

Nota van Inlichtingen bij bestuurlijk aanbesteden regio Lekstroom

Voorstellen en reacties op stukken fysieke overlegtafel 18 juni 2015

Voorstel aanbieders	Reactie Lekstroom
<p>Praktijk voor Psychiatrie Leiblum Naar aanleiding van de stukken wil ik daar zeker op reageren. Het valt mij op dat het vooral gaat om procesmatige (financiële) problemen en niet om patiëntgebonden problematiek. Er wordt aangegeven dat er teveel kleine partijen zijn en dat dat te veel is voor het buurtteam. Dit is echter de bedoeling van de overheid en de afgelopen jaren zo gecreëerd met als doel marktwerking te bevorderen. Er is nog steeds sprake van vrije artsen keuze en moeten ouders zelf de keus kunnen maken bij wie ze terecht willen. Ouders geven vaak de voorkeur aan kleine praktijken en instellingen vanwege het meer persoonlijke karakter en niet het gevoel een nummer te zijn. Als (deels) vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiater heb ik met 7 regio's contracten en uiteindelijk meer dan 50 verschillende gemeentes. Iedere gemeente wil op zijn eigen manier werken met eigen regels en vergoeding.</p> <p>Is het niet de omgekeerde wereld als een buurtteam het lastig vindt om met kleine aanbieders te moeten werken terwijl aanbieders zoals ik met 50 gemeentes moet werken. De tijd die ik zou kunnen besteden aan inhoudelijke zorg gaat steeds meer op aan het leveren van cijfers, overzichten en administratie.</p>	<p>Wij begrijpen dat de huidige wijze van organiseren in regio's voor u als aanbieder extra administratie met zich meebrengt. Wij sluiten als regio zoveel mogelijk aan bij de landelijke standaarden ten aanzien van monitoring, melding kind in zorg en facturatie.</p> <p>Het vergt voor beide zijden inzet om elkaar te leren kennen. De lokale teams hechten er juist aan om zo lokaal mogelijk te werken en willen die inzet daarom ook graag leveren. Voor u zou het een optie kunnen zijn om te kijken of u zich in een wat groter administratief verband kunt organiseren om op die manier efficiënter te kunnen werken.</p>
<p>Daarbij is ook nog het probleem rondom de privacy en medisch beroepsgeheim. Er wordt telkens gevraagd dit te schenden om allerlei gegevens aan te leveren aan mensen zonder BIG registratie of passende opleiding om te kunnen beoordelen of er gepaste zorg wordt geboden en een beschikking af te geven. Het is voor veel ouders en patiënten zeer onduidelijk waar al hun gegevens terecht komen en ik deel die zorg. Tijdens contacten met het buurtteam heb ik, ondanks de goede bedoelingen, regelmatig ervaren dat er onvoldoende deskundigheid aanwezig is om de (psychiatrische)problematiek adequaat te kunnen inschatten en begeleiden. Het is mij duidelijk dat de meeste keuzes niet worden gemaakt op basis van inhoudelijke goede zorg maar met name gestuurd vanuit de bezuinigingen vanuit de overheid. Het punt wat o.a. wordt gemaakt in de stukken lijkt te gaan om meer gemak voor de buurtteams en niet gericht op kwaliteit van zorg. Dat lijkt mij niet de goede insteek.</p>	<p>De lokale teams in regio Lekstroom zijn bemenst met professionele krachten, die dagelijks omgaan met privacy gevoelige informatie.</p> <p>Op dit moment wordt gewerkt aan aanvulling van de jeugdwet om de noodzakelijke uitwisseling van gegevens een heldere wettelijke basis te geven. In de tussentijd volgen we het standpunt van de VNG, die als uitgangspunt heeft dat persoonsgegevens op een factuur nodig zijn om de rechtmatigheid vast te stellen.</p> <p>Juist de regiefunctie van de lokale teams draagt bij aan de kwaliteit van de zorg en</p>

	<p>voorkomt dat er meerdere hulpverleners in 1 gezin komen, die dat van elkaar niet weten. Inmiddels is er een 'Veegwet' door het ministeri van VWS in de Tweede kamer ingediend. Deze wet regelt onder andere het verwerken van persoonsgegevens bij het factureren van de geleverde Jeugzorg. De verwachting is dat deze wet in 2015 wordt aangenomen, en in 2016 in werking zal treden.</p>
<p>Eleos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geen contract is 30% korting, is dat op alle tarieven of bepaalde producten? 2. Met toestemming de bestaande contracten openbreken en bestuurlijk aanbesteden. Hierbij hanteren ze een ondergrens (nntb) vwb het aantal cliënten, om hoeveel gaat dit dan? 3. Ze willen de productstructuur vereenvoudigen en toe naar een alternatieve financieringssysteem voor de DBC's. Echter hoeven we hierin niet mee te gaan (zie eerdere reactie vanuit Eleos aan dhr Kersten hierover) 4. ze willen meer uniformering in het hanteren van de productstructuur door de aanbieders, kan dat verder worden uitgewerkt? 5. Meer flexibiliseren van de voorkant (intake, trajecten afschaffen, etc), trajectafspraken? 6. Ze willen ontkokering aanmoedigen (innovatie), hoe?? 7. Afschaling blijft een doel, moet je wel bespreken op welke manier! 8. Ze nodigen aanbieders uit om vraaggericht (middels casusistiek) te innoveren, hoe?? 9. Ze willen een totaalprijs aanbieden, zonder voorschotten, geen optie! <p>Opmerkingen Eleos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identiteitsgebonden zorg wordt nergens genoemd. Dit is het type zorg dat bij uitstek maatwerk nodig heeft en heel specifieke kennis en aanpak. Het zijn complexere klanten. Indien we beter uitkomen met een alternatieve financieringssysteem zoals ik eerder vandaag opperde, moeten we dit ondersteunen. 2. Uniformering zijn we niet voor. De klantengroepen van de aanbieders kan enorm verschillen. Dit staat overigens ook tegenstrijdig op de doelstelling om meer te flexibiliseren. 3. Eleos doet graag mee aan innovatie. Casusistiek hiervoor ontvangen we graag (of leveren we zelf aan?) 4. Voorschotten zijn en blijven voor ons noodzakelijk om de liquiditeitspositie (helemaal in een veranderende financieringssysteem) te handhaven. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, op alle tarieven 2. Dit wordt nog uitgewerkt. 3. Dit is onderdeel van de overlegtafel, wij zullen inbrengen dat u hier geen voorstander van bent. 4. Ja, volgt in latere overlegtafels. 5. Wij begrijpen deze vraag niet. 6. Door de regiefunctie van de lokale teams en door het voor aanbieders mogelijk te maken om flexibeler om te gaan met de inzet van producten. Een J&O aanbieder kan in 2016 bijvoorbeeld ook op een product uit de KmB sector schrijven. 7. Mee eens, dit is ook een onderwerp in de fysieke overlegtafel. 8. Dit is onderdeel van de fysieke overlegtafel, wij horen graag initiatieven van aanbieders. 9. Wij willen graag maandfacturen introduceren, zodat voorschotten niet meer noodzakelijk zijn. <p>De opmerkingen zijn grotendeels beantwoord via de bovenstaande vragen.</p> <p>1 Het is ons niet duidelijk waarom bij cliënten die kiezen voor identiteitsgebonden zorg sprake zou zijn van 'complexere klanten'.</p>

	2 Keuzevrijheid is één van de uitgangspunten in onze regionale beleidsnotitie. Maar dat houdt niet in dat we alle organisaties die een specifieke identiteit hebben ook zouden moeten contracteren.
<p>Indigo Midden-Nederland (vanaf 1 juni 2015 ontstaan door fusie van uw GBGGZ zorgaanbieder AZmn en Indigo Centraal)</p> <p><u>Toevoegen Umami prestatie (conform ontwikkeling VGZ)</u> Coöperatie VGZ heeft in 2015 samen met acht ggz-organisaties een behandelprestatie ontwikkeld voor mensen met angststoornissen of depressies. Deze patiënten zijn uitstekend binnen de generalistische basis-ggz te behandelen, maar de behandelduur is daar doorgaans te lang voor. Daarom vallen ze nu nog onder de specialistische ggz. In de nieuwe prestatie, UMAMI genoemd, mag de behandeling 1300 tot 1800 minuten duren. En valt hij nog binnen de basis-ggz. Met goedkeuring van de NZa. Wij stellen voor ook deze prestatie in de J-GGZ in te voeren.</p>	Interessant voorstel, nemen we mee graag bij de uitwerking van de jGGZ producten.
<p><u>Medicamenteuze behandeling chronisch</u> Ruim 36 procent van onze cliëntèle in de J-GGZ wordt behandeld binnen de prestatie chronisch. Het betreft patiëntprofielen, waarbij min of meer gestabiliseerde chronische, complexere cliënten, in 40% van de gevallen terugverwezen uit de SGGZ, door Indigo Centraal worden behandeld.</p> <p>Binnen deze groep cliënten, is het in een deel van de gevallen denkbaar dat de huisarts zelf (met de POH-GGZ) de (onderhouds)behandeling en terugvalpreventie verzorgt. We zien echter vaak dat de huisarts een beroep op ons doet, mede in verband met het medicatiegebruik van de cliënt, het specialisme dat we in huis hebben (verpleegkundig specialist, psychiater en kinderarts) en de relatie met de behandelaars uit de SGGZ. Laag frequente behandelcontacten, veelal medicamenteuze controle, kenmerken deze groep, wat leidt tot een beperkte minutenvulling van de prestatiechronisch.</p> <p>Door onder andere de eisen op het hoofdbehandelaarschap in overige prestaties zijn wij genoodzaakt de prestatie chronisch te declareren. Hierdoor ontvangt u als gemeente een te relatief hoge nota. Wij pleiten er dan ook voor om kleiner product te introduceren, dat qua omvang vergelijkbaar is met prestatie middel en qua condities met prestatie chronisch. Op deze manier kunt u kosten besparen en tegelijkertijd kwalitatief goede zorg blijven bieden. Eventueel kan deze prestatie tevens gebruikt worden voor behandelingen waarbij cliënt na beperkt aantal behandelcontacten besluit de behandeling te staken of behandelaar en cliënt overeenkomen dat vervolgbehandeling niet langer nodig is. Op dit moment is het niet mogelijk om in kleiner product te sluiten in verband met eisen aan hoofdbehandelaarschap.</p>	Ook deze suggestie nemen we mee bij de uitwerking van de jGGZ producten.
<p><u>Regiemodel binnen netwerk J-GGZ</u> Wij onderkennen het belang om hiermee te streven naar goede samenhangende zorg waarin een psychische</p>	Binnen Lekstroom staan de cliënt ook centraal,

<p>aandoening bij een kind of jeugdige door de huisartsenzorg, de GB-GGZ, dyslexiezorg of de S-GGZ snel en effectief worden behandeld. Uw ambitie gaat nog een stap verder, namelijk de gedachte van één gezin, één plan. Ook deze onderschrijven wij. De complexiteit van het speelveld en spelers wordt echter groter. Om deze gedachte goed uit de verf te laten komen, is nauwe samenwerking binnen het netwerk van J-GGZ aanbieders een voorwaarde. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de patiënt en/of het gezin wordt georganiseerd, en niet andersom. Dit betekent dat zorgaanbieders in de GGZ continu passende en doelmatige zorg bieden, steeds weer de vraag stellen wat iemand nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet.</p> <p>In de praktijk zien we echter dat dit om praktische redenen nog niet haalbaar is. We kunnen bijvoorbeeld niet op een transparante, verantwoorde wijze cliënt informatie uitwisselen, laat staan op gezinsniveau. Dit leidt ertoe dat elke speler in het netwerk bijvoorbeeld zijn eigen dossier aanlegt en het delen van informatie stagneert.</p> <p>Indigo Centraal heeft binnen de volwassenenzorg ervaring opgedaan met een vorm van ketensamenwerking. We hebben een raamovereenkomst gesloten met Diamuraal. Diamuraal organiseert voor de aangesloten huisartsen in regio Eemland de onderdelen E-health en consultatie binnen het GGZ dossier. Voor het maken van deze lokale afspraken zijn naast een gezamenlijke visie, concrete afspraken nodig over:</p> <ol style="list-style-type: none"> De organisatie van een protocol consultatie GGZ. De bekostiging van consultatieve functies. De communicatie over patiënten tussen de huisartsenzorg en de GGZ aanbieders. De ondersteuning van het e-health en communicatiesysteem van ZorgIQ. De kwaliteit van de zorg (randvoorwaarden/indicatoren/dataverzameling). <p>De raamovereenkomst staat open voor alle zorgaanbieders in huisartsenzorg of GGZ die voldoen aan de voorwaarden die Diamuraal aan partijen stelt, om zo samenwerking verder te vergroten.</p>	<p>de regievoering van tweedelijns zorg ligt bij de lokale teams.</p> <p>Wij nemen graag kennis van Diamuraal, maar doen nu geen toezeggingen hierover. Wij vragen ook van de jGGZ aanbieders dat zij samen met het gezin en het sociale team zoeken naar de beste oplossing op de vraag van het gezin.</p>
<p>Voor de JGGZ zien we mogelijkheden in een regiemodel, waarbij één zorgaanbieder de regisseur is en andere partijen aanhaakt. Uitdagingen zijn hierbij vergelijkbaar als bij Diamuraal. We zouden een goed werkend J-GGZ netwerk graag met uw regio en de J-GGZ spelers willen realiseren. Dit kan echter niet binnen de huidige bekostigungsstructuur. Wij pleiten er daarom ook voor een innovatiebudget vrij te maken om benodigde vernieuwingen voor doelmatigere en betere zorg mogelijk te maken.</p>	<p>Regio Lekstroom heeft de regiefunctie reeds belegd bij de lokale teams, hier hoeft dus niet meer apart budget voor te worden vrijgemaakt.</p>
<p>Psychologisch Pedagogisch Adviesbureau Houten & Orthopedagogische Psychologische Praktijk Heeroma Notitie zorginkoop 2016 en verder, hoofdstuk 4, kopje jeugd (blz 6):</p> <ol style="list-style-type: none"> Het ontkokeren en ontschotten vinden wij een goed idee. Met het oog op 'ontschotting', is het ook belangrijk dat twee verschillende hulpverleners tegelijkertijd een kind/jongere in behandeling/onderzoek kunnen hebben en er vervolgens door beiden gedeclareerd kan worden. Bv de kinder-Jeugdpsycholoog is bezig met de behandeling van een kind, maar wil dat het kind ook gezien wordt door een psychiater bv met het oog op inschatting van medicatie. Het is nadelig voor de behandeling van de 	<p>Punt 1 en 2: nemen we mee bij de uitwerking van de jGGZ producten.</p>

<p>cliënt en dus voor de cliënt, als de behandeling tijdelijk 'gestopt' moet worden en later weer aangemeld moet worden om verder te kunnen gaan met de behandeling omdat er geen twee GGZ contacten parallel kunnen lopen. Voor het behandelproces betekent dit vertraging en voor de hulpverleners en gemeente extra administratieve handelingen met de daarbij horende extra kosten. Ook bestaat er binnen een samenwerkingsverband expertise verschil, waardoor een collega soms een kort onderzoekstraject binnen de behandeling doet.</p> <p>2. Het vereenvoudigen van de productstructuur juichen wij toe. Aandachtspunten hierbij:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een productstructuur ontwikkelen die rekening houdt met het specifieke van de hulpverlening aan kinderen, dus ook het systemisch aspect meeneemt. - niet gelijke prijzen voor zelfde zorgtypes naar aanbieder, maar daarin rekening houden met welk niveau van zorg de aanbieder levert (vaak gebonden aan opleidingsniveau). Blijven inzetten op kwaliteit van zorg. <p>3. opletten dat er voor cliënten niet te veel schijven in het proces zijn, dus niet van sociaal team naar hulpverlener en daarna weer van hulpverlener naar sociaal team. Te veel schijven bevordert afhaken in de hulpverlening en scheidt het risico dat er overlap is in handelingen/activiteiten.</p>	<p>Punt 3: We gaan met de aanbieders in overleg over de afstemming en samenwerking tussen aanbieders en het sociaal team. Doel van de regiefunctie van het sociaal team is om te komen tot één gezin, één plan. Dat mag inderdaad niet leiden tot meer schijven in het proces.</p>
<p><u>Blz 8 kopje 'meer inzetten op transformatie'</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een minimaal aantal cliënten genoemd. Graag willen wij zo snel mogelijk duidelijkheid over welk aantal dit gaat. We zien wel bezwaren (even dus zonder te weten om welke aantallen het gaat). Het aantal cliënten zegt niets over de kwaliteit en duur van de zorg en de aard/ intensiteit van de zorg die er geboden wordt. Bovendien bestaat het risico dat door het stellen van een hoog cliëntenaantal als norm een goed functionerend hulpverleners aanbod voor kind en jeugd in Houten niet meer kan functioneren. Een aanbod waarbij de betreffende praktijken jaren lang zijn ingebed in de gemeente Houten, er veel lijnen liggen naar huisartsen, hulpverleners, onderwijs, er deel wordt genomen aan diverse overleg organen, etc. Juist de kleinere praktijken kunnen dichtbij, cliëntgericht, snel en efficiënt hulp bieden, dus zorg op maat bieden. - Het samenwerken met de sociale teams vinden we een pre, en ook de optie van ingehuurd worden door het sociale team voor bv consultatie. Wij willen hier graag in overleg over met de sociale teams. - We ondersteunen de uitgangspunten van samenwerking met het sociale team Er wordt gesproken over administratieve belasting, zo langzamerhand lijken de ICT problemen opgelost te gaan worden, volgend jaar zullen daar veel minder problemen zijn omdat de systemen zijn aangepast. 	<p>Wij komen in juli terug op de bepaling over het minimaal aantal cliënten.</p> <p>De samenwerking tussen de aanbieders en de lokale teams is een onderwerp op de overlegtafels. Daarnaast is het juist de bedoeling dat lokale vrijgevestigden en de lokale teams elkaar kennen en weten te vinden, zonder dat gezinnen het gevoel hebben dat ze alsmaar worden doorgestuurd.</p> <p>Goed te horen dat de ICT problemen opgelost worden, wij werken hier graag aan mee.</p>
<p>Basisovereenkomst <u>Artikel 5 uitsluiting deelname dienstverleners</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bijlage 4 waarnaar in de tekst verwezen wordt, zit niet bij de stukken. - 5.2 uit de tekst wordt niet helemaal duidelijk wat het uitgangspunt is: is er wel of niet een certificaat nodig (er staat eerst wel, maar er zijn veel uitzonderingsmogelijkheden). Wij pleiten ervoor dat certificaten van alle betrokken hulpverleners bij contractanten met ondertekening van het contract worden overlegd als bewijsstuk van bekwaamheid en het borgen van kwaliteit. 	<p>Bijlage 4: klopt, dat moet bijlage 2 zijn, en die staat op de website (de link is daar aangegeven). Is in de overeenkomst gewijzigd 5.2: we zullen dit artikel verduidelijken en nemen de suggestie om de certificaten te</p>

Artikel 7 inkoopnetwerk

Uiteraard willen we graag actief deelnemen aan eventuele werkgroepen van het inkoopnetwerk.

7.6 Eén week om te reageren is kort, 10 of 14 dagen geeft de kans de voorstellen onderling te bespreken en een zorgvuldige en constructieve reactie te geven.

Artikel 8 website

Het was fijn dat we deze keer een aankondiging van de stukken op de website kregen, graag dit ook in de toekomst als er nieuwe stukken op de website geplaatst worden.

Artikel 11 deelovereenkomst

Algemeen: hoe worden de deelcontracten vormgegeven? Krijgt men bv een 'heel' deelcontract jeugdhulp of wordt dit in de genoemde modules gehakt. Er staan voorzieningen in de modules die niet van toepassing zijn op bepaalde zorgverleners (bv C4 vervoer of C3 persoonlijke verzorging). Bij het opdelen van de deelcontracten bestaat het gevaar voor 'versnippering'. We moeten voorkomen dat cliënten naar meerdere hulpverleners moeten gaan als dit niet nodig is.

punten h en i : er wordt gesproken over 'kritische succesfactor en faalfactor' wat is dit concreet en hoe wordt dit gemonitord?

Artikel 14 toetreden nieuwe dienstverleners

Hoe moeten we dit zien in relatie tot het beschikbare budget in een jaar. Kan dit betekenen dat door het intreden van een aantal nieuwe hulpverleners gedurende het jaar, het begrote budget voor het einde van het jaar op is?

overleggen mee. Is in de overeenkomst aangepast, waarbij er rekening gehouden is met een verschil tussen certificering en registratie, alsmede met overgangsrecht zoals aangegeven in H10 Jeugdwet.

We proberen de stukken zo snel mogelijk te publiceren, maar kunnen niet toezeggen dat dit sneller dan 1 week van te voren lukt.

We zullen dit doen voor de bij ons bekende e-mailadressen; echter ook deze keer ontvangen wij 10 foutmeldingen op e-mailadressen, die wij niet kunnen checken. Daarom is het zelf in de gaten houden van de website aan te raden.

Er komt 1 deelovereenkomst voor de jeugdhulp, waarin we verschillende bijlage met kwaliteitseisen per product opnemen. In elk geval zullen we zorgen dat er geen versnippering optreedt, als gevolg van de opzet van de deelovereenkomsten.

In de deelovereenkomst gaan we samen met de aanbieders kijken wat de kwaliteitseisen zijn; daarmee of we deze kunnen opnemen, en zo ja, hoe. Dit zal dus onderwerp van de overlegtafel zijn.

Bij bestuurlijk aanbesteden maken we in principe geen volumeafspraken. We zijn daarmee dus inderdaad afhankelijk van het aantal doorverwijzingen, en de prijzen per traject. Dit kan ertoe leiden dat de kosten boven het begrote budget dreigen te komen. Wij zullen in de overlegtafel brengen hoe wij hiermee om kunnen gaan, zodat gemeenten geen enorme financiële risico's lopen.

<p><u>Algemeen punt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is binnen Lekstroom 28 miljoen beschikbaar voor jeugdhulp in 2015. Landelijk is vastgesteld dat er 10% van het bedrag gereserveerd wordt voor de vrijgevestigden. In Lekstroom wordt gesproken over een bedrag van 2.3 miljoen. Hoe moeten we dit zien en wat gaat de regel worden in 2016? - We vragen aandacht voor het bewaken van de privacy van cliënten 	<p>Het bedrag van 2,3 miljoen is een gereserveerd bedrag over 2015. Voor 2016 geldt ook het bovenstaande, we maken in 2016 in principe geen volumeafspraken per aanbieder.</p> <p>Privacy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gemeenten hebben de persoonsgegevens van cliënten nodig voor de afhandeling van de facturen. Zie eerdere opmerking over de op handen zijnde Veegwet - uitgangspunt is wel dat lokale teams een regiefunctie hebben, en daarmee ook inzicht moeten hebben in de gegevens van cliënten. Wij zullen dit onderwerp agenderen in de overlegtafel over de samenwerking tussen aanbieders en lokale teams.
<p><u>Innovatieve voorstellen en aandachtspunten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Een aantal van de innovatieve voorstellen zijn in het beleidsstuk en basiscontract verwerkt. - Zo juichen wij het doorbreken van de huidige producten structuur met het opzetten van een nieuwe structuur die beter past en zorg aan kind en jeugd en die veel transparanter is dan het huidige systeem, toe. Ook zijn wij groot voorstander van ontschotting in de zorg en samenwerking. - Verder pleiten wij voor dat binnen de jeugd GGZ de classificatie van stoornissen volgens de DSM systematiek niet meer leidend is, oftewel dat de financiering niet afhankelijk is van wel/niet hebben van een stoornis. Er wordt door de financiële prikkel op dit moment over- gediagnosticeerd, immers, zonder stoornis geen vergoede zorg. Kinderen en hun gezinnen zonder DSM classificatie krijgen geen vergoede zorg terwijl er wel grote problemen zijn en de ontwikkeling van kinderen door deze problemen wordt bedreigd. DSM classificaties die niet terecht zijn hebben grote invloed op de hoeveelheid en zwaarte van de te gebruiken zorg, op het kunnen volgen van onderwijs en het vinden van werk. Uiteraard moet er gekeken worden of er recht op / indicatie voor zorg is, zowel het sociaal team als de huisartsen kunnen hier een goede inschatting van maken. - Behouden wat van waarde is en goed functioneert. - Diagnostiek ook voor de wat eerst de G-BGGZ mogelijk maken qua financiering. Hier ook duidelijke kaders bij aangeven. Voordelen: goedkoper dan de S-GGZ, dichterbij, laagdrempelig, bij vrijgevestigden kleinschalig en niet verschillende hulpverleners voor diagnostiek, behandeling, etc. - Ondersteuning door GZ psychologen van bijvoorbeeld de peuterspeelzaalorganisaties en onderwijs. Dit 	<p>Wij nemen uw voorstellen en aandachtspunten mee bij de uitwerking van de jGGZ producten. Ondersteuning door GZ psychologen bij peuterspeelzalen en onderwijs: wij zijn in overleg met het samenwerkingsverband van onderwijsinstellingen in onze regio. We hechten veel belang aan een goede samenwerking, maar het onderwijs heeft hier wel een eigen verantwoordelijkheid en budget, die wij als gemeenten niet kunnen en niet willen overnemen. Gemeenten hebben momenteel diverse pilots lopen op scholen, met de inzet van J&O aanbieders en schoolmaatschappelijk werk, bekostigd vanuit de gemeente.</p> <p>Administratieve lasten: wij zijn ons ervan bewust dat de administratieve lasten voor</p>

<p>kan uitstekend ook vanuit de vrijgevestigde praktijken met de reeds bestaande lijnen. Juist dan wordt de zorg rondom het kind en gezin dichtbij en effectief ingezet waardoor hogere kosten op een later moment voorkomen worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ook pleiten wij voor een verlichting van de administratieve belasting. Zie hiervoor ook de diverse onderzoeken die nu verschijnen over (de kosten van) administratie in de zorg. Meer uitgaan van binnen redelijke grenzen het vertrouwen in elkaar hebben. - Daarnaast zien wij graag een transparante zorg zonder dat de controle de zorg over gaat nemen. Duidelijk maken: wie doet wat tegen welke kosten. 	<p>aanbieders zijn toegenomen. Door aan te sluiten bij landelijke standaarden proberen wij deze te beperken.</p>
<p>Syndion <u>Pagina 7: Voorstel voor inkoop 2016</u> Jeugd: 2^e bullit: Wel <u>prijsafspraken</u> maar geen <u>volume-afspraken</u> voor alle overige zorgvormen. Voorwaarde: goed monitoren voor tijdig beschikbaar. Laatste alinea: De belangrijkste uitgangspunten.... inhoud uitgangspunten, Prima! Kwaliteit staat voorop(pag 8): pas op voor 'extra' administratieve lasten.</p> <p><u>Pagina 8: laatste alinea AWBZ/Wmo</u> Totaalprijs afspreken: Dit vraagt om dialoog om hiertoe te komen, vinden wij een goed streven.</p> <p>Pagina 9: Voorstel: Akkoord</p>	<p>We zullen inderdaad de uitgaven goed gaan monitoren, zodat we tijdig weten welke zorgvormen worden ingezet en of we binnen het budget blijven.</p> <p>We beseffen dat de monitoringsmaatregelen extra administratie betekenen voor aanbieders, en we zullen proberen zoveel mogelijk aan te sluiten bij landelijke afspraken.</p> <p>De wijze van factureren bij de WMO zal in overleg met de aanbieders worden besproken.</p>