juist gericht is op gestructureerde zorg buiten de thuissituatie. • Product 6 (Kortdurend verblijf): Kortdurend verblijf is bedoeld voor crisisopvang of tijdelijke ondersteuning en mist de behandelende component die essentieel is voor hulp aan het jonge kind met een ernstige beperking. • Product 7.2 (Verblijf met behandeling - GGZ): Hoewel dit product ook gericht is op behandeling, richt het zich specifiek op GGZ-zorg. Voor kinderen met een LVB is de pedagogische insteek vaak beter passend dan een puur medische/psychiatrische benadering. • Product 8 (Wonen met begeleiding): Dit is meer gericht op langdurige woonvoorzieningen en niet op intensieve dagbehandeling. • Product 9 (Crisis): Crisisopvang heeft een andere focus (acute situaties) dan de systematische ondersteuning die LVB-kinderen nodig hebben.	Zie antwoord hierboven. Arrangementen uit segment 2 en 3 kunnen benut worden naar zorgbehoefte. Ligt de nadruk op dagbehandeling dan zal dat de grootste bouwsteen zijn binnen het arrangement.
----	---	--

58	Uit het concept productenboek en de marktconsultaties maken wij op dat de voormalige prestatiecode dagbehandeling voor kinderen met een ernstige ontwikkelingsachterstand en/of beperking deels opgenomen wordt in de product-code 'Intensief Thuis Complex'. Hier lijkt de aanname onder te liggen dat kinderen hiernaast of hierna weer 'gewoon' naar school kunnen gaan. Dat geldt helaas niet voor alle kinderen. Onze doelgroep heeft intensieve behandeling en begeleiding nodig gedurende alle dagdelen in een week die andere kinderen 'gewoon naar school gaan'. Totdat ze ofwel naar (een SO) school kunnen ofwel uitstromen richting WLZ. Hoe ziet u het product groepsbehandeling concreet onder dit product? Daarnaast wordt onder het product 'Intensief Thuis Complex' gemeld dat het een combinatie is van individueel en groepsgerichte behandeling en begeleiding. Als het aanbod volledig in groepsverband verloopt, hoe moeten we dan precies de tekst en de tarieven over de gemiddelde inzet per week interpreteren voor ons specifieke aanbod?	Zie antwoorden hierboven : binnen de arrangementen is het geheel aan de zorgaanbieder om die interventie in te zetten die de hulpvraag beantwoordt.
59	Een behandeling die zou kunnen vallen binnen de prestatiebeschrijving Extra Intensief ambulant traject bij meervoudige/ multicomplexe problematiek is niet geschikt om volgens de eenheid "per cliënt per week" te worden gefinancierd. De behandeling vraagt intensievere inzet in de beginfase, waarna het aantal uren in de laatste fase uitsluitend wordt ingezet indien nodig. Dit versterken van de eigen kracht van het systeem is namelijk een belangrijk uitgangspunt om de problemen duurzaam op te lossen in de toekomst. Bij de voorgestelde vorm van financiering (cliënt per week) loopt de zorgaanbieder groot risico bij het vroegtijdig afbreken van een behandeling én wordt een beperkte inzet, aan het eind van de behandeling, onevenredig zwaar gefinancierd. Kunt u de financiering wijzigen in een uurtarief, zodat de werkelijke inzet wordt bekostigd?	Wij gaan uit van een combinatie van interventies die verspreid over de week worden ingezet met een gemiddeld over het traject (dus intensief aan de voorkant en laag intensief aan de achterkant). Uitgaande van het principe first time right, met bespreking in het cirkelgesprek, en een overeenstemmingscontract tussen aanbieder - client - gemeente, achten wij de kans op uitval beperkt.

60	Wij onderstrepen het belang van "vaste gezichten" bij behandeling. Ook binnen de prestatiebeschrijving Consultatie en Advies kunnen wij ons voorstellen dat binnen het Lokale Team/ Toegang een "vast gezicht" de voorkeur heeft, zodat er eenvoudiger onderling kan worden geschakeld. Echter om tot een goede analyse en duiding voor specifieke casus-problematiek te komen, is een "vast gezicht" belemmerend omdat er geen beroep gedaan kan worden op de specifieke expertise die nodig is. Kunt u omschrijven in welke situaties u een "vast gezicht" al dan niet wenselijk acht?	Wij zijn het met u eens dat er vanuit de prestatie Consultatie en Advies die expertise ingeschakeld moet worden die beantwoord aan de hulpvraag. De behoefte aan een vast gezicht vanuit de Toegangen / SLT's ligt breder. Dat gaat bijvoorbeeld om een vast contactpersoon bij de opdrachtnemer om te kunnen overleggen rond hulpvraag, zorgtoekenning vanuit segment 1 etc.
61	Kunt u de kleine opslag van 2% waaruit de bekostiging van cirkelgesprekken plaatsvindt hernoemen? Hiermee wordt een activiteit bekostigd en daarmee is het, naar onze mening, geen opslag voor "risico en innovatie".	Voor de cirkelgesprekken zijn we voornemens om een tegemoetkoming beschikbaar te stellen. Besluitvorming hierover moet nog plaatsvinden.
62	Wij waarderen het initiatief om jeugdzorgaanbieders nog meer te betrekken bij de Regiovisie en de Hervormingsagenda middels een Innovatiefonds. Zou u de inhoudelijke opdrachten nader kunnen concretiseren door enkele ontwikkelopgaven uit de regio te prioriteren?	Zie de vastgestelde inkoopstrategie. In het inkoopdocument volgt een nadere uitwerking.
63	Wij waarderen het initiatief om jeugdzorgaanbieders nog meer te betrekken bij de Regiovisie en de Hervormingsagenda middels een Innovatiefonds. Er wordt gesproken over een jaarlijks budget van 1% van het budget voor jeugdhulp. In uw begroting bent u waarschijnlijk uitgegaan van een prognose van het jeugdhulpbudget voor 2026. Hoe hoog is het jeugdhulpbudget voor 2026?	Dit rekenen we momenteel uit. Overigens moet nog besluitvorming hierover plaatsvinden.

64	Mogen wij een oproep doen aan de gezamenlijke gemeentes om bij de start van deze aanbesteding per 1 januari 2026 een digitale wachtlijst-portal te ontwikkelen die beschikbaar is voor alle zorgaanbieders binnen de samenwerkingsverbanden? Met een up-to-date wachtlijst-portal kan de jeugdzorg efficiënter worden ingezet, zeker met het uitgangspunt om “in groepen te werken, tenzij...”.	Dit is een van de punten die wij uitwerken in de implementatiefase. De huidige beschikbaarheidswijzer is ook een instrument dat bedoeld is om inzicht te geven in de wachtlijsten. Onze ervaring is echter dat deze niet up-to-date wordt bijgehouden en nog geen compleet geeft o.a. doordat enkel het de zorgvormen van de hoofdaanbieder beschreven staan.
65	Aangezien er binnenkort meer bekend wordt, omtrent de inzet van 1 AGB-code per contractpartij, zouden we bij de afweging mee willen geven, dat met het werken onder 1 AGB-code de administratie-last wordt vergroot voor zorgaanbieders. Daarmee gaat er minder geld onder aan de streep naar de jeugdigen in Zeeland wat naar onze mening onwenselijk is.	We hebben inmiddels de mogelijkheden tot inschrijving gepubliceerd die hierop antwoord geeft.
66	In eerdere stukken werd het volgende gepubliceerd: Segment 2: huidige aantal cliënten 2023: 6.500 - gewenst aantal cliënten 2030: 5.000 Segment 3: huidige aantal cliënten 2023: 3.000 - gewenst aantal cliënten 2030 verblijf: 850 en ambulant: 1.250 Kunnen wij de cliënt-aantallen van 2030 aanhouden of zijn deze gewijzigd?	Deze voorziene aantallen worden momenteel in overleg met de gemeenten aangepast naar realistische cijfers. In het inkoopdocument zullen we de cijfers presenteren.
67	Worden er budgetplafonds bekend gemaakt?	Of deze worden toegepast, is nog niet bekend. Er ligt een opgave bij de gemeenten om de kosten van de jeugdhulp te beheersen/verminderen.

68	Toeleidingsproces, pagina 1. Bij verklarende analyse wordt aangegeven dat deze wordt uitgevoerd bij "complexe problematiek". We vragen jullie om dit (complex) te definiëren (vanaf welk segment/arrangement?). Wij zijn zelf van mening dat het zeer wenselijk zou zijn dat er in ieder geval altijd een GVA is gemaakt als er enige vorm van verblijf als optie wordt gezien. Ook missen we (procesmatig) waar de GVA verder in het toeleidingsproces terugkomt. Wordt een GVA voorafgaand aan een cirkelgesprek gemaakt en krijgen de deelnemers van het cirkelgesprek deze vooraf toegestuurd? We vragen jullie hier naar te kijken en dit te verduidelijken.	Deze stappen rondom inzet van expertise, vraagverheldering en ook Gedeelde Verklarende Analyse worden uitgewerkt in de implementatie van het toeleidingsproces.
69	Toeleidingsproces, pagina 2, landelijk aanmeldformulier. Er wordt aangegeven dat primair ouders / jeugdige het formulier invullen. Wij vragen ons af of dit wel haalbaar en realistisch is gezien de soort vragen en de antwoorden die verwacht worden. Naar ons idee is dit echt iets dat door de consulent, met input van ouders/jeugdige ingevuld moet worden. We vragen jullie in overweging te nemen deze verwachting t.a.v. ouders te heroverwegen. Daarnaast stellen we voor het aanmeldformulier te gebruiken als input voor het cirkelgesprek aangezien één van de doelen van het formulier is 'betere analyse aan de voorkant'. Het formulier zou dan als ware mee kunnen lopen met het toeleidingsproces. We vragen jullie dit in overweging te nemen.	Het invullen van het formulier zal door ouders en jeugdige samen met de toegang worden gedaan. We nemen de suggestie m.b.t. het cirkelgesprek mee.
70	Toeleidingsproces, pagina 5, 'in overleg met de jeugdige en wettelijk vertegenwoordigers, kan het cirkelgesprek ook zonder de jeugdige worden gevoerd'. Overweeg (als besloten wordt vast te houden aan de nu beschreven deelnemers aan het cirkelgesprek) om dit te wijzigen naar 'bij hoge uitzondering'. Vanuit toestemming gezien: Boven de 16 jaar is de jeugdige de enige (indien geen verblijfszorg) die toestemming moet geven, dus dan is deze jeugdige juist belangrijk om aan tafel te hebben en mee in te stemmen met de hulp die geboden gaat worden. In die zin dus eigenlijk 'belangrijker' dan ouders. Indien jeugdige niet wil aansluiten, zal deze achteraf alsnog benaderd moeten worden om 'geinformeerde toestemming' te verlenen.	Dit advies nemen we over, in de gedetailleerde uitwerking wordt dit zo beschreven.

71	Toeleidingsproces, Deelnemers cirkelgesprek: we vragen jullie dit juridisch goed uit te zoeken. Vragen om instemming aan ouders/jeugdige is geen wettelijke grond omdat er dan een afhankelijkheidsrelatie ontstaat. De cliënt kan niet in vrijheid toestemming geven, omdat afhankelijk is van gemeente voor inzet van jeugdhulp. De vraag is of er andere wettelijke grond gevonden kan worden, wat maakt dat de cirkelgesprekken in de vorm zoals ze nu worden voorgesteld wel mogelijk zijn. Op het moment dat besloten wordt ouders/jeugdige niet te laten deelnemen, kunnen de cirkelgesprekken plaatsvinden als de casus anoniem wordt ingebracht.	Wij hebben de suggesties van de marktconsultatie op dit punt ook opgepakt en dit wordt verder uitgezocht. Uitwerking van dat wat ook juridisch mogelijk is komt in het implementatie-traject aan de orde.
72	Bureau HHM schetst dat er aanbod wordt gemist voor diverse doelgroepen, namelijk: → De LVB doelgroep, meestal gecombineerd met GGZ-problematiek. Aanbieder is gespecialiseerd voor wat betreft de LVB doelgroep. Vraag: Kan een aanbieder, die gespecialiseerd is op de doelgroep LVB, ook via onderaannemerschap inschrijven op segment 1 met de restrictie, dat zij bepaalde producten alleen willen leveren voor de doelgroep LVB? of moet er aan alle doelgroepen geleverd worden, als er wordt ingeschreven op een bepaald segment?	Dit kan, als er ingeschreven wordt op een perceel dan dient aan de gehele doelgroep geleverd te worden. Er moet dan ook een totaal aanbod zijn. Hoe en wie dit geleverd wordt is aan de inschrijvende partij.
73	Aanbieder heeft op dit moment een maatwerkovereenkomst met de gemeente Middelburg voor Verblijf met (GGZ) behandeling tot en met september 2025. Client is 15 jaar. Wordt deze maatwerkovereenkomst verlengd na september 2025 of wordt deze vanaf 1-1-2026 ondergebracht in de nieuwe aanbesteding. Zo ja, kan aanbieder ook inschrijven op 1 product in segment 3 of moet er op alle producten binnen 1 segment worden ingeschreven?	Het is de bedoeling dat er in 2026 e.v. zo min mogelijk gebruik wordt gemaakt van maatwerk-overeenkomsten. In segment 3 zijn maximaal 3 contractpartijen voorzien. Binnen deze contractpartijen kunnen de aanbieders gezamenlijk afspraken maken wie welke specifieke jeugdhulp levert (met immer het Matched Care principe als uitgangspunt)

74	Graag willen we een verduidelijkingsvraag stellen n.a.v. de laatste marktconsultatie op 23 januari j.l. en het document m.b.t. de inschrijvingsmogelijkheden en voorwaarden, nl. Tijdens de laatste marktconsultatie is aangegeven dat iedere organisatie onder zijn eigen AGB code blijft werken, we zien dit niet terug in de stukken. Kunnen jullie hier verduidelijking over geven?	De informatie hierover is inmiddels verspreid via de notitie “inschrijvingsmogelijkheden”.
----	--	---