

#	Betreft	Vraag	Antwoord regio
1	Looptijd	Op Tenedernd wordt gesproken over een looptijd van 48 maanden in het document van de marktconsultatie over een looptijd van 3 jaar met een mogelijkheid tot verlenging van 2x 2 jaar. Kunnen wij ervan uitgaan dat de looptijd minimaal 36 maanden is?	Ja.
2	PvE eis 2.4	In het programma van eisen wordt bij punt 2.4 gesproken over een driemaandelijke evaluatie van voortgang bij een complexe hulpvraag. Bij punt 4.1 van een halfjaarlijkse evaluatie van begeleiding. Wanneer is er sprake van een driemaandelijke evaluatie en wanneer van een halfjaarlijkse?	De voorwaarden voor evaluatie bij de productbeschrijvingen zijn leidend.
3	PvE	In het programma van eisen wordt een actuele VOG gevraagd. Wordt hiermee bedoeld dat de VOG bij indiensttreding niet ouder zijn dan 3 maanden mag zijn?	Onder een actuele VOG verstaat Opdrachtgever een VOG welke niet ouder is dan vijf jaar én niet ouder dan 3 maanden voorafgaand aan het tijdstip waarop de betrokkene voor opdrachtnemer ging werken.
4		Blz 4/20: op welke wijze gaat Zeewolde de contractering voor segment 1 en 2 vormgeven.	Zeewolde heeft deze segmenten (met verblijf) ingekocht in de jeugdhulp regio Flevoland.
5		Waar is het aantal te contracteren partijen op gebaseerd? Met welke aspecten is hier rekening gehouden?	Het aantal te contracteren partijen is gebaseerd op de behoefte aan actief partnerschap met een select aantal aanbieders, waarbij tevens rekening wordt gehouden met de doelstellingen om een dekkend aanbod, voldoende diversiteit en keuzevrijheid (waar van toepassing) te realiseren.
6		Op pagina 6/20 wordt een looptijd benoemd van 3 jaar en op pagina 15/20 wordt een looptijd benoemd van 4 jaar. Wat is de werkelijke looptijd van de overeenkomst?	De werkelijke basis looptijd is 3 jaar, op pagina 15 betreft het een verschrijving.
7		Mag je als derde partij bij meerdere inschrijvingen aansluiten?	Zoals aangegeven op pagina 10 van het document marktconsultatie, mag een onderneming door meerdere inschrijvers opgegeven worden als onderaannemer, maar slechts eenmaal optreden als hoofdaannemer of als hoofdaannemer binnen een samenwerkingsverband.

8		Op pagina 8/20 wordt een capaciteitseis benoemd. Is garantie in deze hetzelfde als een reservering?	Omdat keuzevrijheid het uitgangspunt blijft waar mogelijk, is er geen sprake van reserveringen of garantie van omzet. De capaciteitseis heeft slechts tot doel een dekkend aanbod te borgen middels de te contracteren aanbieders.
9		De voorgenomen aanbestedingsplanning kent maar één vragenronde. Dit is bijzonder weinig, zeker gezien het slechts beperkte aantal zorgaanbieders dat de regio wenst te contracteren. Wij verzoeken daarom om een 2e vragenronde in te plannen.	De planning van de aanbesteding is inmiddels aangepast, hierin wordt in deze behoefte voorzien.
10		pag. 14/20 benoemt een referentieformulier: wordt dit format door regio bij aanbesteding geleverd of is dit door aanbieder zelf vorm te geven. Treedt de regio/gemeente op als mogelijke referent? Mag dit samen met de gemeente ingevuld worden, die referent is?	Het format referentie wordt bij de aanbesteding aangereikt. De regiogemeenten kunnen zelf ook worden opgegeven als referentieopdracht.

11		<p>15/20: alle gecontracteerde partijen worden verplicht om een samenwerkingsverband te vormen via een convenant met grote verantwoordelijkheden, waaronder het collectieve voorzieningenniveau, reductie verblijfshulp en een transformatieplan met transformatiedoelstellingen en een ontwikkelagenda. Wat is de rol van de regio hierin? Hoe draagt de regio bij aan deze activiteiten? Het genoemde tijdspad hiervoor is daarnaast niet realistisch gelet op ervaring gelijke trajecten bij andere regio's. Graag hier ruimer de tijd voor nemen.</p>	<p>Wij sluiten aan bij wat andere regio's in Gelderland aan het ontwikkelen zijn. Wij zien een collectief voor ogen. Partners combineren binnen het Collectief hun volledige palet aan mogelijkheden om te komen tot oplossingen voor de vraagstukken waarmee verwijzers en cliënten contact opnemen. Als een verwijzer of cliënt een partner binnen het collectief benadert met een vraag, dan benadert die cliënt het hele collectief, niet slechts de betreffende partner. De partners verwijzen een cliënt niet terug, maar zetten zich er voor in om cliënt/verwijzer in verbinding te brengen met de partner met de best passende oplossing (samenwerkende voordeuren). Als die best passende oplossing niet voorhanden lijkt, dan overleggen de partners onderling hoe zo'n oplossing tot stand kan worden gebracht (perspectief overleg). Het tijdspad zal in overleg met de partijen besproken worden maar de verwachting is, gezien opgedane ervaring in andere regio's door deels dezelfde organisaties, dat dit voortvarend opgepakt kan worden.</p>
12		<p>17/20: Het in één keer goed toewijzen van de beste behandeling is absoluut wenselijk, echter ook sterk afhankelijk van kennis, kunde en ervaring van de toegang. Is deze aanwezig en op welke wijze wordt dit geborgd?</p>	<p>De komende jaren werken we met de lokale toegang aan leren en verbeteren.</p>

13		<p>De toegang is gedurende een hulpverleningstraject overal bij betrokken: o.a. bij het bepalen van de doelen, bij evaluatiemomenten in het behandelproces en bij de eindevaluatie.</p> <p>17/20 evaluatiemomenten in behandelproces: - op de helft behandelproces moet inhoudelijke evaluatie plaatsvinden met toegang. Ouders en jongere moeten betrokken zijn.</p> <p>18/20: 2 maanden voor het afsluiten van een hulptraject vindt een eindevaluatie plaats waarbij toegang betrokken is. Dit zorgt voor een enorme (administratieve) last bij toegang en aanbieders. Genoemde termijnen niet realistisch omdat behandeltraject al binnen de gestelde termijn afgerond is. Wij zetten vraagtekens bij de effectiviteit en doelmatigheid van deze gestelde voorwaarden. Daarnaast vragen wij ons af wat nu exact de rol van de toegang is, aangezien tevens benoemd wordt dat de regie bij het gezin ligt, niet bij de toegang.</p>	<p>De betrokkenheid van de lokale toegang vinden we van belang om zicht op de zorg voor jeugdigen en opvoeders te houden én te sturen op afschalen van zorg waar dat nodig/mogelijk is. De termijnen voor evaluatie zoals beschreven bij de zorgprocten zijn daarbij leidend. Jeugd en opvoeders hebben regie en toegang kijkt mee.</p>
14		<p>20/20 : wij hebben een uitgebreide reactie gegeven op de concept productomschrijvingen van de regio met als doel om het aanbestedingsproces en de effecten hiervan voor de komende jaren te verbeteren. Om recht te doen aan de inspanningen van alle aanbieders en inzicht te krijgen in de afwegingen van de regio, zouden wij graag op alle gemaakte opmerkingen een reactie van de regio willen. Dit zou de transparantie van het aanbestedingsproces recht doen. De algemene terugkoppeling is veel te summier en geeft op deze wijze geen inzicht in de afwegingen van de regio.</p>	<p>De producten zijn onderdeel van een apart proces en dit is niet waar op pagina 20 op bedoeld wordt. Deze algemene terugkoppeling betreft uitsluitend de inkoopstrategie.</p>
15		<p>1.6 MBO personeel is niet verplicht een SKJ of BIG registratie te hebben. Yes We Can Clinics werkt volgens de Norm verantwoorde werktoedeling, en heeft ook een kwaliteitscertificaat hiervoor, waarom is dan nog toestemming van de gemeente nodig voor het inzetten van niet-geregistreerde of vooraangemelde professionals?</p>	<p>Voor MBO opgeleide professionals is een dergelijke vergelijkbare registratie (nog) niet voorhanden, maar in het 'kwaliteitskader Jeugd' staat uitgelegd welke werkzaamheden door een geregistreerde professional kunnen worden uitgevoerd, en welke door niet-geregistreerde (norm verantwoorde werktoedeling).</p>

16	PvE eis 2.4	2.4 Opdrachtnemer evalueert eens per 3 maanden met verwijzer de voortgang: dit is niet realistisch. Een behandeltraject duurt bij Yes We Can Clinics geen 3 maanden. Huisarts en andere verwijzers zitten niet te wachten op evaluatie. Dit neemt zeer veel tijd in beslag voor toegang en toegang moet tijd maken en op locatie aanwezig zijn als jongere en ouders evaluatiegesprek hebben.	Zie het antwoord op vraag 2.
17		3.1 Geldt de 15 dagen na dagtekening toekenning of na ingangsdatum? Waarom houdt regio zich niet aan Standaard Administratie Protocol? Eis 2.6 verwijst naar treeknormen. Hoe verhoudt zich dat tot deze eis 3.1, waar de termijnen niet overeenkomstig de treeknormen zijn?	15 dagen na startdatum toekenning moet de ondersteuning starten.
18		3.1 Het factuurbericht 303F bestaat niet meer. Hoe gaat regio hiermee om?	De tekst wordt aangepast. De regio zal de landelijke richtlijn volgen, dus 323-bericht.
19		4.1 Volstaat de spiegelrapportage van het CBS?	Als men hier doelt op de outcome-indicatoren dan gebruikt de regio inderdaad dezelfde indicatoren als in de spiegelrapportage van het CBS.
20		4.4 Een budget per gemeente is niet te doen voor aanbieders van hoog-specialistische weinig voorkomende hulp, die over het algemeen weinig cliënten in de regio hebben. Wij verzoeken om dit te wijzigen naar een budget per regio voor dit type zorg.	De wijze van toepassing van het budget wordt nader bepaald.
21		4.5 De rechter spreekt over een reële, kostendeekkende kostprijs. De term kostendeekkend is essentieel temeer daar een recent onderzoek van de Jeugd Autoriteit Zorg heeft vastgesteld dat op grond naar de financiële positie van jeugdzorgaanbieders 36% een hoog risico en 40% een middel hoog risico lopen. Dat betekent dat 76% van de aanbieders de huidige tarieven niet kostendeekkend zijn en hiermee de continuïteit van zorg ernstig gevaar loopt.	De regiogemeenten dragen zorg voor een reëel, kostendeekkend tarief in algemene zin en borgen dit middels het daartoe ingestelde kostprijsonderzoek.
22	Toegangsmangement	Document toegangsmanagement: Gesproken wordt over dat de regie bij jeugdige en opvoeders ligt tijdens het hulpverleningsproces. Dit is niet congruent met de overige documenten en eisen die gesteld worden en hoe de rol van de toegang beschreven is. Wat is dan de rol van de toegang? Slechts consulterend? Of controlerend?	De rol van de toegang is het meekijken naar het traject en adviseren of ondersteunen waar nodig/wenselijk.

23	Op pagina 6 van de Marktconsultatie wordt gesproken over contracten van 3 jaar + 2x2 jaar optie op verlenging. Op pagina 15 wordt gesproken over contracten van 4 jaar + 2x2 optie op verlenging. Welke van de twee is correct?	Zie het antwoord op vraag 6.
24	Waar zou Gezinsbehandeling onder vallen? Een gezin waar uithuisplaatsing van kind/kinderen dreigt, wordt 12 weken opgenomen, in die tijd worden opvoedvaardigheden van de ouders versterkt en wordt er gewerkt aan vermindering van de overbelasting door andere problemen van de ouders. Doel van Gezinsbehandeling is het waarborgen en vergroten van de veiligheid in gezinnen zodat kinderen bij hun ouders kunnen blijven wonen of weer opnieuw thuis kunnen wonen.	Wanneer gezinsbehandeling aantoonbaar niet past binnen één van de producten binnen segment 1 of 2, kan op basis van PvE 1.16 gebruik gemaakt worden van een maatwerk constructie.
25	U wilt wachtlijsten voorkomen, in één keer de juiste zorg bieden én een reductie van verblijfshulp. Dit vraagt een zeer zorgvuldige aanpak. In het verleden zijn in de GGZ de bedden flink afgebouwd, wij zien nu dat wij aanmeldingen krijgen, voornamelijk voor JZ+, van kinderen met stevige psychiatrische problematiek. Voordat ook deze bedden worden afgebouwd, moet er gezorgd worden voor een geschikt behandelalternatief voor deze jeugdigen. Hoe ondersteunt/stimuleert u het ontwikkelen van deze alternatieven voor verblijf? En u sluit hierbij aan bij de bovenregionale ontwikkelingen die in regio Oost (en landelijk) spelen?	Het klopt dat de regio hiernaar streeft. We erkennen dat dit vraagt om een zorgvuldige aanpak. De regio Noord Veluwe is betrokken bij de bovenregionale ontwikkelingen.
26	1.6 Momenteel begeleiden jeugdzorg hulpverleners met een SKJ registratie of onder supervisie van een SKJ geregistreerde zorg aan jongeren. Voldoet dat qua eisen van het nieuwe contract ook? Er zijn ook organisaties die gebruik maken van ervaringsdeskundigen die (nog) niet SKJ geregistreerd zijn, maar wel veel kunnen betekenen voor kinderen.	Zie het antwoord op vraag 15.
27	4.5 Wordt in het berekenen van de kostprijs ook rekening gehouden met ZZP tarieven?	Alle relevante kostprijs-elementen zijn meegenomen in de tarieven, in de aanbesteding zal de opbouw van de tarieven per product toegelicht worden.

28	Segment 4	Lokaal (max 10 aanbieders) of regionaal (max 30)? Hoe verhoudt zich dit tot elkaar?	De regio beoogt een breed spectrum aan regionale aanbieders te contracteren, aangevuld met een selectie aan goede lokale aanbieders.
29		"Definities? Moet hulpverlener/aanbieder familiegroepsplan, perspectiefplan of toekomstplan opstellen. Hoort dit niet bij de toegang? Vervolgens maken wij een behandelplan dat daarop aansluit."	Nee, de aanbieder die hulp verleent stelt het plan op in samenspraak met de jeugdige en opvoeders.
30		Bij verwijzing vanuit Toegang eerst overleg over acceptatie van de doelen en de gestelde termijn. Kan dat al gelijk bij de verwijzing? Doelen stellen, dat kan pas in een later stadium; bij aanvraag beschikking en niet verwijzing?	Op basis van het hoofddoel bepaalt de toegang welk zorgproduct passend is. Dat dient dus voorafgaand aan de toewijzing helder te zijn.
31		Gratis consultatie geven aan Toegang? Dat lijkt me niet reëel, voor consultatie is het normaal dat er betaald wordt, of dat er een bepaalde grens aan gesteld wordt.	We kunnen deze vraag helaas niet plaatsen.
32		Bij complexe hulpvraag eens per 3 maanden met verwijzer overleggen. Dat lijkt wel erg veel belang dat er overleg is met verwijzer op de momenten in de behandeling waarbij dat er toe doet; elke 3 maanden is niet een natuurlijk moment. Het moet niet gaan om het overleggen omdat dit moet, maar omdat er een natuurlijk moment in de behandeling is voor overleg met de verwijzer.	Periodiek evalueren is van belang voor het volgen van het traject en leggen we daarom vast. De termijnen bij de zorgproducten zijn hierbij leidend.
33		NB op p6 §3.1 staat dat we binnen 15 dagen na de verwijzing een toewijzing moeten vragen, de gemeente vervolgens binnen 15 dagen een toewijzing sturen, en wij vervolgens binnen 15 dagen de ondersteuning moeten starten. Dit telt op tot meer dan 4 weken en sluit dus niet aan bij §2.6	termijn dient van start verwijzing tot start zorg maximaal 45 dagen te zijn
34	PvE 2.6	Wat is de definitie van leveringsplicht?	Opdrachtnemer is verplicht om daadwerkelijk de geïndiceerde ondersteuning te starten binnen de bepaalde termijn.

35	PvE 2.7	Inzet tolken op onze kosten. Kostencomponent komt niet voor vergoeding in aanmerking, waarbij dit dus zorgt voor een knelpunt in de financiering, dit is voor deze doelgroep een aandachtspunt, welke ook geadresseerd zou moeten worden in Noord Veluwe	Het declareren van kosten voor een tolk is niet mogelijk. Zie de website van de VNG: de inzet van tolken bij jeugdhulp voor asielzoekerskinderen blijft via het COA verlopen. De telefonische tolk kan voor asielzoekerskinderen ingezet blijven worden via Livewords. Hieraan zijn geen kosten verbonden voor gemeenten en zorgaanbieders.
36		Wat betekent 'werkt op basis van een plan...'? In het marktconsultatiedocument staat dat de aanbieder die opstelt, maar dat staat hier niet. 'Werken op basis van' kan ook betekenen dat we dit plan aangeleverd krijgen en op basis daarvan een bijpassend behandelplan opstellen. Dat is overigens ook de gangbare weg.	De zorgaanbieder stelt zelf het plan op.
37		Perspectief- of toekomstplan opstellen voor jeugdige van 16,5 jaar waarvan de zorg vermoedelijk doorloopt tot of na het 18e levensjaar. Het lijkt ons goed dat er een plan is voor de soepele transitie 18-/18+, maar individueel plan voor transitie is dat passend? Niet een totaal plan transitie en dan vervolgens op individueel niveau maatwerk te leveren?	Het is van belang dat voor elke jeugdige een perspectiefplan wordt opgesteld zodat men tijdig onderzoekt wat er nodig is voor de overgang van 18-/18+.
38		Er wordt nog over de 303F gesproken voor facturatie, maar dat is tegenwoordig de 323.	Zie het antwoord op vraag 18.
39		Veel gegevens aanleveren in gesprekken met gemeenten. Vraag is of wij inzicht in alle gevraagde data kunnen geven zonder dat het heel veel werk kost. Wat is het doel en de proportionaliteit van de uitvragen?	Het doel is om outcome criteria en regionale transformatiedoelstellingen te kunnen toetsen. De uitvraag vindt 2x per jaar plaats, namelijk halfjaarlijks en jaarlijks.
40	PvE 4.3	Gemeente mag (on)aangekondigde controles uitvoeren op inhoudelijke kwaliteit en (financiële) administratie. Voorwaarde lijkt hier wel, wie voert dat uit, niet iedereen kan dit.	Indien een gemeente gebruik wenst te maken van de mogelijkheid tot het uitvoeren van controle, dient Opdrachtnemer hieraan mee te werken. De uitvoering ligt in beginsel bij de gemeente. In welke mate er vormgegeven wordt aan de samenwerking is onderwerp van overleg en vindt plaats in redelijkheid en billijkheid.

41	PvE 4.4	Dynamische plafonds suggereert dat de plafonds kunnen wijzigen, maar is dit alleen jaarlijks voorafgaand aan het nieuwe jaar, of ook met terugwerkende kracht? Gelden er plafonds per aanbieder of heeft de gemeente een totaal plafond? Wat gebeurt er met plafond als aanbieder vindt dat de nieuwe situatie sterk afwijkt van de situatie van 2019 en daarom dit geen juist uitgangspunt meer is?	Het budgetplafond is dynamisch doordat de hoogte per contractjaar wordt vastgesteld, er zal geen sprake zijn van bijstelling met terugwerkende kracht. De plafonds worden vastgesteld niet per aanbieder, maar per perceel ofwel gemeente en dus voor alle daarbij betrokken aanbieders.
42	PvE 1.1	Wij missen nog de benoeming van thuis én school.	Volgens ons is dit voldoende benoemd onder 1.1. punt c.
43	PvE 1.1	Graag gebruik van meldcode HGKM toevoegen.	De meldcode HGKM is opgenomen in PvE 1.3.
44	PvE 1.14	Wat zijn de uitgangspunten op basis waarvan extra budget beschikbaar wordt gesteld. De inzet van opdrachtnemer zal hier proportioneel moeten zijn. Kan deelname aan Pilots verplicht kan worden gesteld?	Dit is nader te bepalen per individueel traject. Deelname aan pilots is niet verplicht, maar medewerking aan de ontwikkeling ervan wel, middels onder andere de bespreking van dergelijke ontwikkelingen vanuit het partnerschap.
45	PvE 1.15	Geldt de bereikbaarheid van <1 uur voor alle producten binnen alle segmenten of wordt hier nog een onderscheid in gemaakt?	De tekst is aangepast: Er wordt een onderscheid gemaakt voor de bereikbaarheid binnen en buiten werktijden, en wanneer er sprake is van een acute crisissituatie.
46	PvE 1.16	Indien er een maatwerkovereenkomst gesloten dient te worden, kan tussentijds de zorgverlening worden voortgezet en wordt deze ook betaald?	Alleen als er respijtzorg is toegekend door de toegang.
47	PvE 2.3	We hebben nu geen inzicht in deze werkwijze en kunnen derhalve niet bepalen of het haalbaar is deze werkwijze te integreren. Kunt u hier vooraf informatie over geven.	We stellen een document op waarin we deze werkwijze verhelderen en voegen dit toe aan de inkoopdocumenten.
48	PvE 2.4	Het is eerder ter sprake geweest, dat monitoring per 3 maanden niet altijd haalbaar is. Daarnaast is het bij het evalueren van belang met jeugdige/ouders te spreken niet over. De voorgestelde werkwijze geeft daarnaast extra administratieve last, omdat het evaluatiemoment met meerdere betrokkenen zou worden besproken. Dat is erg onwenselijk. Ons voorstel is om het per 6 maanden te monitoren.	We vinden het periodiek evalueren belangrijk. De termijnen bij de productbeschrijvingen zijn leidend voor de planning van evaluaties.

49	PvE 2.5	Wat bedoelt regio met het 'faciliteren van doorgaan van het normale leven'?	Daar waar dat mogelijk is de normale activiteiten van jeugdigen door te laten gaan. Bijvoorbeeld sport, bijbaan etcetera.
50	PvE 2.6	De bepaling is erg normatief bepaald. De praktijk laat zien dat die norm landelijk, door schaarste op de arbeidsmarkt, niet altijd haalbaar is. Daarnaast zal het wegwerken van wachtlijsten ook een effect hebben op de kosten voor de regio. Wachtlijsten hebben daarbij ook een functie voor sommige patiënten. In situaties als deze, met Corona, wordt er een groter beroep gedaan op de hoog-intensieve zorg met directe consequenties voor de planbare zorg, wachttijden kunnen dan oplopen. Graag gaan wij derhalve t.z.t. in overleg om tot goede wachtlijstbeheersing te komen, maar is het niet haalbaar deze normtijden altijd te halen. Hoe om te gaan met patiënten die qua zorgzwaarte (=te licht) niet bijons thuis horen? Moet hier ook een schriftelijke afwijzing voor worden opgesteld?	Wanneer een jeugdige qua hulpvraag niet past bij de aanbieder verwachten we afstemming met de verwijzer, zodat een passende verwijzing volgt. Hierbij verwachten we een schriftelijke afwijzing.
51	PvE 2.8	De doelstelling van de regio is mooi. Dit vanaf het begin van de nieuwe contractering realiseren is erg ambitieus. Dit vraagt namelijk dat partijen elkaar zeer goed kennen, werkwijzen goed zijn afgestemd en kennisuitwisseling plaatsvindt. Derhalve het advies dit als een groeidoelstelling te formuleren in plaats van een eis bij de start.	We gaan ervanuit dat een aantal stappen al gezet zijn in de voorliggende periode. De gestelde eisen sluiten daar bij aan.
52	PvE 2.8	Uit een verklarende analyse, van de verwijzer of Opdrachtnemer, blijkt welk jeugdhulp zorgproduct passend is op het moment van de (eerste) indicatie of verlenging. Wanneer verwacht de regio de verklarende analyse van de opdrachtnemer? Wordt dit gekoppeld aan het administratieve proces / toewijzing?	Bij voorkeur bij aanvang en indien nodig na toewijzing van zorg. In overleg met de verwijzer/lokale toegang kan het moment vastgesteld worden.

53	PvE 2.8	Wanneer lichtere of zwaardere zorg nodig blijkt, past Opdrachtnemer, in overleg met de lokale toegang, het plan hierop aan en vraagt een passende nieuwe indicatie of verlening aan. Betekent dit dat bij elke verlenging en/of ophoging contact nodig is met de lokale toegang? Dit is niet wenselijk en verhoogt de administratieve lasten. Wij pleiten voor afstemming met gemeentelijk toegang om zorg zo goed mogelijk vorm te geven, maar laten we dit loskoppelen / scheiden van het administratieve proces (toewijzingen / indicaties).	Voor het proces van betalen en verantwoording is in dit geval een nieuwe indicatie noodzakelijk.
54	PvE 2.9	Welke rol ziet de regio voor haarzelf in het afschalen van zorg?	De regio neemt voorwaarden op in de inkoopdocumenten die sturen op afschalen van zorg. Daarnaast gaan we een strategisch partnerschap aan met een aantal essentiële aanbieders. Ook positioneren we de lokale toegang sterker door hen te laten meekijken naar de opties voor het afschalen van zorg waar mogelijk.
55	PvE 2.13e	Opdrachtnemer staat voor de start van een hulptraject open voor overleg over haalbare doelen en de termijn waarbinnen hij die doelen behaalt. Er is echter eerst diagnostiek nodig met soms aanvullende testen om een behandelplan te kunnen maken en de zorgduur te bepalen. En hoe verhoudt zich dit tot de toewijzing?	De diagnostiek maakt onderdeel uit van de producten individuele behandeling (specialistische) GGZ. Bij de toewijzing wordt rekening gehouden met een onzekerheidsfactor mbt zorgduur.
56	PvE 2.13j	Als doelen niet (tijdig) zijn behaald, geeft de Opdrachtnemer hiervoor een onderbouwde verklaring. Wij willen hier graag duidelijke afspraken over maken. Wat zijn de kaders, welke informatie verwachten jullie in de onderbouwde verklaringen met in achtname van de AVG regels?	De gemeenten gaan uit van kwaliteit en doelmatigheid en willen weten waarom doelen niet (tijdig) zijn behaald. Doel is mede om daarmee de kwaliteit van de toewijzingen te verbeteren. Met de GGZ aanbieders zal een format worden afgesproken met een beperkte set van indicatoren. Als voorbeeld kan de exceltool gebruikt worden die de POH GGZ gebruikt.

57	PvE 3.1	Opdrachtgever hanteert de Istandaarden zoals door de VNG vastgesteld en gehanteerd. Wij hebben recent een mail ontvangen dat de regio niet werkt met 317 berichten. Het VOW-bericht en bijbehorende proces zijn vanaf release 3.0 verplicht als de aanbieder bij de gemeente een verzoek mag indienen om de toegewezen zorg te wijzigen. Betekent dit dat regio NV op korte termijn maar zeker in 2022 het VOW bericht gaat hanteren?	De regio gaat VOW voorshands hanteren middels het 317-bericht.
58	PvE 3.1	Voor het versturen van een 315 bericht en het afgeven van een 301 bericht wordt een termijn van 15 dagen genoemd. Dit wijkt af van het standaard administratie protocol 3.0, waarin een termijn van 5 werkdagen wordt gehanteerd. Waarom wijkt de regio af? Het verzoek is om de Istandaarden en SAP 3.0 te volgen.	De bepaling wordt aangepast: technische reactie vanuit gemeente naar ZA (316 of 319) binnen 5 dagen conform i-standaarden. De toewijzing (301) vindt daarna plaats binnen 10 dagen, dus in totaliteit maximaal 15 dagen.
59	PvE 3.1	Aanbieders doen een melding op het moment dat cliënten de leeftijd van 17 jaar en 6 maanden bereiken. Beleid van ons is om tijdig / eerder af te schalen (vanaf 17 jaar). Deze beschreven melding leidt tot extra administratieve lasten. Verder is het ons niet bekend hoe Istandaarden dit ondersteunt via berichtenverkeer? Kunnen jullie dit toelichten? Is hier een specifiek type bericht voor?	Leeftijd is 16,5 jaar>> zie PvE 2.10. Dient in de administratie van de eigen instelling ingebouwd te worden. Wordt inderdaad niet ondersteund door i-standaarden, wel noodzakelijk.
60	PvE 3.1	Voor de facturering van geleverde ondersteuning wordt uitsluitend het factuurbericht 303F gebruikt. Dit is niet meer van toepassing. Vanaf 01-01-2021 geldt het declaratiebericht 323 voor het declareren van de geleverde zorg.	Zie het antwoord op vraag 18.
61	PvE 3.1	Opdrachtgever wil goed en tijdig inzicht hebben in de facturering. Facturen dienen binnen 1 maand na het einde van de vorige te worden ingediend. Wij declareren maandelijks, via een 323-bericht. Er staat in de tekst dat een aanbieder dit uiterlijk op de laatste dag van de opvolgende maand waarin de kosten conform het contract declarabel moet doen. Dit is alleen mogelijk zodra de toewijzing is ontvangen. Reactietermijn voor het versturen van de het toewijzingsbericht of een antwoordbericht is 5 werkdagen (Istandaarden). Beide partijen hebben hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Anders is het niet mogelijk.	Klopt, beide partijen zijn verantwoordelijk.

62	PvE 3.1	Wij zien geen informatie terug over de betalingstermijn van de declaraties. Kunnen jullie hier iets over zeggen?	Bij goedgekeurde berichten door MIZ wordt binnen twee weken betaald.
63	PvE 4.1	monitoring: Wij pleiten ervoor om de landelijk vastgestelde basisset outcome indicatoren te hanteren en dit niet voor 1 regio uit te breiden i.v.m. administratieve lasten die ontstaan als alle regio's en gemeenten dit op hun eigen manier bepalen. Wel hebben wij dit zelf aangevuld met de factsheets die elke regio ontvangt.	In aanvulling op de basisset wil de regio in samenwerking met opdrachtnemers gedurende de contractperiode onderzoek doen naar aanvullende criteria passend bij de geformuleerde doelen en KPI's. Dit onderzoek kan leiden tot aanvullende data die gevraagd wordt van alle opdrachtnemers.
64	PvE 4.1	familiegroepsplan: Wij werken met een behandelplan voor de patiënt en diens systeem, hierin zijn hoofd- en subdoelen opgenomen. I.h.k.v. administratieve last zouden wij willen verzoeken hiernaast niet ook nog een familiegroepsplan te eisen.	Wij hechten waarde aan het familiegroepsplan omdat daarin vastgelegd wat er in het systeem rondom de jeugdige nodig is en niet alleen voor de jeugdige zelf.
65	PvE 4.2	In het kader van strategisch partnerschap is de frequentie van eenmaal per jaar een contractmanagement gesprek wat ons betreft erg laag. Bij voorkeur elk trimester.	Dit betreft een minimum, in overleg kan hier natuurlijk van afgeweken worden. De regio heeft zeker het voornemen deze gesprekken op hogere frequentie te voeren.
66	PvE 4.3	Inhoudelijke controle, alleen door daartoe bevoegde (BIG-geregistreerde) personen. De controle op financiële administratie; deze wordt al uitgevoerd door de controlerend accountant, ook nog eens door regiogemeenten lijkt ons zeer onwenselijk gezien aanvullende administratieve last.	Deze eis betreft een voorbehoud indien er behoefte is aan aanvullende controles door gemeenten en wordt niet structureel uitgevoerd.
67	PvE 4.4	Krijgen de opdrachtnemers elk een 'eigen' budgetplafond of wordt deze voor alle aanbieders tezamen vastgesteld? Per segment een budgetplafond? Hoe ziet de praktische toepassing hiervan eruit? Hoe kan een individuele aanbieder hier zelf op sturen?	Zie het antwoord op vraag 20.
68	PvE 4.5	Waarom is gekozen voor dit uitgangspunt? Waarom wordt niet de kostprijsberekening genomen als uitgangspunt?	Het uitgevoerde kostprijsonderzoek is uitgevoerd binnen de vigerende wetgeving en lokale verordeningen.

69	PvE 4.5	Welke frequentie wordt gehanteerd bij het aantonen en inzichtelijk maken van de eigen gerealiseerde kostprijs voor deze aanbesteding? Moet dit jaarlijks? Hoe valt aan te tonen dat deze gerealiseerde 'reële prijs' gebaseerd is op de kwaliteit van de betreffende voorziening? Hoe dienen de kosten van de kostprijselementen te worden aangetoond? En willen we dit wel (jaarlijks) aantonen?	De frequentie is jaarlijks. De kosten van de kostprijselementen dienen te worden aangetoond door de aanbieder.
70	PvE 4.5	Hoe dient te worden aangetoond dat we een x% 'winst' op de opdracht van deze aanbesteding realiseren? NV is niet onze enige regio.	Zodra de gehele organisatie meer dan 10% winst heeft, dan treedt het volgende in werking: verdeelsleutel hanteren conform de kostenberekening naar inwoneraantal per regio.
71	PvE 4.5	Wanneer we > 10% 'winst' realiseren, hoe moeten we aantonen dat het meerdere wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de hulp in het opvolgende jaar ten behoeve van de regio NV?	Aanbieder toont dit aan door een projectplan in te dienen met concrete acties welke gemonitord zullen worden.
72	Document MC 2.1	Er wordt bij het product Klinische behandeling GGZ (behandeling incl verblijf) geen zorgzwaarte van het verblijf aangegeven. Zorgzwaarte opnemen zoals vermeld in deelprestaties Verblijf GGZ.	De zorgzwaarte wordt nader omschreven in de uitwerking van het product.
73	Document MC 3.1	Aantal contacterende partijen: Er is een maximum aantal te contracteren partijen aangegeven, waarop alleen uitzondering mogelijk is als de geselecteerde gegadigden gezamenlijk geen voldoende dekkende capaciteit kunnen bieden. Hoe wordt bepaald over er voldoende dekkende capaciteit is?	De capaciteit, zoals opgegeven door de aanbieders zelf, wordt opgeteld van de beoogde winnende inschrijvers. Indien dit totaal minder is dan de gewenste dekking (in aantallen verwijzingen), wordt de eerstvolgende beste inschrijver ook gegund. Indien dan er nog steeds niet voldoende dekkend aanbod gegund wordt, de daaropvolgende beste inschrijver, enzovoorts.
74	Document MC 3.1	Duur overeenkomst: Wat zijn de voorwaarden voor verlenging ? (Basis is 3 jaar) En wat is de exacte duur van de overeenkomst en verlengingen? Daarover is verschillende informatie gegeven in dit document.	Voorwaarde tot verlenging is wederzijdse overeenstemming over het gebruik van de optionele verlenging tussen contractpartijen. Zie tevens het antwoord op vraag 6.

75	Document MC 3.1	Regionaal/ lokaal: Wat bedoelt regio met dynamische budgetplafonds? Wij hebben te maken met niet-planbare zorg, waarbij de zorgzwaarte vooraf moeilijk te bepalen is en gezien de ernst en complexiteit van de problematiek ook zorg moet worden kunnen geleverd. Hoe gaat de regio hier mee om? Is hier al meer over bekend? Wat kunnen wij verwachten? En kunnen deze jaarlijks worden (eenzijdig?) worden vastgesteld?	Bij dreigende overschrijding zal de regio met aanbieder in contact treden om gezamenlijke oplossingen te creëren. Ja, kunnen jaarlijks door gemeenten worden vastgesteld.
76	Document MC 3.1	regionaal/ lokaal: Bij hoeveel patiënten per gemeenten ligt de grens voor een lokale dan wel regionale aanbieder? En wie bepaalt dan in welke gemeente je zorg mag leveren?	Op de lokale percelen wordt geen capaciteitseis gesteld, op regionale percelen geldt deze eis voor de gehele regio.
77	Document MC 3.1	regionaal/ lokaal: Een regionale aanbieder dient ook te voldoen aan de hogere geschiktheidseisen. Waar vinden wij deze hogere geschiktheidseisen terug?	Dit betreft onder andere de bepalingen rondom partnerschap en monitoring. Het onderscheid zal worden verduidelijkt in de aanbesteding.
78	Document MC 3.1	regionaal/ lokaal: De strategisch regionale aanbieder dient per segment een te bepalen minimaal aantal cliënten te hebben geholpen in 2019 om voor dit perceel in aanmerking te komen. Zijn deze aantallen per perceel al vastgesteld?	Deze worden bekend gemaakt bij de aanbesteding.
79	Document MC 3.3	Door hoeveel partijen wordt er nu zorg verleend in de verschillende percelen? Hoeveel % van de huidige aanbieders blijven over als te selecteren partijen? Wat wordt bedoelt met de aanvulling, plus 20% (afgerond)? De tabel krijgt de omschrijving mee: Aantal te selecteren partijen, eronder wordt gesproken over dat in de tabel het maximaal aantal te contracteren aanbieders weergeeft. Zijn geselecteerde partijen automatisch ook de te contracteren partijen?	Dit onderdeel van het document komt te vervallen nu de procedure van de aanbesteding wordt gewijzigd. Er vindt geen selectiefase plaats.
80	Document MC 3.3	Wat houdt een wachtkamerovereenkomst in?	Een wachtkamerovereenkomst houdt in dat de wachtkamercontractant in aanmerking komt voor een volwaardige overeenkomst (onder de geldende voorwaarden van de aanbesteding) als de overeenkomst met één van de gecontracteerde aanbieders - om welke reden dan ook - komt te vervallen gedurende de omschreven periode.

81	Document MC 3.4	Omvang van de opdracht. Dit is een complex en risicovol onderdeel voor de aanbieder, enerzijds wordt verwacht dat de minimale capaciteit wordt bepaald, anderzijds zijn er geen garanties voor omzet. Een aanbieder wordt verplicht zich ergens op te organiseren, met alle bedrijfsrisico's van dien. Hoe gaat de regio om met verschuivingen in aandeel in de markt ten opzicht van dit artikel? Voorstel is deze verplichting t.a.v. deze minimale eis ook tijdens de looptijd van de opdracht in gezamenlijk overleg te kunnen wijzigen, waarbij een dekkend totaal aanbod blijft bestaan. En hoe verhoudt dit artikel zich tot de eventuele wachttijden/lijsten en trajectduur van een behandeling?	De bepaling wordt aangevuld: indien gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat voor een gegeven product de gecontracteerde aanbieders gezamenlijk niet een voldoende dekkend aanbod beschikbaar hebben (in de praktijk: er is geen plaats beschikbaar voor een toewijzing) is de Opdrachtgever gerechtigd om op maatwerk-basis aanvullende aanbieders te contracteren.
82	Document MC 4.	Planning van aanbesteding. Het indienen van de offertes valt midden in de zomervakantie voor aanbieders die dit jaar veel aanbestedingen te verduren hebben. Graag de planning aanpassen naar reële data voor aanbieders. Bijv. de uiterste datum van de offertes opschuiven naar 19-8-2021.	De planning van de aanbesteding is inmiddels aangepast, hierin wordt in deze behoefte voorzien.
83	Document MC 5.3	Accountantsverklaring. Graag nader toelichten, wordt hier de accountantsverklaring op de jaarrekening bedoeld?	De accountantsverklaring wordt nader toegelicht in de aanbestedingsleidraad.
84	Document MC 5.3	Verklaringen over het personeel. Graag nader toelichten, wat voor verklaringen worden bedoeld?	De verklaringen over het personeel worden nader toegelicht in de aanbestedingsleidraad.
85	Document MC 6.1	Wie kan als referent dienen? Kunnen dit ook gemeenten buiten de regio Noord Veluwe zijn?	Ja.
86	Document MC 7.1	In het kader van benchmark is het van belang een goed vergelijk te maken tussen aanbieders en ons er van bewust te zijn óf en hoe aanbieders vergelijkbaar zijn in deze.	Als benchmark worden de cijfers vanuit het dashboard gebruikt. Daarin is o.a. zichtbaar wat de gemiddelde behandelduur is per zorgvorm en per aanbieder. In gezamenlijke voortgangs- en partnerbijeenkomsten kan met elkaar gereflecteerd worden op deze cijfers.

87	Document MC 7.3	<p>Verklarende analyse. Hier is veel expertise voor nodig, hoe zorgt de regio ervoor dat deze expertise aanwezig is? Zoals al eerder aangegeven denken we graag mee in professionalisering van toegang.</p> <p>Ook hier ontbreekt de huisarts expliciet, hoe gaat de regio om met het in kaart brengen van hulpvragen bij verwijzing door huisarts, MS?</p>	<p>Het document overt het toegangsmanagement vullen we aan en daarin nemen we ook de andere verwijsroutes op. We geven regionaal vorm aan het scholen en bekwamen van professionals in het werken met de verklarende analyse. Maken daarbij graag gebruik van de inzet van u als aanbieders.</p>
88	Document MC 7.3	<p>Familiegroepsplan, Perspectiefplan of Toekomstplan. Wie stelt het familieplan op, wie is regievoerder? In eerdere stukken (algemene producteisen) hebben wij gelezen dat het familieplan wordt opgesteld door jeugdige/gezin en omgeving en de lokale toegang. In deze tekst wordt ook de hulpverlener / zorgaanbieder genoemd. Wordt het plan gekoppeld aan het administratieve proces (verzoek om toewijzing / indicatie)? Dit is niet wenselijk.</p> <p>Binnen de GGZ is het gebruikelijk een behandelplan op te stellen; wij pleiten ervoor om gezien administratieve last ook akkoord te gaan met enkel opstellen van dit behandelplan.</p>	<p>De jeugdige en opvoeders hebben regie op het plan. De penvoerder is de partij die de zorg biedt. De lokale toegang kan ondersteunen als dat passend is. Wij hechten waarde aan een plan dat breder is dan het behandelplan om de hiervoor genoemde reden.</p>
89	Document MC 7.4.1	<p>Wij werken graag samen t.b.v. goede triage, zeker bij zeer complexe sGGZ is dit vaak geen eenvoudig vraagstuk en is kennis van complexe psychiatrie noodzakelijk. Daarbij merken wij op dat het grootste deel van onze patiënten via de medische route binnen komt en wij zelf een strenge selectie hanteren aan de voorkant.</p>	<p>Ook de medische route zien wij als een toegang waarbij op u een beroep gedaan kan worden voor triage.</p>
90	Document MC 7.4.2	<p>doelen toegang: Is de afstemming tussen toegang en aanbieder nodig bij elk type verwijzer? Of geldt dit alleen bij verwijzingen via de lokale toegang? Wanneer vindt de afstemming tussen toegang en aanbieder plaats? En wie neemt hierin regie? Wordt deze tijd vergoed/betaald? Wij willen graag meer duidelijkheid over de werkwijze toewijzen via berichtenverkeer. Dit proces wordt onvoldoende beschreven en roept veel vragen op.</p>	<p>Afstemming vindt altijd plaats met ouder(s) en jeugdige. Er zullen zich daarbij situaties voordoen dat consultatief contact gezocht wordt om te verkennen of de vraag door die aanbieder opgepakt kan worden.</p>

91	Document MC 7.4.2	doelen toegang: In geval van sGGZ is het niet gebruikelijk dat Toegang de doelen opstelt; dit gebeurt na diagnostiek door de kinder- en jeugdpsychiater en/of klinisch (neuro)psycholoog. Deze doelen mogen conform AVG en medisch beroepsgeheim slechts op niveau van maatschappelijke resultaatgebieden worden gedeeld met de gemeente. Het advies hier is onderscheid te maken tussen begeleiding/ondersteuning en psychiatrische behandeling.	Regionaal hechten wij er waarde aan dat de lokale toegang betrokken wordt bij het opstellen van de doelen. Met name omdat zij zicht hebben op lokale en regionale opties voor het afschalen van zorg als dat mogelijk is. Ook de gemeentelijke toegang werkt op basis van de AVG. Als jeugd en opvoeders geen bezwaar hebben tegen het delen van informatie is er geen belemmering. Wij gaan ervanuit dat ook de sGGZ aanbieders het belang van informatie delen bespreken met jeugdigen en opvoeders.
92	Document MC 7.4.3	Verleningsbesluit. Wat wordt bedoeld met een verleningsbesluit? Wordt hiermee de indicatie/toewijzing bedoeld? Betekent dit dat een zorgaanbieder pas een toewijzing ontvangt als er een evaluatie is gepland?	Met verleningsbesluit wordt de indicatie/toewijzing bedoeld. De toewijzing volgt na de evaluatie. Het is dus zaak om de evaluaties tijdig in te plannen.

93	Document MC 7.4.3	<p>Evaluëren in relatie tot verleningsbesluit. Belangrijk in dit kader is goede afspraken te maken over wat er met elkaar gedeeld mag worden. AVG technisch is het van belang dat ouders vrijelijke toestemming kunnen geven gegevens met toegang te delen. Het is ook zo, in het geval dat er toestemming is, wij zorginhoudelijk niets mogen delen. Wel kunnen we gemeente uitnodigen bij een (tussen)evaluatie.</p> <p>Verzoek om onderscheid te maken tussen jeugdhulp in de vorm van begeleiding/ondersteuning en anderzijds daar waar het gaat om psychiatrische behandeling / medisch beroepsgeheim.</p> <p>Daarnaast is het in het beschreven proces van belang mét de jeugdigen (en ouders) te praten en niet óver. Ten aanzien van de administratieve last is het ook niet wenselijk om naast evaluaties met ouders ook nog apart te moeten evalueren met lokale toegang/verwijzers. We doen hierbij de oproep om dit proces in deze fase nog niet te hard vast te leggen, maar in het kader van doorontwikkeling en nauwe samenwerking dit proces met elkaar in te regelen na gunning.</p>	<p>Er mag niets met elkaar gedeeld worden zonder toestemming van ouders en jeugdigen (afhankelijk van leeftijd). De medewerker van het CJG is betrokken bij het gezin en zal gedurende het traject, uiteraard als ouders dat goed vinden, aansluiten bij evaluaties om het proces te monitoren en waar nodig mee te denken samen met ouders en jeugdige. Het gaat dus niet om een aparte evaluatie. De toegang sluit aan bij wat loopt.</p>
94	Document MC 7.4.4	<p>Herindicatie. Betekent dit dat bij elke verlenging en/of ophoging contact nodig is met de lokale toegang? Dit is niet wenselijk en verhoogt de administratieve lasten. Wij pleiten voor afstemming met gemeentelijke toegang om zorg zo goed mogelijk vorm te geven, maar laten we dit loskoppelen / scheiden van het administratieve proces (toewijzingen / indicaties).</p>	<p>Zie het antwoord op vraag 54.</p>
95	Document MC 7.	<p>Geheel artikel 7. In dit hele artikel ontbreekt de expliciete vermelding van een huisarts, wat is het proces als de huisarts verwijst? 70% van onze verwijzing komt via die route. In het geval dat als de verwijzing niet via de huisarts komt, valt onze zorg onder medisch beroepsgeheim en mogen we conform AVG alleen op maatschappelijk niveau doelen delen.</p>	<p>Zie de eerdere opmerkingen over het aanvullen van het document over het toegangsmanagement. Voor het delen van informatie is in alle gevallen toestemming van opvoeders en/of jeugdige nodig. Wij verwachten van alle partijen dat zij met jeugdige en opvoeders het belang van delen van informatie met belangrijk betrokkenen bespreken.</p>

96	Document MC 10.	Als aanvullende consultatie en advies nodig is, is dit een verantwoordelijkheid van de lokale toegang geeft u hier aan. De regio heeft de verantwoordelijkheid voor passende jeugdhulp en kan daarmee niet de volledige verantwoordelijkheid voor het inschakelen van consultatie en advies bij de lokale toegang beleggen. De regio zal ook moeten kunnen borgen dat de kwaliteit van de dienstverlening van deze lokale toegang voldoende is geborgd. Hoe is deze kwaliteit dan geborgd?	Door te investeren in het leren en ontwikkelen van de lokale toegang in regionaal verband en door de kwaliteitseisen die wij aan de toegang stellen.
97	Toegang pagina 1	graag zien we aanvulling en nuancering wat betreft ouders met LVB-problematiek.	In de algemene eisen staat dat de hulp in alle gevallen afgestemd dient te zijn op de eigenheid van de jeugdige en opvoeders. Daaronder verstaan wij ook een verstandelijke beperking.
98	Toegang pagina 1	Bij segment 1 kijkt de toegang nadrukkelijk mee of zorg nog passend is. Hoe gaat de toegang dit doen, hoe wordt dit beoordeeld?	Op basis van de actuele hulpvraag van jeugdige en opvoeders en in overleg met hen en de zorgaanbieder.
99	Toegang pagina 3	Hoe verhoudt deze tabel zich tot het document "marktconsultatie segment 1-4" paragraaf 7.4.2. Betekent dit dat er geen afstemming nodig is tussen toegang en aanbieder bij een verwijzing via huisarts of medisch specialist naar aanbieder? Mag een aanbieder in dit geval een verzoek om toewijzing (315 bericht) sturen met periodeduur, volume etc. en geeft de gemeente op basis hiervan een toewijzing (301) af? Wij willen graag meer duidelijkheid over de werkwijze toewijzen via berichtenverkeer. Dit proces wordt onvoldoende beschreven en roept veel vragen op.	Zie de eerdere opmerkingen over het document over het toegangsmanagement.
100	Toegang pagina 3	Verwijzing GI + lokale toegang: hoe wordt de inhoud (volume en periodeduur etc.) van de toewijzing bepaald? Heeft een aanbieder hier geen invloed op?	De kaders voor toewijzing staan bij de producten. Indien nodig kan de toegang daar van afwijken.

101	Toegang pagina 3	Er staat dat 'regie op hulp' als taak bij de toegang is belegd. Het verdient aanbeveling om hier duidelijkheid te scheppen dat toegang de regie houdt in casuïstiek met begeleiding en ondersteuning. In geval van sGGZ onder verantwoordelijkheid van medisch specialisten houdt de arts of klinisch psycholoog de regie over het behandeltraject en voert CJG eventueel procesregie indien de situatie dit toelaat. Wij zullen op procesniveau samen optrekken met het CJG en dit intern onder de aandacht blijven brengen.	Onder regie verstaan wij procesregie. Het gaat om het meekijken met jeugdige, opvoeders en aanbieder of de ingezette hulp nog passend is en mee te denken of adviseren over alternatieven.
102	PvE 4.4	Dynamische Budgetplafonds > is er ruimte om te groeien als blijkt dat je goed werk levert en wat betekent dit voor de zero-base norm 2019. Hoe wordt dat besproken en vastgelegd? Zijn budgetten per gemeente uitwisselbaar, minder volume in de ene kan dat betekenen dat je meer mag leveren in de andere gemeente?	Zie het antwoord op vraag 20.
103	lokaal/regio naal	Er wordt gesproken over lokaal en regionaal. Voor regionaal geeft u aan dat de aanbieder een bepaald volume moet hebben. Het is bepalend welk volume hier aan wordt gehangen. Juist aanbieders die een wat kleiner volume hebben kunnen van cruciaal belang zijn als het gaat om innovaties. Waarom meting over 2019 en niet over meerdere jaren? En wat als wij leveren in bezoekenregeling en de indicatie volgt adres van gescheiden ouder, terwijl wij bij de andere ouder (andere gemeente) ook zorg leveren?	Voor bepaling van het volume wordt uitgegaan van het jaar 2019, omdat 2020 vanwege COVID-19 geen representatieve periode wordt geacht.
104	PvE 1.14	Meewerken aan pilots, is hier ruimte voor eigen inbreng? Gaan zorgaanbieders en gemeenten dit in gezamenlijk invullen?	Dit wordt in gezamenlijkheid ingevuld vanuit het partnerschap.
105	lokaal/regio naal	Wij zijn in onze regio een grotere aanbieder op het gebied van EED (segment 4) en een wat kleinere aanbieder op het gebied van basis-ggz (segment 4). Op basis van het aantal cliënten of het aantal gemeenten waarin we nu opereren is het voor ons niet duidelijk of wij vallen onder 'Basis lokaal' of 'Strategisch regionaal'. Hebben jullie daar richtlijnen voor?	Het benodigde aantal cliënten om in regionale percelen mee te doen wordt bij de aanbesteding bekend gemaakt.

106	Document MC p.4	Zeewolde neemt alleen deel aan segmenten 3 en 4. Hoe verhoudt zich deze 'afsplitsing' met de Norm voor Opdrachtgeverschap dat alle gemeente hebben ondertekend?	Voor de onderdelen waar Zeewolde niet meedoet met de regio Noord Veluwe, is Zeewolde onderdeel van de regio Flevoland. Op deze wijze voldoet zij op dit onderdeel aan de Norm voor Opdrachtgeverschap.
107	Document MC p.15	Laat het tarief deze verplichtingen toe? Zoals met opdrachtnemer over relevante onderwerpen in gesprek treden, gezamenlijk wachtlijstbeheer, reductie van verblijfs hulp enz. Opstellen gezamenlijk (financieel) transformatieplan, ontwikkelagenda, uitvoeringsafspraken en monitoren.	Zie het antwoord op vraag 11.
108	Document MC p.17	Een goede triage en verklarende en gedragsbepalend analyse moet plaatsvinden. Dit gebeurt door de toegang. Er staat niet hoe dat wordt geregeld. (Wel eis 2.8: opdrachtnemer draagt bij aan verklarende analyse door toegang). Hoe worden wij hier door de regio in gefaciliteerd?	De regio zorgt voor informatie en een vorm van scholing als het om het gebruik van de verklarende analyse gaat. Wij werken dat voor 1 januari 2022 uit.
109	PvE 1.6	De norm voor verantwoorde werktoedeling laat ook toe dat mbo-ers worden ingezet. En eis 1.3 stelt dat we ook aan de norm voor verantwoorde werktoedeling voldoen.	Voor MBO opgeleide professionals is een dergelijke vergelijkbare registratie (nog) niet voorhanden, maar in het 'kwaliteitskader Jeugd' staat uitgelegd welke werkzaamheden door een geregistreerde professional kunnen worden uitgevoerd, en welke door niet-geregistreerde (norm verantwoorde werktoedeling).
110	lokaal/regio naal	Er staat bij de regionale selectie als eis dat je als regionale aanbieder per segment een minimaal aantal cliënten moet hebben geholpen. In 2019 boden wij nog niet het aantal cliënten hulp als dat wij nu doen. Wij zijn een relatief jonge zorgorganisatie die sterk gegroeid is in het aantal cliënten c.q. capaciteit. Hoe gaat u om met groei na 2019?	Groei na 2019 is helaas niet op een voor alle aanbieders gelijkwaardige wijze mee te rekenen ten aanzien van deze minimumeis.
111	lokaal/regio naal	Kunt u aangeven wat de minimale capaciteitseis inhoudt voor de lokale aanbieders?	Voor lokale aanbieders zal geen minimale capaciteitseis gelden.

112	PvE	Er staat beschreven dat het Programma van Eisen nog aangevuld gaat worden met perceel/productspecifieke eisen. Kunt u aangeven of het een vereiste is dat je als aanbieder een heel segment kan bedienen? Is het mogelijk om een deel van een segment aan te bieden?	Het zal mogelijk zijn voor aanbieders om slechts een deel van de producten binnen een segment aan te bieden.
113	PvE	Er staat beschreven dat het Programma van Eisen nog aangevuld gaat worden met perceel/productspecifieke-eisen. Gaan alle mogelijke diensten per segment vermeld worden? Wij hebben sterk de behoefte aan een definitie kwestie in deze. Gaat dit in de aanbestedingsdocumenten opgenomen worden?	De producten welke uitgevraagd worden, zullen in de aanbesteding in detail omschreven worden opgenomen.
114	producten	voorgaande jaren hebben wij een apart contract gehad voor de Licht Verstandelijk gehandicapten doelgroep, wordt deze nu meegenomen in dit contract? Zo niet dan deze graag toevoegen of een apart contract afsluiten?	De verschillende doelgroepen komen naar oordeel van de regio voldoende tot hun recht binnen de nieuwe productomschrijvingen. Slechts in zeer specifieke gevallen zal het nodig zijn over te gaan tot maatwerk.
115	lokaal/regionaal	Wat is het verschil tussen lokaal en regionaal aanbesteden? Dit wordt ons niet geheel duidelijk. En als je lokaal aanbesteedt kun je dan zowel binnen de Basis-GGZ als binnen de SGGZ behandelen?	De aanbieders binnen regionale percelen bedienen alle deelnemende gemeenten en dienen te voldoen aan enkele aanvullende eisen en bepalingen, waaronder de minimum capaciteit. De aanbieders binnen lokale percelen (segmenten 3 en 4) bedienen mogelijk slechts een deel van de deelnemende gemeenten en zijn bedoeld voor kleinschalige aanbieders.
116	BIG registratie	Verder wordt er niet gesproken over collega-psychologen die in opleiding zijn tot GZ-psycholoog, deze kunnen geen BIG registratie aanleveren. Hoe kijken jullie aan tegen erkende landelijke opleidingsplekken?	Er zijn niet-geregistreerde professionals, die in opleiding zijn voor een beroep en daarom onder de strikte verantwoordelijkheid en aanwijzingen werken van een praktijkopleider (zie paragraaf 4.5 kwaliteitskader jeugd).
117	Technische bekwaamheid	Voor het aantonen van de technische vakbekwaamheid, voldoet een uittreksel BIG-register daaraan?	de strikte verantwoordelijkheid en aanwijzingen werken van een praktijkopleider (zie paragraaf
118	3.1 contract	We nemen aan dat er alleen verlengd wordt als beide partijen daarmee instemmen?	4.5).

119	PvE 1.15	Opdrachtnemer draagt zorg voor de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid voor eigen cliënten die in acute crisissituaties verkeren. Opdrachtnemer kan dit vorm geven door afspraken met of inzet van andere organisaties'. Voor welke vormen van zorg geldt dit? Geldt voor cliënten met een geringe ambulante indicatie niet gewoon de crisisroute via de crisisdienst?	De tekst is aangepast: Er wordt een onderscheid gemaakt voor de bereikbaarheid binnen en buiten werktijden, en wanneer er sprake is van een acute crisissituatie.
120	PvE 2.14	Hoe gaat de gemeente om met de hoge kosten van vervoer van Jeugdzorg+ cliënten? Deze cliënten, die met een machtiging gesloten zitten, mogen niet met eigen vervoer verplaatst worden. De vervoersbewegingen die de cliënt moet maken hebben betrekking tot een zitting bij de rechtbank (jeugdrechter). Gemiddeld genomen bezoekt de cliënt tijdens zijn of haar verblijf bij de JZ+ de rechtbank 2 keer (uitgezonderd 3 x). Dit vervoer wordt uitgevoerd door speciale bedrijven (dienst vervoer en ondersteuning) dit zijn speciale busjes met een binnencel en bemand door 2 bewakers. Kosten van zo'n transport van en naar de rechtbank kosten ongeveer € 600,- tot € 700,- per keer.	Jeugdzorg+ is een all in tarief. Vervoer van- en naar de rechtbank is hierbij inbegrepen.
121	Klachten (PvE 2.11)	Ons advies hierin naar gemeente is op te nemen dat er in samenspraak met verwijzer wordt gekeken naar een andere plek.	De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor een passende andere plek. Afstemming met de verwijzer is hier onderdeel van.
122	PvE 2.14	Er wordt gesproken over de organisatie van vervoer door Viavé. Careander heeft alle afspraken m.b.t. vervoer lopen via Noot. Hebben aanbieders nog de mogelijkheid om een vervoerder te kiezen of zijn zij verplicht om gebruik te gaan maken van vervoer via ViaVé?	Voor aanbieders die vervoer zelf kunnen blijven organiseren blijft een productcode beschikbaar, gekoppeld aan een vergoeding vervoer conform de Wlz tarieven.

123	PvE 2.14	<p>De ervaring is dat het CJG momenteel ruim beschikt al het gaan om vervoer, zeker in het geval van asielzoekers. Is de verwachting dat deze ruimte er blijft? En in hoeverre komt/blijft deze ruimte er ook voor andere ouders/cliënten?</p>	<p>Vervoer van asielzoekerskinderen loopt via COA of de RMA. Dit loopt niet via de gemeente. Voor het overige jeugdvervoer wordt uitgegaan van de uitgangspunten uit de jeugdwet: 'voorzieningen op het gebied van jeugdhulp omvatten voor zover naar het oordeel van het college noodzakelijk in verband met een medische noodzaak of beperkingen in de zelfredzaamheid, het vervoer van een jeugdige van en naar de locatie waar de jeugdhulp wordt geboden.' De beoordeling hiervan is belegd bij de toegangen voor jeugdhulp.</p>
124	Onderaannemers	<p>Destijds konden onderaannemers van ons niet zelfstandig aanbesteden. (Regio vereiste bij de vorige aanbesteding een wtzi toelating, die hebben de zorgboeren en dergelijke niet). Volgens mij laat de gemeente die wtzi toelating nu los. Is het nog nodig dat wij voor de onderaannemers gaat aanbesteden of verwacht de RNV dit niet meer. (we lezen wel de term samenwerkingsverband tegen, maar dat is wat anders dan onderaanneming). Als onderaannemers zelf moeten gaan aanbesteden dan moeten zij wel geïnformeerd. Hoe loopt dit proces? Het aantal partijen waarmee men wil samenwerken wordt beperkt, dit is mogelijk ook van invloed op het aantal onderaannemers.</p>	<p>Wtzi wordt niet meer als verplichting opgelegd binnen de Jeugdwet, dus ook niet in deze aanbesteding.</p>

125	Doelgroepen	<p>Wij zien een hiaat in de doelgroepbeschrijving zoals deze gehanteerd wordt in de aanbesteding. Hierin wordt vooral de focus gelegd op kinderen/jongeren met een licht verstandelijke bespreking. Voor kinderen/jongeren op onze locatie -x- is dit niet passend. Een enkel kind daar heeft een lichte verstandelijke beperking met (forse) gedragsproblemen en/of taal/spraak problemen. De meeste kinderen hebben een matige tot ernstige verstandelijke beperking met bijkomende problematiek, lichamelijk en/of op gedragsgebied of op spraaktaal gebied, of in de emotionele ontwikkeling, of meerdere hiervan.</p> <p>Wellicht ziet de gemeente/inkoop samenwerking deze doelgroep als cliënten voor de WLZ, maar hier wordt vanuit de WLZ/ het CIZ helaas anders over gedacht. Deze kinderen lijken nu tussen wal en schip te vallen. Het gaat hierbij veelal om jonge kinderen.</p>	Deze doelgroepomschrijving is niet opgenomen in de marktconsultatie.
126	PvE 1.1 a	Dit is geen verzwaarde eis, maar voelt meer als gericht op de financiën dan op kijken wat de burger nodig heeft. Het is gericht op afschalen. Dit is uiteraard een goed streven. Maar er lijkt over het hoofd gezien te worden dat het ook in het belang van een burger kan zijn om op te schalen. Door dit niet te vermelden, lijkt het alsof het belang van de burger ondergeschikt wordt gemaakt.	Dit basisprincipe komt voort uit de wens om te normaliseren waar mogelijk, wat we voor iedere jeugdige nastreven. Met dit streven zeggen we niets over het belang van opschalen waar dit noodzakelijk is. Daarnaast hebben we afgesproken dat we inzetten op doen wat nodig is.
127	PvE 1.1 b	Deze eis gaat boven de werkzaamheden als individuele hulpverlening. Wat verwacht de gemeente aan activiteiten?	Opdrachtgever verwacht activiteiten binnen de eigen bedrijfsvoering of in samenwerking met de toegang, welke ondersteunend zijn aan de geformuleerde visie en doelstellingen, of in het kader van het partnerschap waar van toepassing.

128	PvE 1.1 c	Niet alleen maar samenwerken, wat normaal is, maar een zwaardere eis: nauw samenwerken. Waarom heeft de gemeente dit zo geformuleerd en wat verwacht de gemeente aan extra's?	Eén van de uitgangspunten in de inkoopvisie is 'één gezin, één plan, één regisseur'. Daarnaast stellen we ons als doel om alle jeugdhulp systeemgericht te laten zijn, waarbij we de hulpvraag willen bekijken vanuit een breed perspectief met behulp van een verklarende analyse. We stemmen de jeugdhulp af op de uitkomst van deze verkenning en nemen daarmee alle leefgebieden en de brede sociale context van jeugd en opvoeders mee. We verwachten van jeugdhulpaanbieders dat zij dit ook doen; een samenhangend plan opstellen met jeugdige, opvoeders, onderwijs en andere belangrijke personen in hun omgeving. Omdat dit ook als voorwaarde is opgenomen bij de segmenten en zorgproducten vragen wij in de basisprincipes van de aanbieders om nauw samen te werken met alle betrokkenen.
129	PvE 1.1 e	Overdracht kennis. Dit gaat boven de taak van de hulpverlener uit. Dit komt op het gebied van een algemene taak. Beoordelen wat een ander weet en bij te weinig weten de oplicht tot "scholing". Hoe ziet de gemeente deze algemene taak?	De nadruk ligt hierbij op intercollegiale kennisoverdracht (kruisbestuiving), niet op reguliere scholing en training.
130	PvE 1.5	Het woord "onverwijld" is onduidelijk en kan tot misverstanden leiden. De IGJ heeft daarvoor duidelijke richtlijnen ontworpen. Immers eerst moet vaststaan dat de calamiteit gerelateerd is aan de hulpverlening. Dit is niet op voorhand duidelijk en vergt onderzoek. Volgt de gemeente daarin het beleid van de IGJ voor wat betreft het "onverwijld" melden?	Het beleid van de IGJ is hierin leidend.

131	PvE 1.9	Dit is vaag: een actuele VOG. Wat verstaat de gemeente onder een actuele VOG? Aangenomen mag worden dat de gemeente niet van de zorgaanbieders vraagt om doorlopend een nieuwe VOG aan te vragen. De Jeugdwet gaat uit van een VOG die niet ouder is dan vijf jaar. Het bezit van een "actuele" VOG doet vermoeden dat de gemeente daarvan afwijkt?	Zie het antwoord op vraag 3.
132	PvE 1.14	te onduidelijk. Wordt er in alle gevallen budget ter beschikking gesteld hiervoor? Wat als de wachtlijsten toenemen? Moeten we dan ook meedoen terwijl de beschikbare tijd ook aan cliënt kan worden besteed?	Zie het antwoord op vraag 45.
133	PvE 1.15	Binnen twee minuten drempelloos bereikbaar? Kan de gemeente aangeven waarom men uitgaat van 2 minuten? Wat als het secretariaat al een telefoongesprek heeft? Hoeveel secretaresses moet men in de ogen van de gemeente aannemen om aan de eis van 2 minuten te kunnen voldoen. Zelfs bij de gemeenten lukt 2 minuten niet. Dit is een irreële eis. Verder moeten we standaard een behandelaar vrijmaken voor mogelijke inhoudelijke vragen?	Tekst is aangepast waarbij er een splitsing wordt gemaakt tussen de medewerker die binnen afzienbare tijd de telefoon beantwoordt voor algemene vragen en het bereiken van een deskundige m.b.t. inhoudelijke vragen. Er mag gebruik worden gemaakt van moderne communicatieapparatuur.
134	PvE 2.2	wij moeten zelf naar het wijkteam komen? Krijgen we hier ook een passende vergoeding voor als dit aan ons wordt gevraagd? Binnen welke tijd moeten we beschikbaar zijn?	Nee, de tarieven zijn inclusief tijd voor afstemming.
135	PvE 2.6	acceptatieplicht neem ik alleen als we de juiste zorgtoewijzing met de juiste hoeveelheid uren voor de zorg krijgen?	De zorgproducten zijn gemaximeerd en de meest passende zorg wordt toegewezen. Zorgaanbieders die hiervoor ingeschreven staan conformeren zich aan de acceptatieplicht.

136	PvE 2.7	De gemeente geeft aan dat de zorgaanbieder de tolk zelf moet betalen. In een recente casus moest een tolkdienst Tigrinya ingeschakeld worden. Navraag bij een tolkencentrum leerde dat de prijs voor een telefonische tolkdienst € 120,25 excl. BTW en € 145,50 incl. BTW is. Zorgaanbieders kunnen de BTW over het algemeen niet terugvragen. Gezien de grote groep vluchtelingen die deze taal spreekt is het niet ondenkbeeldig dat dit tarief regelmatig naar voren komt. Van een zorgaanbieder kan niet gevergd worden dat een zaak wordt aangenomen waarvan de kosten die voor rekening van de aanbieder komen, hoger zijn dan het tarief per uur dat de aanbieder zelf krijgt. Mede ook omdat een zaak niet geweigerd kan worden vanwege de hoogte van de tolkkosten. Dit doet zeker geen recht aan het uitgangspunt van de gemeente: een reëel tarief. Hoe denkt de gemeente deze last op te lossen en van de schouders van de zorgaanbieders af te halen.	Zie het antwoord op vraag 36.
137	PvE 2.8	wat als client zich beroept op de privacy? Moet altijd de lokale toegang betrokken worden?	In principe wordt de lokale toegang altijd betrokken, vanuit de ambitie dat deze een meer centrale plek krijgt in het traject. Het doel is het zicht houden op een traject, de duur ervan en het afschalen van zorg waar mogelijk. Bij formeel bezwaar van opvoeders is dit niet mogelijk.
138	PvE 2.13	ook hier de privacy vraag. Waarom moet de toegang betrokken worden?	Zie het antwoord op de vorige vraag.
139	PvE 3.1	verouderde tekst denk ik? Istandaard 1 is al niet meer van toepassing en volgens mij is alles ook declaratie ipv facturatie? De termijn van starten met de hulpverlening na het afgeven van het 301 bericht staat haaks op het geen in 2.6 (binnen vier weken na verstrekken van de opdracht beginnen) staat. Om discussie in de praktijk te voorkomen is het goed dit met elkaar in overeenstemming te brengen	Termijn dient van start verwijzing tot start zorg maximaal 45 dagen te zijn.
140	PvE 4.1	punt 3. Kan de gemeente aangeven hoe t.a.v. individuele dossiers dit in het licht van de AVG wordt afgehandeld? Regelt de gemeente een machtiging?	De lokale toegang heeft een privacy reglement in overeenstemming met de AVG.

141	PvE 4.4	<p>Hoe ziet de gemeente het budgetplafond in het licht van de eis verwoord in 2.6 (de acceptatieplicht)? Dit kan botsen als het budget “op” is. Weigeren zou dan op deze grond niet mogen. Het gaat om contractspartijen waarbij zij over een weer de redelijke belangen van elkaar in het oog moeten houden. Het mag dan niet zo zijn dat vanuit dit redelijk belang door de gemeente wordt verwacht dat de zorgaanbieder casussen pro deo gaat behandelen. Bovendien botst dit ook met het beginsel van de reële kostprijs (4.5).</p>	<p>Dan dient er naar een andere partij verwezen te worden waarbij het budgetplafond nog niet bereikt is. Indien geen mogelijkheden dan volgt overleg met Gemeente/Contractmanagement.</p>
142	PvE 4.5	<p>Laatste alinea. Een maximale winst van 10% is in de zorg een geaccepteerd uitgangspunt. In de laatste zin wordt aangegeven dat de gemeente het inkooptarief voor de betreffende organisatie kan bijstellen. Het gaat hierbij om gelijkwaardige contractspartijen. Van de gemeente mag dan ook verwacht worden dat de gemeente voor het sluiten van het contract al de criteria aangeeft. Dit voorkomt willekeur en de zorgaanbieders wet vooraf waar men aan toe is. Als de zorgaanbieder niet akkoord is met wat de gemeente wil, mag het contract opgezegd worden en hoelang van te voren komt de gemeente hiermee. De jaarcijfers zijn na het afsluiten van een kalenderjaar beschikbaar. Hoe ziet de gemeente dan “het opvolgend jaar”? Moeten er 9 maanden voor het eind van het jaar financiële cijfers aangeleverd worden? Kortom 4.5 is te onduidelijk.</p>	<p>Geldt voor het jaar daarop: voorbeeld>> winst 2020 wordt pas in het tarief 2022 in dit voorbeeld bijgesteld/verrekend. In bijv. zomer 2021 in dit voorbeeld zijn meestal de jaarcijfers bekend.</p>
143	in één keer goed	<p>“In één keer goed” is mooi uitgangspunt en daar streven volgens ons alle aanbieders wel naar. Alleen dat veronderstelt een volledige maakbaarheid van dit deel van onze samenleving. De praktijk geeft voldoende indicaties dat een groot deel van deze maakbaarheid niet realistisch is en nog de nodige tijd vraagt.</p> <p>De verklarende analyse vraagt een uitgebreide deling van informatie over een gezin/systeem/cliënt. Is hier AVG-technisch e.e.a. bij de gemeenten op voorbereid en beschikbaar?</p>	<p>Zie het antwoord op vraag 141. Daarbij, een verklarende analyse wordt gemaakt samen met het gezin/systeem.</p>

144	Toegangsm nagement	Heeft het CJG voldoende capaciteit om deze betrokkenheid ook daadwerkelijk te kunnen bieden?	De komende periode werken de regiogemeenten aan het op gewenste sterkte brengen van de lokale toegang.
145	Toegangsm nagement	Het vergt goede werkafspraken om te zorgen dat ieder vanuit zijn rol en deskundigheid kan werken, we zijn benieuwd hoe de regio dit ziet? En uiteraard willen we bijdragen aan werkbare samenwerkingsafspraken.	De inspraak op de inkoopstukken is een stap naar helderheid over werkafspraken. Aan deze afstemming geven we na 2022 structureel vorm in de accountgesprekken met zorgaanbieders.
146	Toegangsm nagement	Informeert de regio de cliënt en de ouders dat CJG bij hun betrokken wordt? En dat zorgaanbieders inhoudelijke informatie met CJG moeten delen?	Zorgaanbieders en lokale toegang dienen in het kader van de AVG informatie uitwisseling over jeugdigen en opvoeders formeel op orde te hebben. Als de verwijzing via een andere verwijzer loopt, verwachten wij van de aanbieder dat deze met de ouder de toegevoegde waarde van het CJG op een traject bespreekt en samen kijkt of dat voor dit gezin ook aan de orde is.
147	Toegangsm nagement	Wat is het beleid van de regio indien cliënt en/of ouders geen betrokkenheid van CJG willen?	De regio heeft hier geen beleid op. Alle bij de hulp aan jeugdigen en opvoeders betrokken organisaties hebben zelf de privacy geregeld in de lijn met wet- en regelgeving en handelen daar naar. De regio vraagt om de afstemming met het CJG vorm te geven in overleg met jeugdige en opvoeders binnen de wet- en regelgeving.
148	Toegangsm nagement	Voor de zorgaanbieder die een verwijzing via de medische verwijsroute krijgt; kind en ouders informeert over de meerwaarde van betrokkenheid CJG; desondanks kind en/of ouders geen betrokkenheid CJG willen; kunnen de eisen van betrokkenheid CJG niet uitgevoerd worden. Hoe verloopt dan een eventuele verlenging van een zorgtoewijzing?	In dat geval zal de opvoeder terug moeten naar de medisch specialist voor een nieuwe verwijzing.