

Nr.	Vraag	Onderwerp	Concept antwoord
89	Regio omschrijft in 2.1.6 de verwerven voorzieningen; hier wordt onder andere "Specialistische GGZ behandelgroepen (incl. verslavingszorg en forensisch)" onder benoemd. In 3.4.1. vraagt regio een referentie om ervaring met klinische GGZ plekken aan te tonen, waarin specifiek naar HIC wordt gevraagd. Interpretieren wij het juist dat HIC plekken geboden dienen te worden door (minimaal één partij binnen) het samenwerkingsverband maar dat dit aangevuld moet/mag worden door andere aanbieders die (bovenregionale) klinische GGZ plekken bieden maar zelf geen HIC bieden?	Toelatingsdocument	Ja, dat is correct
90	Regio omschrijft in 2.1.6 de verwerven voorzieningen; hier wordt onder andere "Specialistische GGZ behandelgroepen (incl. verslavingszorg en forensisch)" onder benoemd. In 3.4.1. vraagt regio een referentie om ervaring met klinische GGZ plekken aan te tonen, waarin specifiek naar HIC wordt gevraagd. Interpretieren wij het juist dat het bieden van HIC plekken slechts de referentie eis is en er daarnaast binnen de opdracht ook ander soortige klinische GGZ geleverd dient te worden?	Toelatingsdocument	Ja, dat is correct
91	Graag willen wij als specialistische GGZ aanbieder buiten deze regio een verduidelijking op deze vraag. In 3.4.2 vraagt de regio aan te tonen dat het samenwerkingsverband verblijfsplekken in het kader van JeugdzorgPlus, driemilieuvoorzieningen en klinische GGZ gelegen in het landsdeel Utrecht – Flevoland heeft. Wanneer aan deze eis wordt voldaan door de samenwerkende partijen, mogen er dan daarnaast ook partijen aansluiten die enkel bedden hebben buiten de betreffende regio?	Vervolg vraag 78	Ja, dat is toegestaan, mits wordt voldaan aan de eis uit paragraaf 3.4.2 dat het samenwerkingsverband beschikt over verblijfsplekken in het kader van JeugdzorgPlus, driemilieuvoorzieningen en klinische GGZ binnen het landsdeel Utrecht–Flevoland. Indien één of meerdere samenwerkingspartners hieraan voldoen, kunnen daarnaast ook partijen deelnemen die uitsluitend verblijfsplekken buiten het landsdeel hebben. Daarbij geldt dat het beleidsmatige uitgangspunt is om jeugdigen zoveel mogelijk binnen het landsdeel passende hulp te bieden. De ontwikkelopgave is primair gericht op het realiseren en transformeren van verblijfsvoorzieningen binnen het landsdeel. Het is niet de bedoeling om structureel voorzieningen buiten het landsdeel te contracteren. Aanbieders die niet binnen het landsdeel actief zijn en geen ambitie hebben om daar voorzieningen te ontwikkelen, doen er daarom goed aan te beoordelen of deelname aan het samenwerkingsverband in lijn is met deze doelstelling.
92	Veel verblijfsvoorzieningen leveren diensten vanuit verschillende contracten. Op welke wijze verwachten gemeente voldoende plekken te kunnen contracteren voor de noodzakelijk en gewenste aantallen? Staan de gemeenten er voor open om op basis van beschikbaarheidsfinanciering verblijfsplekken te contracteren?	Beschikbaarheidsfinanciering	De regio's staan open voor het gesprek over verschillende vormen van bekostiging. Aan de dialoogtafel bekostiging zal dit gesprek gevoerd worden.
93	Op pagina 29 uit bijlage 4 wordt aangegeven dat uniform gebruik van data een uitgangspunt is. In hoeverre sluiten de verschillende data-systemen van gemeenten onderling op elkaar aan?	Datasystemen	Het uitgangspunt van uniform datagebruik ziet op het streven naar eenduidigheid in definities, indicatoren en informatie-uitwisseling binnen de samenwerking. Gemeenten maken momenteel gebruik van verschillende datasystemen. De regio's onderkennen dit en staan open voor het gesprek over de praktische uitwerking van uniform datagebruik, waaronder de randvoorwaarden die dit stelt aan systemen, registratie en informatie-uitwisseling. Dit onderwerp zal nader worden besproken en uitgewerkt aan de dialoogtafel, in afstemming met de betrokken partijen.
94	Kunnen wij er vanuit gaan dat crisis- en time-outplekken geen onderdeel zijn van deze opdracht?	Crisis en time-out	Op dit moment vormen deze geen onderdeel van de opdracht.
95	Transformatie en samenwerking vraagt tijd en geld. Op welke manier zullen gemeenten bijdragen aan de gewenste transformatie en samenwerking van aanbieders?	Transformatie	Aan de dialoogtafel spreken aanbieders en gemeenten met elkaar spreken over de gewenste samenwerking en transformatie. De wijze waarop gemeenten hieraan bijdragen is ook onderwerp van gesprek.

96	De ervaring leert dat jongeren van 17 jaar minder mogelijkheden hebben op het verkrijgen van een noodzakelijk verblijf- en behandelplek. Hoe kijken de jeugdhulpregio's naar deze leeftijdsgroep (rondom 18-/18+) in het kader van de hoog specialistische jeugdhulp en de verlengde jeugdwet?	18-/18+	De jeugdhulpregio's erkennen dat de overgang rond 18-/18+ een kwetsbare fase is en dat jongeren van 17 jaar in de praktijk knelpunten kunnen ervaren bij het verkrijgen van passend verblijf en behandeling. Dit is een belangrijk aandachtspunt binnen de hoogspecialistische jeugdhulp en de toepassing van de verlengde Jeugdwet.
97	In vraag en antwoord 58 van de Nvl1 stelt u dat onderwijsinstellingen en samenwerkingsverbanden uitgenodigd worden voor de dialoogtafels. Het is goed en belangrijk dit gesprek integraal te voeren. Dit levert echter geen garanties op dat onderwijsinstellingen ook daadwerkelijk het gevraagde onderwijs kunnen leveren. Wij zijn van mening dat hierover daarom concrete afspraken opgenomen dienen te worden in de samenwerkingsafspraken en overeenkomst, ten einde dat de zorgaanbieder niet eindverantwoordelijk gehouden kan worden voor jongeren die geen onderwijs kunnen volgen. Deelt u deze mening?	Dialoogtafels	De regio's onderschrijven het belang van een integrale dialoog met onderwijsinstellingen en samenwerkingsverbanden. Tegelijkertijd is het essentieel dat aan de dialoogtafels helder wordt besproken hoe rollen, taken en verantwoordelijkheden zich tot elkaar verhouden en waar de grenzen van ieders verantwoordelijkheid liggen.
98	LTA valt "in principe" buiten scope, maar kan alsnog erin als integrale zorg dat vraagt. Wat bedoelt u met "in principe"?	LTA	Daarbij is het van belang om, waar nodig, concrete afspraken vast te leggen in samenwerkingsafspraken en/of overeenkomsten, zodat over en weer realistische en duidelijke verwachtingen bestaan over wat van iedere partij kan en mag worden verwacht.
99	Als vervolg op de verschillende aansprakelijkheden: In welke fase moet duidelijk zijn of er ingeschreven wordt als hoofd/onderaannemer of als combinatie?	vervolgvraag op vraag 55	Met "in principe" wordt bedoeld dat LTA-zorg buiten de reikwijdte van deze overeenkomst valt en niet onder deze contractering wordt gebracht omdat deze reeds via een ander (het LTA) kader is gecontracteerd. Indien de integrale zorg voor een jeugdige echter vraagt om inzet van specifieke expertise, die ook in het LTA gecontracteerd is, dan vinden de regio's het van belang te bezien hoe deze expertise – in een passende vorm – beschikbaar en inzetbaar kan zijn binnen het samenwerkingsverband. Het uitgangspunt blijft dat geen reeds elders gecontracteerde zorg wordt overgenomen of dubbel gecontracteerd, maar dat waar nodig inhoudelijke expertise zorgvuldig wordt verbonden aan de bovenregionale afspraken.
100	Wat is de visie van de regio ten aanzien van een mogelijk verschil tav tarieven tussen aanbieders? Zo wijst specifiek forensisch kostprijsonderzoek uit dat er voor deze vorm van zorg andere productiviteitsnormen en een ander tarief gehanteerd dient te worden.	toelatingsdocument 2.4.2 berekening	Voor inschrijving op de overeenkomst dient in fase 2 – gepland in het eerste kwartaal van 2027 – duidelijkheid te bestaan over de gekozen samenwerkingsvorm (hoofd- en onderaannemerschap of combinatie). Bij inschrijving voor deelname aan de dialoogtafels zijn deze formele verantwoordelijkheden en aansprakelijkheidsverhoudingen nog niet aan de orde. Het staat inschrijvers vrij om zich in fase 2 op een andere wijze organiseren dan in fase 1. Om die reden is de wijze van aansprakelijkheidsverdeling voor de dialoogtafels op dit punt minder relevant.
101	De regio verwacht van aanbieders dat er geen contra-indicaties worden gehanteerd. Hoe garandeert de regio dat jongeren voor de juiste zorg worden geïndiceerd? Het aanbieden van niet passende zorg kan bij forensische problematiek leiden tot een averechts effect.	toelatingsdocument 2.1.3 verwachting aanbieders	Het uitgangspunt van de regio's is te komen tot reële tarieven die aansluiten bij de aard, intensiteit en kwaliteitseisen van de te leveren zorg. Daarbij geldt dat tarieven zowel inhoudelijk passend als financieel verantwoord moeten zijn. Aan de dialoogtafels zal het gesprek worden gevoerd over de inrichting van de bekostiging, waaronder de onderbouwing van kostprijzen. Tariefdifferentiatie tussen aanbieders is op voorhand geen doel. De opdrachtgever sluit echter niet uit dat, indien objectief onderbouwde verschillen in zorginhoud of kostprijs daartoe aanleiding geven, differentiatie een mogelijke uitkomst van het zorgvuldig te voeren gesprek kan zijn.
			Het uitgangspunt van het hanteren van geen contra-indicaties beoogt te voorkomen dat jeugdigen tussen wal en schip raken. Aan de overlegtafel Inhoud en Kwaliteit treden partijen met elkaar in overleg over de inrichting van de toegang tot hoogspecialistische jeugdhulp en over wat nodig is om te komen tot een zorgvuldig onderbouwde en passende indicatiestelling.

102	In het toelatingsdocument wordt beschreven dat er door de regio rekening gehouden wordt met het feit dat aanbieders zich niet uitsluitend richten op cliënten uit Utrecht-Flevoland. Hoe houdt de regio hier precies rekening mee?	toelatingsdocument 2.1.2 norm voor opdrachtgeverschap	De regio's zijn zich ervan bewust dat aanbieders zich in hun bedrijfsvoering, capaciteitsplanning en doorontwikkeling niet uitsluitend richten op jeugdigen uit Utrecht-Flevoland, maar rekening houden met de vraag vanuit meerdere jeugdhulpregio's. Dit betekent dat aanbieders in de praktijk een bredere organisatorische en financiële afweging maken bij de inrichting en bezetting van voorzieningen. In de dialoog over de vormgeving van de opgave en de verdere doorontwikkeling daarvan wordt deze bredere context nadrukkelijk onderkend. Dit laat onverlet dat de regio's inhoudelijke doelstellingen formuleren voor het landsdeel en samenwerking beogen met partijen die deze doelstellingen onderschrijven. Binnen die kaders wordt ruimte geboden voor het gesprek over een realistische en uitvoerbare invulling van de opdracht.
103	In het toelatingsdocument wordt beschreven dat wonen en behandeling zoveel mogelijk moet worden gescheiden. Erkent de regio dat voor specifieke doelgroepen, zoals jongeren met een forensisch profiel, het juist van belang is dat wonen en behandeling in elkaars verlengde dienen te liggen en een zo integraal mogelijk aanbod vragen?	vervolgvraag op vraag 29/ toelatingsdocument	De regio's erkennen dat voor specifieke doelgroepen, waaronder jongeren met een forensisch profiel, een nauwe samenhang tussen wonen en behandeling noodzakelijk kan zijn. Dit vraagt er juist om zorgvuldig te bezien hoe stabiliteit van de verblijfplek kan worden gewaarborgd en onnodige doorplaatsingen kunnen worden voorkomen als de behandelvraag verandert. Aan de dialoogtafel Inhoud en kwaliteit is er ruimte om dit spanningsveld en de opgave die hier ligt te bespreken.
104	Er kunnen addenda met de individuele leden van het samenwerkingsverband worden opgenomen in de raamovereenkomst. Betekent dit dat er met individuele leden aparte afspraken gemaakt kunnen worden bijvoorbeeld ten aanzien van tarief en kwaliteitscriteria?	toelatingsdocument addenda	De nadere inrichting van de raamovereenkomst, waaronder de vraag of en in hoeverre gebruik wordt gemaakt van addenda met individuele leden van een samenwerkingsverband, wordt besproken aan de dialoogtafel Overeenkomst.
105	Welke kaders en/of criteria stelt opdrachtgever aan het plan van aanpak dat door de samenwerkingsverbanden moet worden opgeleverd?	toelatingsdocument	De beoordelingscriteria voor het plan van aanpak worden na afronding van de dialoog opgesteld en vastgesteld. Het plan van aanpak maakt onderdeel uit van fase 2.
106	in vervolg op het uitgangspunt van HSJH: Welke kwaliteitseisen worden er gehanteerd om te garanderen dat er hoogspecialistische zorg wordt geleverd?	vervolgvraag op vraag 8	Het duiden en specificeren van kwaliteitseisen en criteria is onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel Kwaliteit en Inhoud.
107	in het kader van het dienstpakket: Verwachten de regio's dat aanbieders werken met erkende interventies of een gezamenlijk kwaliteitskader?	vervolgvraag op vraag 53	De vraag in hoeverre uitsluitend erkende interventies dienen te worden ingezet, evenals de nadere duiding van de toepasselijke kwaliteitskaders, vormt onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel Kwaliteit en Inhoud.
108	Hoe wordt voorkomen dat HSJH een "restbak" wordt voor vastlopende casuïstiek zonder duidelijke indicatie?	vervolgvraag op vraag 8	Met deze opdracht wordt beoogd een samenwerkingsverband te contracteren dat gezamenlijk verantwoordelijkheid neemt voor de meest kwetsbare jeugdigen en gezinnen met de meervoudige complexe problematiek. Dit vraagt om een gezamenlijke werkwijze waarbij ook in situaties waarin problematiek nog niet volledig is uitgekristalliseerd, zorgvuldig wordt bepaald wat nodig is en welke expertise passend is. Aan de dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit bespreken de deelnemers met elkaar welke inhoudelijke kaders, samenwerkingsafspraken en randvoorwaarden het samenwerkingsverband nodig heeft om deze opgave goed te kunnen vervullen en om te borgen dat jeugdigen tijdig passende hulp ontvangen.
109	Welke casuïstiek valt expliciet niet onder HSJH, maar moet regionaal worden georganiseerd?	vervolgvraag op vraag 8	Casuïstiek waarin geen sprake is van meervoudig complexe problematiek, waarvoor geen inzet van hoogspecialistische expertise noodzakelijk is en waarbij geen schaarse hoogspecialistische voorziening of capaciteit is vereist, valt niet onder HSJH en dient regionaal/lokaal te worden georganiseerd. In de documenten is aangegeven dat de doelgroep niet limitatief of hermetisch kan worden afgebakend, maar wel kan worden geduid aan de hand van criteria. Indien een casus niet aan deze criteria voldoet, is dat een aanwijzing dat deze op regionaal/lokaal niveau, en niet bovenregionaal binnen HSJH, dient te worden opgepakt.

110	als vervolg op de uitstroom 18+: Wie draagt verantwoordelijkheid voor uitstroom en continuïteit na 18 jaar?	vervolgvraag op vraag 70	De verantwoordelijkheid voor uitstroom en continuïteit van zorg na het bereiken van de 18-jarige leeftijd vraagt om heldere afstemming tussen betrokken partijen, mede gelet op de overgang tussen wettelijke kaders en financieringsstromen. De nadere uitwerking van rollen, verantwoordelijkheden en samenwerkingsafspraken rondom uitstroom 18+ is onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel, met als doel om continuïteit van zorg voor jeugdigen in deze overgangsfase zo goed mogelijk te borgen.
111	Wordt de opdracht expliciet gekoppeld aan afspraken met WMO/MOBW en volwassen-GGZ?	bijlage 4 domeinoverstijgend	De regio's hechten eraan om domeinoverstijgend te kijken en de samenhang tussen jeugdhulp, Wmo/MOBW en volwassen-GGZ nadrukkelijk te betrekken bij de uitvoering van de opdracht. In hoeverre en op welke wijze deze opdracht expliciet wordt gekoppeld aan afspraken met Wmo/MOBW en de volwassen-GGZ, wordt besproken aan de dialoogtafel. Daarbij wordt gezamenlijk verkend wat nodig, mogelijk en wenselijk is om continuïteit van ondersteuning en passende samenhang te borgen.
112	Hoe wordt het knelpunt leerlingenvervoer meegenomen in de opdracht en afspraken?	vervolgvraag op vraag 21	Het organiseren van leerlingenvervoer is formeel een verantwoordelijkheid van individuele gemeenten, waarbij bekend is dat beleid en uitvoering kunnen verschillen. De regio's onderkennen dat dit in de praktijk tot knelpunten kan leiden voor jeugdigen en aanbieders. Juist om dergelijke dilemma's en uitvoeringsvraagstukken zorgvuldig te adresseren, worden de dialoogtafels georganiseerd. Het thema leerlingenvervoer kan daar worden geagendeerd, zodat gezamenlijk kan worden verkend welke oplossingsrichtingen mogelijk en wenselijk zijn.
113	Welke minimale eisen worden gesteld aan de verbinding tussen verblijf en onderwijs (fysiek/digitaal)?	vervolgvraag op vraag 9	De regio's onderkennen het belang van een goede verbinding tussen verblijf en onderwijs, zowel fysiek als – waar passend – digitaal. Tegelijkertijd geldt dat de inrichting van deze verbinding in belangrijke mate maatwerk is en afhankelijk van de ontwikkelbehoefte, veiligheid en mogelijkheden van de individuele jeugdige. De vraag of en zo ja welke minimale kaders kunnen worden geformuleerd voor de verbinding tussen verblijf en onderwijs, wordt geagendeerd voor bespreking aan de dialoogtafel. Daar kan gezamenlijk worden verkend in hoeverre het wenselijk en mogelijk is om richtinggevende uitgangspunten of randvoorwaarden te formuleren, waarbinnen maatwerk gerealiseerd kan worden.
114	Welke rol krijgen gemeenten/regio's in het oplossen van situaties waarin "passende oplossing organiseren" niet haalbaar lijkt?	vervolgvraag op vraag 10	De regio's onderkennen dat zich situaties kunnen voordoen waarin, ondanks gezamenlijke inspanningen, het organiseren van een passende oplossing onder druk staat door beperkte capaciteit of andere knelpunten. De vraag welke rol gemeenten en regio's in dergelijke situaties vervullen, en hoe zij samen met aanbieders kunnen optrekken wanneer ook maatwerkoplossingen niet direct haalbaar zijn, kan worden ingebracht aan de dialoogtafel. Daar wordt besproken welke escalatie-, samenwerkings- en besluitvormingsafspraken nodig zijn om in dergelijke gevallen gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen en tot werkbare oplossingen te komen.

115	In de stukken staat dat aanbieders in het samenwerkingsverband geen contra-indicaties hanteren. Hoe wordt dit in de praktijk gewogen bij acute veiligheidsrisico's, personeelsschaarste en wettelijke kaders?	vervolgvraag op vraag 11	Het uitgangspunt van het niet hanteren van contra-indicaties is bedoeld om te bevorderen dat aanbieders binnen het samenwerkingsverband over organisatorische en sectorale grenzen heen samenwerken en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor jeugdigen met meervoudig complexe problematiek. Verschillen in expertise of positionering vormen daarbij op zichzelf geen grond om geen hulp te organiseren. Tegelijkertijd vraagt de toepassing van dit uitgangspunt in de praktijk om een zorgvuldige weging van veiligheid, uitvoerbaarheid en geldende wettelijke kaders. Het is van belang om hierover gezamenlijk heldere werkafspraken te maken, zodat enerzijds recht wordt gedaan aan het gezamenlijke verantwoordelijkheidsbesef en anderzijds aan de professionele en juridische randvoorwaarden waarbinnen wordt gewerkt. Deze uitwerking vindt plaats in overleg met de betrokken partijen aan de dialoogtafel.
116	Wordt verslaglegging gedeeld met alle partijen in het samenwerkingsverband, inclusief partijen die niet in de binnenring zitten?	bijlage 3 dialoogtafel verslaglegging	Ja de verslaglegging wordt in principe gedeeld met alle deelnemers aan de dialoogtafel, zowel in de binnenring als in de buitenring. Er kunnen onderwerpen zijn waarbij hiervan wordt afgeweken, bijvoorbeeld als er over bedrijfsgevoelige informatie wordt gesproken.
117	Hoe wordt consensus vastgesteld (unaniem, meerderheid, of besluit door regio's bij geen consensus)?	bijlage 3 dialoogtafels besluitvorming	In de dialoog streven we naar het recht doen aan de inbreng van alle deelnemende partijen. Om voortgang te boeken met z'n allen vraagt dit ook dat partijen ruimte bieden aan het gesprek en ook akkoord gaan met oplossingen en voortgang die voor hen acceptabel zijn ook al is het niet de eigen voorkeursoplossing. We streven bij consensus naar oplossingen die voor alle betrokkenen acceptabel zijn.
118	Worden conceptversies van documenten per ronde gedeeld en geaccordeerd?	bijlage 3 verslaglegging	Concept versies worden in de vorm van verslagen per ronde gedeeld en tekstueel vastgesteld. Uitgangspunt is dat wordt gestreefd naar oplossingen die door alle partijen aan tafel worden gedragen. Consensus betekent daarbij niet dat iedere partij de gekozen oplossing als eigen voorkeursoptie beschouwt, maar dat men zich kan vinden in de oplossing die door het merendeel als voorkeursrichting wordt gezien en deze gezamenlijk kan ondersteunen. Indien ondanks zorgvuldig overleg geen consensus wordt bereikt, behouden de regio's als inkoopende en opdrachtgevende partij de verantwoordelijkheid om een besluit te nemen. De laatste Dialoogtafel is besluitvormend voor de resultaten van alle voorgaande sessies.
119	Welke onderdelen liggen vast en welke onderdelen staan expliciet open voor aanpassing in de dialoog?	bijlage 3 dialoogtafels	Er is op dit moment geen limitatieve of vooraf vastgestelde lijst van onderwerpen die niet bespreekbaar zijn in de dialoog. De verwervingsstrategie vormt het inhoudelijke kader en geeft de richting en ambities van de regio's weer. Binnen deze inhoudelijke uitgangspunten is ruimte voor het open gesprek met aanbieders over de nadere uitwerking van de opdracht. Het doel van de dialoog is om, binnen de kaders van de strategie, gezamenlijk te komen tot concrete, gedragen en uitvoerbare oplossingen.
120	Is het resultaat van de dialoogtafels (het Fundament) bindend voor fase 2?	vervolgvraag op vraag 64	Het doel van de dialoogtafels is om gezamenlijk te komen tot een nadere uitwerking van de opdracht (het Fundament), die vervolgens in diezelfde vorm wordt gehanteerd in fase 2 als basis voor toelating tot de overeenkomst. Het is aan aanbieders om na afronding van fase 1 te bepalen of, met wie en in welke vorm zij in fase 2 willen inschrijven op toetreding tot de overeenkomst.
121	Worden aanbieders geacht per 1 juli 2027 volledig te leveren voor alle regio's, of is gefaseerde toetreding mogelijk?	toelatingsdocument startdatum	Uitgangspunt is dat het samenwerkingsverband vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst (1 juli 2027) in staat is om de gehele opdracht uit te voeren voor alle deelnemende regio's. Indien voor specifieke onderdelen, bijvoorbeeld waar het schaarse expertise betreft, een realistisch en onderbouwd ingroeipad noodzakelijk wordt geacht, dan kan dit aan de dialoogtafel worden ingebracht. De regio's kunnen dan kennisnemen van de onderbouwing en beoordelen of en in hoeverre dit aanleiding geeft tot aanpassing van de opdracht of de daarbij behorende voorwaarden.

122	Welke gevolgen heeft de positie van Eemland (lopende contracten) voor volumes, contractering, bekostiging en het tijdpad?	vervolgvraag op vraag 22	Dit thema zal zeker onderwerp van gesprek zijn aan de dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit, Bekostiging, Sturing en Monitoring en Overeenkomst.
123	Worden er minimale eisen gesteld aan interne geschilbeslechting binnen het samenwerkingsverband?	toelatingsdocument combinatie	Op dit moment is nog geen definitieve invulling gegeven aan eventuele minimale eisen voor interne geschilbeslechting binnen het samenwerkingsverband. De nadere uitwerking hiervan kan worden betrokken bij de gesprekken aan de dialoogtafel, waar afspraken kunnen worden gemaakt over een passende en werkbare inrichting van interne geschilbeslechting.
124	Wordt er beoogd om één raamovereenkomst te sluiten met één samenwerkingsverband, met addenda per deelnemer?	toelatingsdocument fase 2	Er is nog geen keuze gemaakt in de vorm en inrichting van de overeenkomst. De vorm van de overeenkomst is onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel Overeenkomst.
125	Hoe wordt geborgd dat monitoring niet leidt tot perverse prikkels of selectie van "makkelijker" casuïstiek?	bijlage 4 monitoring	De inrichting van monitoring en sturing wordt gezamenlijk bepaald aan de dialoogtafel. Daarbij wordt besproken waarop wordt gestuurd, welke indicatoren worden gehanteerd en op welke wijze monitoring plaatsvindt. Het onderkennen en voorkomen van mogelijke perverse prikkels, waaronder ongewenste selectie-effecten in casuïstiek, kan daarbij een expliciet aandachtspunt zijn. In het gesprek wordt gezien hoe monitoring zodanig kan worden ingericht dat deze bijdraagt aan kwaliteit, toegankelijkheid en passende zorg voor de doelgroep.
126	Welke rol krijgen IGJ-signalen, contractmanagement en kwaliteitsmanagement in de sturing?	bijlage 4 sturing	De rol van IGJ-signalen, contractmanagement en kwaliteitsmanagement in de sturing maakt onderdeel uit van het bredere gesprek aan de dialoogtafel Monitoring en Sturing. Aan de dialoogtafel wordt gezamenlijk besproken hoe deze elementen zich tot elkaar verhouden en op welke wijze zij worden ingezet binnen de sturings- en samenwerkingsafspraken, zodat zij bijdragen aan kwaliteit, transparantie en tijdige bijsturing waar nodig.
127	Wordt er gewerkt met uniforme definities (bijv. doorplaatsing, matched care, onvoorwaardelijk wonen) voor alle regio's?	bijlage 4 sturing en monitoring	Het doel is om te komen tot uniforme definities van kernbegrippen, zoals bijvoorbeeld doorplaatsing, matched care en onvoorwaardelijk wonen, zodat binnen en tussen regio's en in samenwerking met het samenwerkingsverband eenduidigheid bestaat in interpretatie, registratie en sturing. De nadere uitwerking en vaststelling van deze definities kan plaatsvinden aan de dialoogtafels.
128	Welke indicatoren/meetlatten zijn leidend: proces, output, outcome, of een combinatie?	bijlage 4 sturing en monitoring	De vraag welke indicatoren of meetlatten leidend zijn – proces, output, outcome of een combinatie daarvan – wordt besproken aan de Dialoogtafel Monitoring en Sturing.
129	In navolging op uw antwoord: Komt er een apart budget voor innovatie, en zo ja: hoe wordt dit verdeeld en verantwoord?	vervolgvraag op vraag 20	De regio's hebben het voornemen om budget beschikbaar te stellen voor innovatie, met als doel ruimte te creëren voor ontwikkeling en vernieuwing binnen de opdracht. De wijze waarop dit budget wordt toegekend, ingezet en verantwoord, wordt nader uitgewerkt aan de Dialoogtafel.
130	Hoe wordt voorkomen dat aanvullende integrale zorg in de praktijk een niet-gefinancierde verplichting wordt?	vervolgvraag op vraag 30	De inzet van aanvullende integrale zorg wordt expliciet besproken aan de overlegtafel. Daarbij geldt, zoals eerder aangegeven, dat de bekostiging van deze zorg onderdeel uitmaakt van de afspraken: of de kosten worden integraal verwerkt in het tarief, of zij worden als afzonderlijk product of dienst gefinancierd. Er is derhalve geen sprake van een niet-gefinancierde verplichting. Uitgangspunt is dat aanvullende integrale zorg op een transparante en passende wijze wordt bekostigd.

131	In vervolg hierop: Welke bekostigingsvorm wordt beoogd voor aanvullende integrale zorg (uren, beschikbaarheidsfinanciering, aparte prestaties)?	vervolgvraag op vraag 29	De huidige denkrichting voor aanvullende integrale zorg gaat uit van beschikbaarheidsfinanciering op basis van een vooraf vastgesteld aantal uren. Het betreft daarbij geen financiering per fte, maar een afgesproken urenvolume waarbinnen specialistische expertise flexibel kan worden ingezet. De ingezette uren zouden worden afgerekend op basis van een gemiddeld PxQ-tarief van de betreffende aanbieder, met aanvullende afspraken over randvoorwaarden zoals wachttijden. Aan de dialoogtafel gaan de regio's hierover graag in gesprek met het samenwerkingsverband om te komen tot een passende en werkbare bekostigingsvorm en uitwerking.
132	Krijgt het expertiseteam mandaat om daadwerkelijk mee te doen in regionale voorzieningen ("meedoen") of betreft het uitsluitend consultatie/advies?	vervolgvraag op vraag 70	Het uitgangspunt is dat het expertiseteam daadwerkelijk kan meedoen in regionale voorzieningen, en zich niet beperkt tot consultatie of advies op afstand. Daarbij geldt dat het expertiseteam niet overneemt, maar gericht is op het ondersteunen en versterken van de aanwezige professionals en betrokkenen. Doel is het vergroten van handelingsbekwaamheid door het toevoegen van expertise in de regionale praktijk.
133	Welke minimale disciplines/competenties moeten in het expertiseteam aanwezig zijn (bijv. forensisch, verslaving, LVB, systeem)?	vervolgvraag op vraag 12	De vraag welke minimale disciplines en competenties in het expertiseteam vertegenwoordigd moeten zijn, wordt besproken aan de Dialoogtafel.
134	Is het expertiseteam onderdeel van het samenwerkingsverband of (deels) onafhankelijk gepositioneerd?	vervolgvraag op vraag 12	Het uitgangspunt is dat het expertiseteam wordt gevormd door de leden van het samenwerkingsverband.
135	Is het expertiseteam een verplicht onderdeel van de opdracht, of een te ontwikkelen component?	vervolgvraag op vraag 12	Het expertiseteam vormt een kernonderdeel van de opdracht. Aan de dialoogtafel wordt besproken in welke vorm het team per 1 juli 2027 kan starten en welke ontwikkeltijd nodig is om het team verder op te bouwen tot een volledig functionerende en duurzame inrichting.
136	Welke rol krijgen GI's in toegang/triage en besluitvorming?	vervolgvraag op vraag 76	De nadere invulling van toegang, triage en besluitvorming wordt besproken aan de dialoogtafel. Daarbij wordt gezamenlijk verkend hoe deze processen zorgvuldig worden ingericht en welke rol de verschillende betrokken partners daarin hebben.
137	Naar aanleiding van uw antwoord: Hoe wordt voorkomen dat schaarse hoogspecialistische capaciteit wordt ingezet bij casuïstiek die eigenlijk regionaal passend is?	vervolgvraag op vraag 8	Aan de dialoogtafel wordt gesproken over de inrichting van een zorgvuldige en passende toegang en triage. Een heldere werkwijze en afwegingskaders zijn daarbij van belang om te waarborgen dat schaarse hoogspecialistische expertise wordt ingezet voor de doelgroep waarvoor deze bedoeld is.
138	Wordt een verklarende analyse/diagnostische fase expliciet onderdeel van de toegang? Zo ja: hoe wordt deze gefinancierd?	bijlage 4 toegang	De rol van een verklarende analyse of diagnostische fase in de toegang vormt nadrukkelijk onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel. Daarbij wordt gezien in hoeverre en op welke wijze deze fase expliciet onderdeel uitmaakt van het toegangsproces. Ook de bekostiging van de inspanningen van aanbieders binnen het samenwerkingsverband bij het tot stand brengen van een dergelijke analyse wordt in dat verband besproken, zodat hierover heldere en passende afspraken kunnen worden gemaakt.
139	Hoe verhouden de "klinische GGZ plekken" zich tot de overige onderdelen van het dienstenpakket: vallen deze onder dezelfde overeenkomst of onder aparte contractafspraken?	vervolgvraag op vraag 4	Het uitgangspunt is dat deze onder dezelfde overeenkomst vallen. Aan de dialoogtafel kan dit worden geagendeerd als aanbieders dit wenselijk vinden.
140	Wordt "forensisch" binnen deze opdracht opgevat als (a) jeugdstrafrechtketen/jeugdreclassering, (b) forensische expertise binnen GGZ-behandeling, of (c) beide?	toelatingsdocument forensische zorg	Op dit moment wordt forensisch opgevat als forensische expertise in het kader van GGZ-behandeling in strafrechtelijk kader en vrijwillig kader.
141	Kunnen de regio's expliciteren welke onderdelen exact onder "Specialistische GGZ behandelgroepen (incl. verslavingszorg en forensisch)" vallen?	toelatingsdocument dienstenpakket	Er is op dit moment geen limitatief overzicht van alle onderdelen. Dit is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
142	Kunnen partijen in fase 1 uitsluitend deelnemen als expert (buitenring) zonder formele rol in het samenwerkingsverband?	bijlage 3 dialoogtafels buitenring	Nee, alleen de zorgaanbieders die zich als samenwerkingsverband inschrijven op deelname aan de Dialoogtafels, worden uitgenodigd voor het gesprek.

143	Indien een aanbieder uitsluitend als onderaannemer wordt ingezet: welke bewijsstukken moeten dan worden aangeleverd?	vervolgvraag op vraag 3	Dit is afhankelijk van de vraag of de betreffende onderaannemer wordt ingezet in het kader van de referentie-eis. Indien de onderaannemer wordt ingezet ten behoeve van de referentie, ontvangen wij graag het volledig ingevulde referentieformulier, inclusief de uitvoeringsverklaring van de onderaannemer. Op eerste verzoek van de aanbestedende dienst dient de betreffende onderaannemer tevens een geldige Gedragsverklaring Aanbesteden (GVA) te overleggen. Indien de onderaannemer niet wordt ingezet in het kader van de referentie-eis, volstaat het om de naam van de onderaannemer te vermelden. Dit mag desgewenst ook in een later stadium van het proces plaatsvinden. In het Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA) van de hoofdaanbieder dient te worden aangegeven wat de rol van de onderaannemer is.
144	Moeten alle deelnemende aanbieders in een samenwerkingsverband (ook partijen vervolg vraag op vraag 3 met een beperkte rol) in fase 1 documenten/bewijsstukken aanleveren?		Niet in alle gevallen hoeven alle deelnemende aanbieders in een samenwerkingsverband in fase 1 volledig documenten/bewijsstukken aan te leveren. Dit is afhankelijk van de vorm waarmee het samenwerkingsverband inschrijft en de rol van de deelnemers in het samenwerkingsverband: Bij een combinatie van gelijkwaardige partijen moeten alle leden afzonderlijk de vereiste documenten indienen. Bij een hoofdaannemer met onderaannemers hangt dit af van de rol van de onderaannemer: a) Wordt de onderaannemer ingezet om te voldoen aan geschiktheidseisen (bijvoorbeeld referentie-eis), dan moeten de relevante bewijsstukken in fase 1 worden aangeleverd. b) Wordt de onderaannemer niet ingezet voor het voldoen aan geschiktheidseisen, dan volstaat vermelding in het UEA en hoeven bewijsstukken pas op verzoek te worden overgelegd.
145	Welke partijen worden door de regio's beschouwd als "contractpartner" in fase 1 (dialoog) en in fase 2 (toetreding tot de overeenkomst)?	bijlage 3 en toelatingsdocument	In fase 1 zijn de contractpartners de deelnemende regio's en de tot de dialoog toegelaten aanbieders, in fase 2 zijn de contractpartners de deelnemende regio's en de tot de overeenkomst toegelaten aanbieders.
146	In hoeverre mag de samenstelling van het samenwerkingsverband wijzigen tussen fase 1 en fase 2? klopt de aanname dat er meerdere partners van het samenwerkingsverband kunnen wisselen tussen fase 1 en 2?	vervolgvraag op vraag 65	Fase 1 en fase 2 zijn gescheiden procedures. Een samenwerkingsverband mag daarom gedeeltelijk of geheel van samenstelling wijzigen, mits bij inschrijving wordt voldaan aan alle eisen, voorwaarden en criteria die voor die fase gelden.
147	Moet in fase 1 al een interne governance worden beschreven (besluitvorming, escalatie, vertegenwoordiging)?	toelatingsdocument procedure	Nee dat is niet nodig voor fase 1. Voor fase 2 kan dit wel worden gevraagd.
148	in vervolg op uw vraag: moet het samenwerkingsverband in fase 1 al een penvoerder aanwijzen, of kan dit pas in fase 2?	vervolgvraag op vraag 3	Ja, een samenwerkingsverband moet ook voor fase 1 een penvoerder aanwijzen.
149	Welke minimale eisen stellen de regio's aan de juridische/organisatorische vorm van het samenwerkingsverband in fase 1 (toetreding tot dialoogtafels)?	toelatingsdocument - inschrijving samenwerkingsverband	Fase 1 en fase 2 zijn gescheiden procedures. Een samenwerkingsverband mag daarom gedeeltelijk of geheel van samenstelling wijzigen, mits bij inschrijving wordt voldaan aan alle eisen, voorwaarden en criteria die voor die fase gelden. De eisen aan de samenwerkingsvorm zijn opgenomen in 4.4 van het toelatingsdocument.
150	Wat is voor jullie een dealbreaker waarbij jullie zeggen: "dan moeten we bijsturen voordat fase 2 start"?	bijlage 3 dialoogtafels	Er is geen vooraf vastgestelde lijst met "dealbreakers". In algemene zin geldt dat de uitkomst van de dialoogfase voldoende vertrouwen moet bieden dat de opdracht binnen de kaders van de verwervingsstrategie kwalitatief goed én financieel haalbaar kan worden uitgevoerd, én dat de markt zich daadwerkelijk organiseert en committeert om deze opgave gezamenlijk op te pakken. Ontbreekt dit perspectief, dan is het starten van fase 2 niet zinvol.

151	Welke "go/no-go" momenten zien jullie zelf in de planning? Wanneer wordt het Fundament vastgesteld?	bijlage 3 besluitvorming	Na afronding van de dialoogtafels zijn er twee go/no go momenten. Eerst een moment waarop gemeenten en aanbieders nog wijzigingsvoorstellen kunnen indienen. In het najaar gaan de dialoogpartners dan nogmaals om tafel. Na die 'herstel'-ronde worden de definitieve documenten in route gebracht. Voor de gemeenten is dat het laatste Go/No Go moment. Die periode kunnen aanbieders benutten om intern besluitvorming te organiseren over het definitieve resultaat van de dialoogfase en hun deelname aan fase 2.
152	Hoe organiseren jullie de 18-/18+ overgang: wie is verantwoordelijk voor uitstroom, wonen en vervolgzorg?	vervolgvraag op vraag 71	De organisatie van de overgang 18-/18+, waaronder de verantwoordelijkheid voor uitstroom, wonen en vervolgzorg, vergt duidelijke en domeinoverstijgende afspraken tussen betrokken partijen. De regio's achten het van belang om hierover aan de dialoogtafel gezamenlijk het gesprek te voeren, zodat helder wordt hoe verantwoordelijkheden worden belegd en hoe continuïteit van zorg en ondersteuning in deze overgangsfase kan worden geborgd.
153	Welke minimale eisen gaan jullie stellen aan de verbinding tussen zorg en onderwijs?	vervolgvraag op vraag 9	De regio's hechten grote waarde aan een sterke verbinding tussen onderwijs en zorg en nodigen het onderwijs daarom uit aan de dialoogtafels. Daar wordt gezamenlijk besproken hoe rollen, taken en verantwoordelijkheden zich tot elkaar verhouden. Op dit moment zijn geen minimale eisen geformuleerd. Het doel is om in de dialoog te bepalen welke oplossingen wenselijk en haalbaar zijn en wat daarvoor nodig is. Waar passend worden hierover concrete afspraken vastgelegd, zodat over en weer heldere en realistische verwachtingen bestaan over ieders rol en verantwoordelijkheid.
154	In vervolg op uw antwoord: Welke ruimte komt er in het contract voor innovatie? en is daar buiten BEN of SPUK middelen om ook geld voor?	vervolgvraag op vraag 19	De opdracht kent in belangrijke mate het karakter van een ontwikkelopdracht. Het streven is dat de zorg aan het einde van de looptijd van de overeenkomst inhoudelijk en organisatorisch wezenlijk is doorontwikkeld ten opzichte van de start. Binnen het contract zal ruimte worden geboden om ontwikkeling, transformatie en innovatie mogelijk te maken. De regio's zijn bereid hierover in de dialoog het gesprek te voeren en te verkennen wat nodig is om deze beweging te stimuleren en te ondersteunen. Gedurende de dialoog wordt tevens bezien welke middelen daarvoor passend zijn en uit welke bronnen deze kunnen worden bekostigd.
155	Hoe gaan jullie om met de situatie dat één regio (Eemland) niet direct kan contracteren: wat betekent dat voor schaal, volume en risico voor aanbieders?	vervolgvraag op vraag 22	Het feit dat één regio (Eemland) niet direct kan contracteren, betekent dat de opdracht een ingroeipad kent waarbij schaal en volume gefaseerd toenemen. De regio's achten het van belang om aan de dialoogtafels gezamenlijk te verkennen welke risico's dit voor aanbieders met zich kan brengen en hoe deze in de onderlinge afspraken op een zorgvuldige en evenwichtige wijze kunnen worden beheerst.
156	Hoe wordt voorkomen dat de bekostiging perverse prikkels creëert (bijv. doorplaatsing, selecteren op "makkelijker" casuïstiek)?	bijlage 4 sturing door bekostiging	De inrichting van bekostiging wordt gezamenlijk bepaald aan de dialoogtafel. Daarbij wordt besproken hoe bekostiging moet bijdragen aan het realiseren van de inhoudelijke doelstellingen van de opdracht. Het onderkennen en voorkomen van mogelijke perverse prikkels, waaronder ongewenste selectie-effecten in casuïstiek, kan daarbij een expliciet aandachtspunt zijn. In het gesprek wordt bezien hoe bekostiging zodanig kan worden ingericht dat deze bijdraagt aan kwaliteit, toegankelijkheid en passende zorg voor de doelgroep.
157	Komt er een apart budget voor integrale GGZ/forensische inzet binnen verblijf (dus: niet afhankelijk van maatwerk per jeugdige)?	vervolgvraag op vraag 30	Aan de dialoogtafel wordt gezamenlijk besproken hoe deze inzet het beste kan worden ingericht en gefinancierd, zodat de benodigde expertise structureel beschikbaar is en de bekostiging aansluit bij de gewenste praktijk.

158	Welke onderdelen krijgen beschikbaarheidsfinanciering, en welke niet? En waarom?	bijlage 4 bekostiging	De regio's hebben nu verschillende vormen van bekostiging voor ogen <u>waarvan verschillende vormen een beschikbaarheidscomponent in zich hebben</u>: •JeugdzorgPlus: PxQ + beschikbaarheidsfinanciering voor de onrendabele top om wettelijke zorgplicht en gecontroleerde afbouw te borgen. •Onvoorwaardelijk langdurig wonen: PxQ + beschikbaarheidsfinanciering in de opbouwfase (onrendabele top), vanwege het ontwikkelkarakter en de beperkte schaal. •Ambulante hoogspecialistische schaarse expertise: beschikbaarheidsfinanciering op basis van vooraf bepaald urenvolume, om tijdige inzet van schaarse expertise te garanderen. •Outreaching expertiseteam: taakgerichte (fte-)bekostiging, gericht op structurele beschikbaarheid en het voorkomen van doorplaatsingen. <u>Zonder beschikbaarheidsfinanciering (primair PxQ):</u> •3-milieuvoorzieningen: PxQ (eventuele randvoorwaarden rond afbouw/opbouw worden in dialoog besproken). •Klinische GGZ: PxQ, omdat landelijke signalen geen structureel tekort aan capaciteit aangeven. •Hypercomplex maatwerk: op offertebasis (PxQ), vanwege incidenteel karakter. •Innovatie: aparte bekostiging (planvorming + resultaat), gericht op ontwikkeling, niet op structurele beschikbaarheid.
159	Jullie geven aan dat het tarief PxQ exclusief aanvullende inzet van integrale zorg is (bijv. forensisch/verslaving). Hoe willen jullie voorkomen dat dit in de praktijk leidt tot "niet leveren"?	vervolgvraag op vraag 29	Het feit dat het PxQ-tarief exclusief aanvullende integrale zorg is, betekent niet dat deze zorg vrijblijvend is. Het enkel verdisconteren van dergelijke inzet in een integraal tarief biedt op zichzelf immers ook geen garantie dat de benodigde expertise ook daadwerkelijk en doelgericht wordt ingezet. De vraag waarop u doelt betreft primair de inrichting van de bekostiging. Daarbij is het van belang te komen tot een zuivere en transparante opbouw van de kosten van een voorziening. Juist omdat de inzet van specifieke expertise – zoals forensische zorg of verslavingszorg – schaars en inhoudelijk bepalend is, worden hierover expliciet separate afspraken gemaakt. Wanneer de bekostiging van aanvullende integrale zorg helder en passend is ingericht, kan het gesprek zich vervolgens richten op de daadwerkelijke beschikbaarheid en inzet van deze expertise. Daarmee wordt geborgd dat niet alleen financiering, maar ook toegang tot en gebruik van schaarse specialistische capaciteit onderwerp van gezamenlijke sturing is.
160	Is het niet helpend om ook een expertiseteam te realiseren die professionals helpt om stagnatie te voorkomen bij de forensische specialistische zorg?	bijlage 4 invulling expertiseteam	Indien een aanbieder van mening is dat een aanvullend expertiseteam, specifiek gericht op het voorkomen van stagnatie binnen de forensische specialistische zorg, inhoudelijk bijdraagt aan de doelstellingen van deze opdracht, kan dit aan de dialoogtafel worden ingebracht. Aan de dialoogtafel wordt gezamenlijk besproken of en hoe een dergelijke inzet past binnen de inhoudelijke kaders en opgave van de opdracht en in het bijzonder van de opdracht van het expertiseteam.
161	in vervolg op uw antwoord: Hoe wordt ervoor gezorgd dat de kennis van het expertiseteam generalistisch wordt zonder de nodige diepgang?	vervolgvraag op vraag 12	De wijze waarop het expertiseteam zijn kennis en werkwijze ontwikkelt – zodanig dat deze breed toepasbaar is zonder verlies van noodzakelijke diepgang – is onderwerp van gesprek aan de dialoogtafel. De regio's horen daarbij nadrukkelijk ook graag de visie van de aanbieders binnen het samenwerkingsverband, als inhoudelijk specialisten, op hoe generalistische inzet en specialistische expertise op een goede en werkbare manier gecombineerd kunnen worden.
162	In vervolg op uw antwoord: Hoe is het expertiseteam gepositioneerd: onafhankelijk, onderdeel van het samenwerkingsverband, of in opdracht van de regio?	vervolgvraag op vraag 12	Het Expertiseteam maakt onderdeel uit van de opdracht die de regio's in de markt zetten en vormen daarmee een 'instrument' van het samenwerkingsverband met een specifiek doel voor ogen.

163	Wie krijgt de regie op triage en matched care: gemeenten/regio, het expertiseteam, of het samenwerkingsverband?	vervolgvraag op vraag 76	Wat precies wordt verstaan onder regie voeren en wie welke rol daarin heeft, is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
164	Hoe voorkomen jullie dat hoogspecialistische plekken "verkeerd" worden benut door gebrek aan expertise aan de voorkant?	vervolgvraag op vraag 76	De toegang tot de beschikbare plekken in de hoogspecialistische jeugdhulp is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit. Daar worden afspraken gemaakt over de criteria om toegang te krijgen en wie welke rol heeft in dat toegangsproces.
165	Wordt er gewerkt met een gezamenlijke methodiek/taal in het leef- en behandelklimaat, of laten jullie dat aan de aanbieders?	bijlage 4 kwaliteit/transformatie	De verwachtingen die er over en weer zijn t.a.v. het leef- en behandelklimaat en de eisen die hieraan gesteld worden, is nadrukkelijk onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
166	Hoe willen jullie omgaan met contra-indicaties als er tegelijkertijd schaarste en veiligheidsrisico's zijn?	vervolgvraag op vraag 11	Het uitgangspunt van het niet hanteren van contra-indicaties is bedoeld om te bevorderen dat aanbieders binnen het samenwerkingsverband over organisatorische en sectorale grenzen heen samenwerken en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor jeugdigen met meervoudig complexe problematiek. Verschillen in expertise of positionering vormen daarbij op zichzelf geen grond om geen hulp te organiseren. Tegelijkertijd vraagt de toepassing van dit uitgangspunt in de praktijk om een zorgvuldige weging van veiligheid, uitvoerbaarheid en geldende wettelijke kaders. Het is van belang om hierover gezamenlijk heldere werkafspraken te maken, zodat enerzijds recht wordt gedaan aan het gezamenlijke verantwoordelijkheidsbesef en anderzijds aan de professionele en juridische randvoorwaarden waarbinnen wordt gewerkt. Deze uitwerking vindt plaats in overleg met de betrokken partijen aan de dialoogtafel.
167	Wat wordt er bedoeld met behandelgroepen?	toelatingsdocument specialistische GGZ behandelgroepen	Een behandelgroep is een gestructureerde, tijdelijke leef- of behandelomgeving voor kinderen/ jongeren die intensieve zorg nodig hebben.
168	Hoe wordt er voldoende zorggedragen voor transmurale zorg, en het continueren van de zorg? Wat maakt dat dit niet expliciet is genoemd als groot aandachtspunt?	bijlage 4 transmurale continuïteit	In de strategie die de regio's hebben vastgesteld als basis voor deze opdracht is vastgelegd dat we integrale zorg willen die alleen door intersectorale samenwerking gerealiseerd kan worden. Dat betreft dus ook samenwerking tussen intramurale zorg en ambulante zorg. Bovendien blijven regionaal georganiseerde zorgvormen waar kinderen wonen voor plaatsing in de hoogspecialistische zorgvormen medeverantwoordelijk en betrokken, als moet de zorg tijdelijk elders worden geboden. Hiermee willen we stimuleren dat kinderen zo mogelijk weer terugkeren naar een plek waar ze vandaan komen (overigens liefst thuis). Het expertiseteam kan hierbij ook een rol vervullen om die overgang goed te laten verlopen. Dit zijn enkele voorbeelden waar het belang van transmurale zorg is benoemd. Aan de Dialoogtafel kan dit onderwerp nog verder geconcretiseerd worden.
169	Welke plek krijgt ambulante forensische expertise in het aanbod. Kan dat onderdeel zijn van een combinatie of is het per definitie een vorm van zorg dat ingezet wordt als onderaannemer?	vervolgvraag op vraag 55	Het is de bedoeling dat ambulante forensische expertise een wezenlijke plek krijgt binnen het aanbod. Om te kunnen komen tot integrale en samenhangende zorg is het van belang dat deze expertise beschikbaar is binnen het aanbod. Daarnaast is het van belang dat ook het expertiseteam beschikt over ambulante forensische deskundigheid. De precieze vorm en omvang waarin ambulante forensische expertise wordt gepositioneerd, is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit. Het is nadrukkelijk aan aanbieders om een passende samenwerkingsvorm te kiezen. Zij kunnen ervoor kiezen om in te schrijven als combinanten, of te werken met een hoofdaannemer-onderaannemerconstructie. De inrichting van deze onderlinge verhouding is daarmee primair aan de aanbieders zelf, passend bij hun inhoudelijke visie en organisatorische mogelijkheden.

170	De beschrijving over hoogspecialistische zorg geeft de indruk dat alle zorg die schaars is, per definitie hoogspecialistisch is. Hoe verhoudt dit tot de criteria die het TOPGGZ-keurmerk hanteert m.b.t. hoogspecialistische zorg?	vervolgvraag op vraag 8	Voor het bepalen of zorg hoogspecialistisch is, gelden meer criteria dan alleen schaarste. Het TOPGGZ keurmerk hanteert een definitie voor zorg die wordt gekenmerkt door geïntegreerde hoogspecialistische zorg, wetenschappelijk onderzoek, innovatie en kennisoverdracht. De eisen die het TOP GGZ keurmerk stelt aan hoogspecialistische zorg liggen dus hoger.
171	Naar aanleiding van het gegeven antwoord: Hoe wordt bepaald of een aanbod hoogspecialistisch is?	vervolgvraag op vraag 8	Het aanbod is hoogspecialistisch als het zich richt op kwetsbare jeugdigen en hun gezinnen, waarbij de hulpvragen - en de oorzaken ervan - divers zijn (heterogeen), meervoudig en complex. Niet één van de problematieken is bovenliggend, maar het is een combinatie van meerdere kernproblemen. Tegelijkertijd ontbreekt bij het betrokken jeugdige/gezin een aantal beschermende factoren, zoals gehechtheid en een veilige omgeving. De combinatie van factoren zorgt voor ernstige ontregeling, en/of veiligheidsrisico's bij de jeugdige zelf en in de omgeving. Er is een hoge mate van expertise nodig om voor deze jeugdigen passende zorg te organiseren. Aanbod dat zich hier op richt, en schaars is, dus slechts op 1 of enkele plekken in Utrecht-Flevoland beschikbaar is, rekenen we tot de hoogspecialistische jeugdhulp.
172	Er wordt gevraagd om te werken in samenwerkingsverbanden met de daar bijbehorende juridische constructies. Hoe borgen jullie dat er binnen het samenwerkingsverband geen "dominantie" ontstaat van één type aanbieder (bijv. verblijf), waardoor andere expertises (GGZ/forensisch/LVB/verslaving) secundair worden?	vervolgvraag op vraag 55	De regio's vragen inderdaad van de aanbieders om te gaan werken in een samenwerkingsverband omdat samenwerking tussen aanbieders een belangrijke voorwaarde is om tot intersectorale en integrale zorg voor kinderen te komen. De keuze voor een al dan niet juridische constructie om deze samenwerking vorm te geven is aan de aanbieders. Het voorkomen van dominantie van één type aanbieder zal onderwerp van gesprek zijn in de uitwerking van de opdracht en de benodigde expertise om deze opdracht uit te kunnen voeren. Dit is een belangrijk onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
173	Hoe borgen jullie dat er binnen het samenwerkingsverband geen "dominantie" ontstaat van één type aanbieder (bijv. verblijf), waardoor andere expertises (GGZ/forensisch/LVB/verslaving) secundair worden?	toelatingsdocument - samenwerkingsverband als verplicht uitgangspunt	Het voorkomen van dominantie van één type aanbieder zal onderwerp van gesprek zijn in de uitwerking van de opdracht en de benodigde expertise om deze opdracht uit te kunnen voeren. Dit is een belangrijk onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
174	Wanneer de overgang van fase 1 naar fase 2 plaatsvindt: Verwachten jullie één samenwerkingsverband of meerdere? En hoe wordt daar uiteindelijk een keuze in gemaakt?	vervolgvraag op vraag 15	Op basis van het huidige beeld van de markt verwachten wij dat sprake zal zijn van één, of wellicht enkele, samenwerkingsverbanden. Er wordt nadrukkelijk niet uitgegaan van een scenario met een groot aantal samenwerkingsverbanden, omdat het samenwerkingsverband alle gevraagde vormen van jeugdhulp moet kunnen bieden. Na beoordeling van de inschrijvingen die worden toegelaten tot fase 1, bezien we of het nodig is om aanvullende organisatorische maatregelen te treffen om de effectiviteit van het proces te waarborgen in fase 2.
175	Op basis van welke criteria bepalen jullie welke aanbieders in de binnenring zitten?	bijlage 3 dialoogtafels binnenring	Het is aan de aanbieders van het samenwerkingsverband om onderling te bepalen wie zitting gaat nemen in de binnenring. Aan iedere overlegtafel zijn 6 stoelen gereserveerd voor deelnemers aan de binnenring.
176	Is het toegestaan dat aanbieders in de binnenring per thema rouleren (bijvoorbeeld andere vertegenwoordiging bij bekostiging dan bij inhoud & kwaliteit)?	bijlage 3 dialoogtafels inrichting per thema	Dat is zeker toegestaan, zelfs zeer aan te bevelen. Ook de regio's zullen per thema van samenstelling wisselen.
177	Hoe borgen jullie dat specialistische partijen (zoals de verslavingszorg en/of hoogspecialistische ambulante forensische GGZ) niet structureel buiten de besluitvorming vallen?	Bijlage 3 dialoogtafels representatie van niche expertise	Dan adviseren wij om binnen het samenwerkingsverband dat zich inschrijft voor deelname aan fase 1 met elkaar het goede gesprek te voeren over wie de beschikbare stoelen aan de Dialoogtafel gaat bezetten. Dit met het oog op een goede vertegenwoordiging van het samenwerkingsverband en de expertises die daarbinnen beschikbaar zijn. Overigens kunnen de aanbieders die niet in de binnenring plaatsnemen, wel deelnemen in de buitenring.
178	Klopt het dat de beperking tot maximaal zes vertegenwoordigers van aanbieders uitsluitend betrekking heeft op de inrichting van de dialoogtafels (binnenring) en niet op het maximaal aantal aanbieders dat deel kan uitmaken van een samenwerkingsverband?	bijlage 3 - dialoogtafels	Dat is juist.
179	Hoe definiëren jullie precies "contractpartner" in relatie tot de binnenring: gaat dit over de dialoogfase of ook over de uiteindelijke contractering?	bijlage 3 - dialoogtafels	De binnenring gaat alleen over de Dialoogfase. Het is werkvorm die bijdraagt aan een effectieve dialoog.

180	In TN565486 Vrijwillige aankondiging opdracht geeft u bij de opdrachtformulering onder 2.1 een raming van de opdracht: circa 58 miljoen per jaar. Kunt u de opbouw van deze raming aangeven? Dit geeft ons meer idee wat u onder deze opdracht brengt?	omvang opdracht TN565486 Vrijwillige aankondiging opdracht	Wij kunnen in deze fase uitsluitend een raming publiceren omdat de gegevens om tot een meer nauwkeurige bepaling van de omvang van de opdracht te komen ontbreken. Dit heeft o.a. te maken met de diversiteit aan registraties door de gemeenten in Utrecht-Flevoland. Voor delen van de opdracht zijn er betrouwbare gegevens op het niveau van Utrecht en Flevoland (bijv. de inzet van JZ+), voor andere onderdelen niet. De beoogde omvang van de integrale zorg is nog lastig te duiden, dat geldt ook voor de omvang van Onvoorwaardelijk Wonen (nog niet aanwezig) en de inzet van een outreachend expertiseteam (nog niet op deze schaal met deze opdracht beschikbaar). Om tot het genoemde bedrag te komen is er dus een inschatting gemaakt, aangevuld met gegevens die te extrapoleren waren op basis van aantal jeugdigen < 18 jaar in de deelnemende regio's.
181	Onder 2.1.3. wordt gesteld dat regio's verwachten dat aanbieders die deze opdracht willen uitvoeren o.a. "het netwerk van de jongere actief betrekken en zo nodig als voorwaarde stellen voor het bieden van hulp". Wat bedoelt u precies met "zo nodig"? Vindt u het ontbreken van actieve betrokkenheid van het netwerk een reden om geen HSJH te bieden?	Toelatingsdocument 2.1.3 verwachting van aanbieders	We voeren graag het gesprek over dit thema aan de Dialoogtafel Inhoud & Kwaliteit om het eventueel ontbreken van actieve betrokkenheid van het netwerk te duiden en welke consequenties we daar eventueel aan willen verbinden. Voorop staat dat regio's blijven benadrukken dat ouders een actieve verantwoordelijkheid hebben en houden ook al verblijven hun kinderen (tijdelijk) niet thuis.
182	Onder 2.1.3. wordt gesteld dat regio's verwachten dat aanbieders die deze opdracht willen uitvoeren o.a. "Prioriteit geven aan de samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en de gezamenlijke ontwikkelopgave (w.o. ook samenwerking met partners buiten de zorg, b.v. onderwijs) om de beoogde transformatie te realiseren." Wat bedoelt u precies met prioriteit geven? En ten opzichte waarvan prioriteit geven? Aan de zorgtaken van een zorgaanbieder aan de andere cliënten die niet onder de HSJH doelgroep vallen?	Toelatingsdocument 2.1.3 verwachting van aanbieders	Onder prioriteit geven aan de samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en de gezamenlijke ontwikkelopgave bedoelen we dat we verwachten dat aanbieders de beoogde transformatie onderschrijven en hieraan actief willen bijdragen. Ook al kunnen er situaties zijn dat die inspanning wellicht niet het primaire bedrijfsbelang dient. Het meewerken aan bijvoorbeeld de ontwikkeling van ambulante vormen van hoogspecialistische gezinshulp kan leiden tot minder inzet van verblijfsplekken. Daar kunnen dus bedrijfseconomische consequenties aan verbonden zijn.
183	O.a. in paragraaf 2.1.5 zijn formuleringen zodanig dat het lijkt alsof de opdracht alleen gaat over vormen van jeugdzorg met verblijf: "Onderwijs en vrijetijdsbesteding moeten onderdeel zijn van de hoogspecialistische hulp: daarbij wordt niet alleen bedoeld op de fysieke aanwezigheid van een onderwijsvoorziening of vrije tijdsbestedingslocatie bij of op de verblijfslocatie, maar wel op het realiseren van een onlosmakelijke eenheid: 24-uursverblijf met behandeling, onderwijs en vrijetijdsbesteding moeten in enige passende vorm beschikbaar zijn." Terwijl er in dezelfde paragraaf ook staat "Bij de verwerving van de hoogspecialistische jeugdhulp gaan we uit van getransformeerde zorg.". Wilt u in de toekomstige communicatie zowel in de opdrachtverlening als externe communicatie duidelijk aangeven dat de inzet van deze opdracht niet alleen om verblijf maar (juist) ook om de mogelijkheid voor ambulante inzet van gecombineerde expertises met het doel "zorg verplaatsingen / uithuisplaatsingen van kinderen met hoogcomplexere problematiek" waar mogelijk te voorkomen? Met de concrete afspraken en betere omschrijvingen gezamenlijk te formuleren in de dialoogtafels?	Toelatingsdocument 2.1.5 Afbakening te verwerven voorzieningen	De opdracht gaat enerzijds uit van bestaande zorgproducten, maar met de uitdrukkelijke bedoeling om de zorg te transformeren. Het gaat dus niet alleen om verblijf maar (juist) ook om de mogelijkheid voor ambulante inzet van gecombineerde expertises met het doel "zorg verplaatsingen / uithuisplaatsingen van kinderen met hoogcomplexere problematiek" waar mogelijk te voorkomen. Wij werken aan de Dialoogtafel graag gezamenlijk met de aanbieders aan een betere omschrijving van de opdracht.

184	In paragraaf 2.1.6. worden onder te verwerven voorzieningen "specialistische GGZ behandelgroepen (incl. verslavingszorg en forensisch)" genoemd. Wat verstaat u onder GGZ behandelgroepen? Als GGZ aanbieder kennen wij ambulante interventies die we voor bepaalde doelgroepen als ambulante groepsbehandeling aanbieden. Is dit wat u bedoelt? Op onze HIC jeugd kliniek hebben wij geen behandelgroepen. Wel zijn hier verschillende milieusettingen, ook ivm uitvoering geven aan de Wet Verplichte GGZ, en worden cliënten met verschillende doelen opgenomen voor klinische diagnostiek en behandelingen. Graag uw verduidelijking wat u bij GGZ behandelgroep voor ogen heeft?	Toelatingsdocument 2.1.6 omschrijving te verwerven voorzieningen	We hebben de term GGZ behandelgroepen gebruikt voor het diverse pallet aan klinische groepen die u noemt in de opsomming. Dus klinische opname in de verslavingszorg, groepen waarin uitvoering wordt gegeven aan de WvGGZ, opnames voor diagnostiek en behandeling, kortdurende opnames gericht op stabilisatie etc. Veelal is hier sprake van complexe meervoudige problematieken die vallen onder de hoogspecialistische jeugdhulp. Ook voor deze jongeren is een doorlopende zorglijn in samenwerking met andere aanbieders en/of de inzet van een outreachend expertiseteam om uitstroom te ondersteunen van belang.
185	Voor het aantonen van geschiktheid vraagt u één of meer referentieopdrachten per kerncompetentie. Mag de referentie gevraagd worden aan een jeugdregio die ook in deze opdracht deelneemt als opdrachtgever?	Toelatingsdocument 3.4.1 geschiktheidseis 1: vakbekwaamheid	Ja dat mag.
186	"Indien geïnteresseerde zorgaanbieders zich zouden willen inschrijven als samenwerkingsverband met een penvoerder, is dit volgens het toelatingsdocument een inschrijving als combinatie. Klopt dat? Is de penvoerder de ""potentiële opdrachtnemer"" zoals opgenomen in bijlage 1? Zo ja, dan dient alleen de penvoerder een UEA formulier in voor fase 1. Klopt dat?"	Toelatingsdocument bijlage 1: aan te leveren documenten	1. Als u als samenwerkingsverband inschrijft, kan dit als combinatie zijn (maar ook bv als een consortium of joint venture (zie UEA)). Als u dus inschrijft als combinatie, dan bent u een samenwerkingsverband. 2. Neen, de penvoerder wordt gezien als de partij binnen een samenwerkingsverband waarmee gedurende deze procedure de communicatie mee wordt gevoerd. Het samenwerkingsverband als geheel wordt gezien als de (potentiële) opdrachtnemer waarvan alle leden dus de bewijsmiddelen (o.a. het UEA maar op eerste verzoek bv ook de GVA e.d.) moet worden overlegd.
187	In dit document wordt gesteld dat gemeenten lokaal verantwoordelijk blijven, maar regionaal en bovenregionaal verantwoordelijk blijven. Lokaal vindt de toegang en verwijzing naar passende hulp plaats. Zorgaanbieders hebben de nodige ervaring met gemeenten die een eigen invulling geven aan regionale afspraken. Is er volledig commitment van gemeenten aan te maken afspraken van de uiteindelijke opdracht, waaronder de toegang tot dit zorgaanbod? Dus gegarandeerd geen afwijkende lokale afweging op benodigde zorg in het kader van deze opdracht?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Managementsamenvatting	De betrokken regio's hebben allen op het niveau van verantwoordelijke colleges van gemeenten een akkoord gegeven op de strategie die is gepubliceerd. Dat akkoord wordt opnieuw opgehaald als de opdracht via de Dialoogtafels in gezamenlijkheid is uitgewerkt. In die uitwerking staan dan ook de afspraken die met elkaar gemaakt zijn over toegang tot deze zorg en welke rol lokale teams hierin hebben. Voor zowel de zorgaanbieders als de deelnemende gemeenten geldt na dat akkoord dat we elkaar houden aan de contractueel gemaakte afspraken.
188	In dit document geeft u bij de duiding omvang gebruik hoogspecialistische voorzieningen alleen kinderen aan die in een voorziening verblijven. De doelgroep van deze opdracht is toch breder, ook kinderen met een hoogcomplexere vraag en wellicht al ambulant hoogintensieve begeleiding en/of behandelinzet? Kunt u hiervan ook een inschatting maken o.b.v. de data van gemeenten?	Bijlage 4: verwervingsstrategie het huidige zorglandschap blz 7	Zie 180: Uw aanname klopt. Deze opdracht is breder. Wij kunnen in deze fase uitsluitend een raming publiceren omdat de gegevens om tot een meer nauwkeurige bepaling van de omvang van de totale opdracht te komen ontbreken. Dit heeft o.a. te maken met de diversiteit aan registraties door de gemeenten in Utrecht-Flevoland. Voor delen van de opdracht zijn er betrouwbare gegevens op het niveau van Utrecht en Flevoland (bijv. de inzet van JZ+), voor andere onderdelen niet. De beoogde omvang van de integrale zorg is nog lastig te duiden, dat geldt ook voor de omvang van Onvoorwaardelijk Wonen (nog niet aanwezig) en de inzet van een outreachend expertiseteam (nog niet op deze schaal met deze opdracht beschikbaar). Om tot het genoemde bedrag te komen is er dus een inschatting gemaakt, aangevuld met gegevens die te extrapoleren waren op basis van aantal jeugdigen < 18 jaar in de deelnemende regio's. De ambulante inzet is dus meegenomen in de raming.

189	Op deze pagina staat o.a. "Niet alle verantwoordelijkheid voor de inzet van jeugdhulp ligt bij gemeenten. De rechter kan bepalen tot de inzet van jeugdhulp, bijvoorbeeld bij onveilige situaties in gezinnen of in het kader van strafrecht. Gemeenten moeten dit uitvoeren en betalen." Committeren alle deelnemende gemeenten aan deze opdracht zich aan dit uitgangspunt? Er is op dit moment in ieder geval 1 gemeente die hier een ander beleid in voert wat tot problemen in het bieden van benodigde zorg leidt?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Context van de opdracht blz 8	Alle betrokken regio's hebben tot op het niveau van verantwoordelijke colleges van gemeenten een akkoord gegeven op de strategie die is gepubliceerd. Geen enkele gemeente heeft een inhoudelijke uitzondering gemaakt op de tekst.
190	Op deze pagina staat o.a. "De regionale aanbieders waar kinderen wonen, blijven medeverantwoordelijk en betrokken ook al moet de zorg tijdelijk elders worden geboden." Als basisuitgangspunt met oog op snelle terugkeer naar een thuissituatie is dit een goed uitgangspunt. Als blijkt dat er sprake is van langdurig verblijf / uithuisplaatsing is weer aanhaken van een regionale zorgaanbieder als mogelijke terugkeer naar huis aan de orde kan komen, efficiënter in het kader van schaarste van behandelformatie. Bent u het hiermee eens? Bespreken in de dialoogtafels?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Toekomstbeeld blz 13	Dit is een mooi onderwerp om aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit verder met elkaar te verkennen en af te stemmen.
191	De klinische behandelcapaciteit van jeugd GGZ in de vorm van High Intensive Care jeugd, worden momenteel, gezien vraag in de 1e NVI, per zorgaanbieder anders ingekocht. Onze HIC jeugd heeft een bovenregionale functie voor ook andere jeugdregio's dan deelnemen in deze opdracht. Daarnaast is er een LTA contractafspraken voor "gastplaatsingen" in het kader van crisis jeugd GGZ zorg. Bent u hiermee bekend? Dit i.v.m. verwachtingen t.a.v. deze opdracht. We denken wel dat er t.b.v. deze opdracht bepaalde zorg waarvoor korte behandeling of diagnostiekopname op een HIC jeugd passend is, ingezet kan worden. Dit lijkt ons een goed onderwerp voor de dialoogtafels?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Afbakening blz 24	We zijn bekend met de LTA afspraken. Helemaal eens met de laatste opmerking, dit is een mooi onderwerp voor de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit.
192	In het schema op pag 26 en de tekst op pag 27 staat t.a.v. de toegang: "Binnen de gemeenten vindt de toegang tot jeugdhulp plaats. De lokale toegangen zijn verantwoordelijk voor het beoordelen van hulpvragen en verwijzen jongeren en gezinnen naar passende vormen van (hoog)specialistische jeugdhulp binnen het vrijwillig kader. Ook de gecertificeerde instellingen (GI's) vervullen een verwijzende rol, met name binnen het gedwongen kader " In de toegangsroute ontbreekt de medische verwijzroute, wilt u deze toevoegen?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Verbinding lokaal (boven)regionaal blz 27	In de uitwerking van het werkprocesproces om toegang te krijgen tot deze vormen van hoogspecialistische jeugdhulp zullen we de derde verwijzer, namelijk de medische verwijzroute, toevoegen. Dit wordt besproken aan de Dialoogtafel Inhoud en kwaliteit.
193	Indien er sprake is van een verwijzing via een arts, wordt de lokale toegang dan mits kind en/of ouders hiervoor toestemming geven, betrokken en vervult de rol van procesregisseur?	Bijlage 4: verwervingsstrategie Toegang blz 26	Dat lijkt passend bij deze vormen van jeugdhulp, maar is uiteraard onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit waar het toegangsproces en de invulling van de diverse rollen, onderwerp van gesprek zullen zijn.
194	Bij de wijze van sturing lijkt de focus weer vooral te liggen op verblijf, onder B: aantal kinderen en etmalen zorg? De opdracht gaat over inzet ambulante zorg voor kinderen die (nog) thuis wonen, weer thuis gaan wonen, toevoegen expertises aan behandelteam van een verblijfflocatie. Verzoek om deze opdrachtdefinitie in de dialoogtafels te bevestigen en uit te werken? En in verdere communicatie deze opdracht consequent te benoemen?	Bijlage 4: verwervingsstrategie wijze van sturing blz 30	De wijze van sturing en indicatoren waarop gestuurd gaat worden is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Sturing en Monitoring. Daar zal dit onderwerp zeker aan de orde komen.

195	Op deze pagina geeft u aan dat voor de bekostiging van klinische ggz geen afspraken worden gemaakt over beschikbaarheidsfinanciering. Zoals eerder gezegd zijn er voor de HIC jeugd GGZ door zorgaanbieders verschillende afspraken gemaakt die nodig zijn voor het aanbieden van de HIC jeugd functie. Een uitspraak als deze in een bovenregionale overeenkomst bemoeilijkt inzet van HIC jeugd in deze opdracht. We verzoeken u dringend dit standpunt te heroverwegen?	Bijlage 4: verwervingsstrategie bekostiging van diensten blz 35	Wij adviseren u deze vraag expliciet te stellen aan de overlegtafel Bekostiging waar de uitgangspunten die de regio's hebben geformuleerd onderwerp van gesprek zijn met de zorgaanbieders. Dat zou kunnen leiden tot een heroverweging van het standpunt van de regio's.
196	U geeft t.a.v. de klinische jeugd GGZ capaciteit aan: "Hoewel er geen landelijke signalen zijn dat de beschikbaarheid van deze plekken onder druk staat, ontvangen we hier in het landsdeel Utrecht-Flevoland wel geluiden over." Kunt u aangeven welke signalen u ontvangt? Welk inhoudelijke klinische jeugd ggz behandelcapaciteit gaat dit over? In welke omvang en voor welke geografische zorggebiedent? Dit is goed om te weten t.b.v. overleggen in de dialoogtafels.	Bijlage 4: verwervingsstrategie bekostiging van diensten blz 35	Het zijn uitsluitend signalen die we willen toetsen bij de aanbieders die deelnemen aan de Dialoogtafels of aanbieders deze herkennen en hoe aanbieders aankijken tegen de ontwikkelopdracht die dit mogelijk oproept. Een signaal is bijvoorbeeld ontbrekende klinische capaciteit voor forensische jeugd.
197	Voor de ambulante hoogspecialistische schaarse expertise geeft u aan beschikbaarheid te willen financieren en de daadwerkelijk inzet o.b.v. gemiddeld PxQ tarief van de betreffende aanbieder. Graag bespreken we het basisuitgangspunt voor het te hanteren uurtarief voor de beschikbaarheid en de ureninzet aan de betreffende gezamenlijke dialoogtafel. Is dit akkoord?	Bijlage 4: verwervingsstrategie bekostiging van diensten blz 36	Dat is een zeer passend onderwerp voor bespreking aan de Dialoogtafel Bekostiging.
198	Voor de inzet van de GGZ klinische opnames stelt u voor de NZA tarieven te volgen. Wij stellen voor om ook dit basisuitgangspunt in de dialoogtafel te bespreken. Alsmede de te hanteren tarieven per behandeluur die aan de klinische opnamen verbonden zijn. Immers NZA tarieven voor verblijf zijn exclusief de behandelcomponent. Is dit akkoord?	Bijlage 4: verwervingsstrategie bepaling van tarieven blz 39	Dat is een zeer passend onderwerp voor bespreking aan de Dialoogtafel Bekostiging.
199	Wat is de consequentie voor de contractuele resultaatverplichting van de aanbieder als de benodigde SPUK- of BEN-middelen voor innovatie niet (volledig) worden toegekend?. De aanbieder kan hierdoor in een positie komen waarbij hij de transformatie (zoals afbouw JZ+) moet realiseren zonder de beoogde innovatiebudgetten.	Toelatingsdocument	De regio's en de betrokken zorgaanbieders bepalen gezamenlijk de ontwikkelagenda voor de komende jaren. Daarbij wordt rekening gehouden met beschikbare SPUK middelen en BEN middelen om te investeren in innovatie. Maar daarnaast hebben zorgaanbieders ook eigen middelen om te innoveren en een eigen ontwikkelagenda. En niet iedere innovatie vraagt om grote investeringen (soms iets niet meer doen of anders doen). Het toekennen van SPUK en BEN middelen is geen onderdeel van dit verwervingstraject. Daar wordt een separaat proces voor ingericht. Hoe deze elementen zich tot elkaar verhouden, zal zeker onderwerp van gesprek zijn aan de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit en Bekostiging.

200	In de NvI wordt aangegeven dat lead-members bewijs leveren van uitsluitingsgronden, maar dat andere stukken (zoals referentieopgaven) gezamenlijk mogen worden ingediend. Bijlage 5 vraagt echter om referenties per "onderneming. Is het voldoende als de combinatie als geheel de vier gevraagde kerncompetenties afdekt, of moet elk lid dat zorg levert binnen een specifiek domein (bijv. klinische GGZ) daarvoor een eigen referentie overleggen?	Toelatingsdocument	Dit is afhankelijk van de wijze waarop de referentiewerkzaamheden door de beoogde leden van het samenwerkingsverband zijn uitgevoerd. Indien de betreffende werkzaamheden gezamenlijk, als samenwerkingsverband, zijn verricht voor één opdrachtgever in het kader van één overeenkomst, kan dit worden ingediend via één gezamenlijke referentieopgave. Indien de ervaring door de afzonderlijke leden van het samenwerkingsverband individueel is opgedaan, bijvoorbeeld op basis van verschillende overeenkomsten en/of voor verschillende opdrachtgevers, dan dient het lid van het samenwerkingsverband dat deze ervaring inbrengt een afzonderlijke referentieopgave in te dienen. Het gezamenlijk mogen indienen van referenties houdt in dat het is toegestaan om de ervaring van de verschillende leden van het samenwerkingsverband te combineren, zodat de combinatie als geheel voldoet aan de gevraagde kerncompetenties.
201	Er wordt gesproken over het onderzoeken van "alternatieve contractuele varianten" voor Eemland. Betekent dit dat een aanbieder die de bovenregionale opdracht wint, mogelijk gedurende een half jaar (juli 2027 – jan 2028) onder twee verschillende opdrachtgevers (de nieuwe bovenregionale overeenkomst en een specifieke variant voor Eemland) moet werken? En aan welke varianten moet de aanbieder denken.	Toelatingsdocument	Hoe de eventuele alternatieve contractuele varianten voor Eemland eruit zien, is op dit moment nog niet bekend. Dat is nog onderwerp van verkenning. Aan alle Dialoogtafels, met name aan de Dialoogtafel Overeenkomst, zal dit zeker een onderwerp van gesprek zijn.
202	De NvI stelt dat het PxQ-tarief voor JeugdzorgPlus en 3-milieuvorzieningen inclusief verblijf en pedagogisch klimaat is, maar exclusief "aanvullende inzet van integrale zorg" zoals individuele therapie of forensische zorg. Wordt deze aanvullende zorg apart vergoed via afzonderlijke PxQ-tarieven (bijvoorbeeld GGZ-tarieven), of valt dit onder de "beschikbaarheidsfinanciering op basis van uren" die wordt genoemd voor ambulante expertise?. Het is cruciaal om te weten of deze uren direct op de casus van de jongere in JZ+ geschreven kunnen worden	Toelatingsdocument	Hoe de aanvullende integrale zorg voor een jongere die bijv. verblijft in de JZ+ wordt gefinancierd is onderwerp van gesprek aan de Dialoogtafel Bekostiging. Daar zijn meerdere varianten op mogelijk, namelijk een PXQ financiering op basis van daadwerkelijke inzet of een afspraak over een beschikbaarheidsvariant van een beperkte omvang aan benodigde expertise. De inbreng van zorgaanbieders en van regio's is hierbij nodig om tot een afgewogen besluit te komen hoe dit te financieren.
203	Het Toelatingsdocument stelt dat de opdracht in dialoog wordt uitgewerkt. Is de opdrachtgever bereid om voorafgaand aan de start van de dialoog een limitatieve lijst te verstrekken van onderwerpen waarover nog besluitvorming mogelijk is, versus onderwerpen die als onwrikbaar kader vaststaan	Toelatingsdocument	Het is niet mogelijk om een dergelijke lijst op te stellen. Uitgangspunt voor gesprek is de strategie die de regio's met elkaar hebben vastgesteld. Er liggen momenteel geen onwrikbare onderwerpen op tafel omdat de overtuiging heerst dat we tot de beste oplossingen komen als we die in gezamenlijkheid formuleren. Ter voorbereiding op de Dialoogtafels volgt er nog wel een document met bespreekpunten. Ook zorgaanbieders kunnen bespreekpunten agenderen op de Dialoogtafels.
204	Bij taakgerichte bekostiging (zoals bij het expertiseteam) is de uitvoering gebaseerd op FTE. Hoe wordt de onderlinge risicoverdeling en juridische verantwoordelijkheid geborgd als personeel van verschillende aanbieders binnen één team samenwerkt en de taakstelling niet wordt gehaald	Toelatingsdocument	Dat is een mooi onderwerp om te agenderen op de Dialoogtafel Inhoud en Kwaliteit, Bekostiging en Overeenkomst.

205	Bijlage 5 vraagt om referenties per "onderneming". Indien er sprake is van een combinatie, is het dan voldoende dat de combinatie als geheel de vier kerncompetenties afdekt, of moet elk individueel lid bewijzen aan specifieke minimale eisen te voldoen	Toelatingsdocument	Dit is afhankelijk van de wijze waarop de referentiewerkzaamheden door de beoogde leden van het samenwerkingsverband zijn uitgevoerd. Indien de betreffende werkzaamheden gezamenlijk, als samenwerkingsverband, zijn verricht voor één opdrachtgever in het kader van één overeenkomst, kan dit worden ingediend via één gezamenlijke referentieopgave. Indien de ervaring door de afzonderlijke leden van het samenwerkingsverband individueel is opgedaan, bijvoorbeeld op basis van verschillende overeenkomsten en/of voor verschillende opdrachtgevers, dan dient het lid van het samenwerkingsverband dat deze ervaring inbrengt een afzonderlijke referentieopgave in te dienen. Het gezamenlijk mogen indienen van referenties houdt in dat het is toegestaan om de ervaring van de verschillende leden van het samenwerkingsverband te combineren, zodat de combinatie als geheel voldoet aan de gevraagde kerncompetenties.
206	Regio Eemland heeft een lopend contract met MetMaya tot na 1 juli 2027, terwijl de bovenregionale overeenkomst op die datum start. De Nvl noemt 1 januari 2028 als vroegst mogelijke toetredingsdatum. Indien een aanbieder buiten MetMaya de bovenregionale opdracht wint, onder welke concrete juridische en financiële condities moet deze aanbieder dan vanaf juli 2027 zorg leveren voor jeugdigen uit Eemland	Toelatingsdocument	Dat is een mooi onderwerp om te bespreken aan de Dialoogtafel Overeenkomst. De invulling van een eventuele overgangsperiode met Eemland zal ongetwijfeld onderwerp van gesprek zijn aan alle Overlegtafels.