

NR	Zienswijze/reactie	Verwerking
Adviesraad Gooise Meren		
1.	Meerdere aanbieders contracteren versus minder aanbieders. Pag. 5/6 e.v. Keuze van bewoners vergroten door meerdere aanbieders en tegelijkertijd contracteren wij minder, wens van aanbieders langer en beter contracten en dat het aanbod niet zo versplinterd zoals nu het geval is. Contracteren van minder aanbieders om versplintering te voorkomen en grip op aanbod te behouden.	Op dit moment hebben gemeenten zo'n 400 aanbieders gecontracteerd voor de levering van zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Wanneer dit aantal aanbieders wordt teruggebracht, hebben gemeenten nog steeds (veel) keuzevrijheid. We zien dat op dit moment ongeveer 25% van de aanbieders 75% van de cliënten bedient. We zien ook dat we aanbieders hebben gecontracteerd die slechts één inwoner voorzien van zorg/ondersteuning.
2.	Gemeenten garanderen een basiskwaliteit van zorg en ondersteuning. Pag. 4 3.3. punt 5 Zorgaanbieders kunnen de zorg niet meer garanderen. Pag. 6 4.1 punt 3.	We moeten hier het onderscheid maken tussen de kwaliteitseisen die gemeenten stellen aan ingekochte zorg en ondersteuning en de personeelstekorten in de zorg. Partijen mogen niet onder de kwaliteitsstandaard zorg en ondersteuning leveren. Wel zie je dat wegens personeelstekorten aanbieders minder snel hulp kunnen leveren en inwoners langer moeten wachten op de benodigde zorg en ondersteuning.
3.	Wij zijn benieuwd naar de financiële vertaling van de uitgangspunten. <ul style="list-style-type: none"> • Pag. 4 geeft een schema weer. In de periode 2014-2019 hebben gemeenten de voorzieningen gezamenlijk ingekocht en beheerd. Het overzicht Toewijzing en declaratie (2018) laat een overschot zien: meer toewijzing dan gedeclareerd. • Pag. 7 4.1 punt 6 worden problemen met declaraties gesignaleerd. • Pag. 6 4.1 punt 3 'duurdere zorg' en pag. 14 4.2.9 eerste alinea 'kosten opdrijvende effect'. • Op pag. 14 is er sprake van een stijging van 60% 	Desgewenst kunnen wij u hier t.z.t. nader over informeren. Zie de reactie bij opmerking 60. Wij zijn van harte bereid om u tijdens een informatiesessie nader te informeren over de ontwikkeling van uitgaven voor maatwerkvoorzieningen in het sociaal domein.

	wat betreft uitgaven sociaal domein	
4.	<p>Pag. 2 Tweede alinea Punt 2 Inwoners eerder, beter en nabij ondersteunen Eerder; hoe ga je dit realiseren?</p>	<p>Dit is door een scala van investeringen en maatregelen te bewerkstelligen. O.a. door te investeren in een breed aanbod van onderwijs, sport, welzijn en cultuur. Door te zorgen voor een laagdrempelige toegang tot hulp en ondersteuning door een netwerk van partners in de wijk, op school etc. Door ervoor te zorgen dat inwoners zoveel als mogelijk thuis in plaats van in een instelling worden ondersteund etc etc.</p>
5.	<p>Punt 4 Te demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen Hoe verhoudt dit met de notitie Onderwijsachterstandenbeleid (OAB), waarin sluiting van de PSZ vermeld staat? Er blijft in Bussum een PSZ open, voor zover bekend.</p>	<p>Het uitgangspunt van demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren is algemeen van toepassing. Ook voor peuterspeelzalen. Dit uitgangspunt staat los van het feitelijk aantal peuterspeelzalen in de gemeente.</p>
6.	<p>Blz. 3 Een individuele voorziening (ook wel maatwerkvoorzieningen genoemd) is specialistisch van aard en afgestemd op de persoonlijke situatie van inwoners. Wat is specialistisch aan huishoudelijke hulp, want dit is een individuele voorziening?</p>	<p>Voor de medewerkers en de hulp gelden specifieke kwaliteitseisen. Dat maakt de hulp specialistisch.</p>
7.	<p>Blz. 4 schema Aantal cliënten leerlingen vervoer bedraagt 746 (schema pag. 4) en het aantal klachten is 249 (schema pag. 1 van de bijlage.) Dus 33% heeft te maken met</p>	<p>Deze conclusie kan niet getrokken worden. Het betreft geen 249 unieke inwoners met een klacht. Een beperkte groep inwoners heeft helaas meermaals een klacht in moeten dienen.</p>

	<p>problemen.</p> <p>Wij vragen ons af of er tijdig is ingegrepen en zo niet worden er nu afspraken gemaakt om het nu wel aan te pakken. Is er een procedure om bij klachten in te kunnen grijpen in het contract?</p>	<p>Vanuit het regionale team Inkoop en Contractbeheer wordt sinds aanvang van het contract zeer intensief contact onderhouden met de vervoerder. Zowel de trends als de afhandeling van individuele klachten worden gemonitord en waar nodig wordt ingegrepen. Het contract kent een uitgebreide klachtenprocedure en mogelijkheden om financiële sancties op te leggen in geval van te veel klachten.</p>
8.	<p>Blz. 4 3.3. punt 2</p> <p>Inwoners hebben regie op inzet van zorg en ondersteuning.</p> <p>Inwoners vragen vanuit hun kwetsbare positie bij de gemeente steun en hulp. Dan is grip op eigen leven niet of nauwelijks aanwezig. Vraag: hoe kan je nog spreken over regie voering over zorg en ondersteuning?</p>	<p>Wanneer mensen regie kunnen voeren, dan willen we daarin ondersteunen. Wanneer zij geen regie meer kunnen voeren kan iemand uit het netwerk of kan de gemeente dit overnemen.</p>
9.	<p>3.3 punt 3 Voor alle hulpvragen van inwoners is er een goed en toereikend hulpaanbod.</p> <p>Hoe verhoudt dit zich tot de aanbieders die melden dat er sprake is van een personeelstekort, dat zij het aanbod niet kunnen garanderen en dat de wachtlijsten oplopen. (zie blz. 6 4.1.3</p>	<p>Wanneer aanbieders te maken hebben met een personeelstekort moeten alternatieve manieren worden gezocht om inwoners met een hulpvraag toch te helpen. Zo kunnen we alternatieve vormen van zorg ontwikkelen en waar nodig andere/nieuwe partijen aantrekken. Het uitgangspunt dat we inwoners altijd helpen is leidend. Soms moeten we ten aanzien van het HOE creatief zijn en nieuwe paden inslaan.</p>
11.	<p>3.3. punten 8/9 8.De tarieven zijn toereikend om goede zorg te financieren en om te voorzien in fatsoenlijke salariering voor zorgmedewerkers.</p> <p>9. De uitgaven aan zorg en ondersteuning blijven</p>	<p>De cao's zijn op al onze overeenkomsten van toepassing.</p>

	<p>binnen de budgettaire kaders van gemeenten.</p> <p>Het Beraad pleit voor meer aanname van personeel conform de CAO en minder ZZP-ers door zorgaanbieders, gecontracteerd door gemeenten. Dit kan gerealiseerd worden door ondermeer het afsluiten van langdurige contracten met medewerkers, dan tijdelijke, kleine en korte contracten, dat nu vaak het geval is.</p>	
12.	<p>Pag. 5 Inwoners en gemeenten sturen op resultaten die met maatwerkvoorzieningen worden bereikt. Hiervoor is de monitor sociaal domein ontwikkeld. Graag wil het Beraad meer informatie over de monitor sociaal domein</p>	Dit kan. We maken graag een afspraak om u verder te informeren.
13.	<p>Pag. 6,7 4.1. punt 2c/ 4.1 punt 4d</p> <p>Aanbieders moeten zich meer van elkaar kunnen onderscheiden.</p> <p>Gemeenten ervaren dat de zorg versnipperd is ingericht. Er zijn te veel modules en subvoorzieningen.</p> <p>Hoe ziet de gemeente het dat zorgaanbieders zich meer van elkaar onderscheiden zonder teveel modules en subvoorzieningen te organiseren</p>	Bijvoorbeeld door zich te specialiseren in de ondersteuning van specifieke doelgroepen.
14.	<p>Pag. 7 4.1 punt 4c</p> <p>Gemeenten ervaren een gebrek aan partnerschap</p>	Ja. Ook aanbieders hebben aangegeven het partnerschap te willen versterken.

	<p>tussen gemeenten en aanbieders.</p> <p>Ervaren de zorgaanbieders ook een gebrek in partnerschap? Zo ja, wat doet de gemeente hieraan?</p>	<p>De komende tijd investeren we in stevig en gezond partnerschap met onze aanbieders. Dit betekent dat we aanbieders maximaal faciliteren en ruimte geven om te doen wat nodig is voor inwoners. Dit betekent óók dat we de samenwerking met onze aanbieders intensiveren en regelmatig het gesprek voeren over wat we kunnen verbeteren en wat we van elkaar nodig hebben. Bij partnerschap hoort ook dat we zoveel mogelijk uitgaan van langdurige relaties waarmee we 'rust en stabiliteit' willen bieden in het zorglandschap.</p>
15.	<p>4.1 punt 4^e</p> <p>Er moet meer aandacht zijn voor de personeelstekorten in de zorg. Dit zijn twee verschillende aparte onderwerpen.</p> <p>De beleidsmatige keuzes die kunnen worden gemaakt om zorg toegankelijk te houden.</p> <p>Aandacht voor personeelstekorten is een verantwoordelijkheid van zorgaanbieder. Zorg toegankelijk houden door het maken van beleidsmatige keuzes is een verantwoordelijkheid van de gemeente.</p>	<p>Dat klopt.</p> <p>Ons uitgangspunt is om aanbieders waar mogelijk toch te helpen/faciliteren. We hebben elkaar namelijk nodig om zorg en ondersteuning tijdig, op maat en in de eigen omgeving van inwoners te realiseren. Wanneer aanbieders door personeelstekorten geen zorg kunnen leveren, hebben ook onze inwoners en (daarmee) ook wij een probleem.</p>
16.	<p>4.1 punt 6 Declaraties. Dit zorgt met name voor problemen bij aanbieders die in meerdere gemeenten en regio's actief zijn.</p> <p>Wat zijn de oorzaken en gevolgen en waarom juist bij aanbieders die in meerdere gemeenten werkzaam zijn?</p>	<p>Partijen die in veel gemeenten werkzaam zijn hebben te maken met verschillende declaratieregimes, werkwijzen en manieren van verantwoording. Gevolg is dat ze – meer dan aanbieders die niet in meerdere regio's actief zijn – administratieve last ondervinden van de verschillende werkwijzen.</p>
17.	<p>4.2.1 punt 1 Investeren gemeenten meer in het</p>	<p>Jawel. De gemeente is regisseur en eindverantwoordelijk.</p>

	<p>partnerschap met aanbieders.</p> <p>Gemeenten en aanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om zorg en ondersteuning tijdig, op maat en samen met inwoners in de eigen omgeving te realiseren.</p> <p>Het risico bestaat, dat niemand zich verantwoordelijk voelt.</p>	
18.	<p>Pag. 8 4.2.1 punt 3b</p> <p>Het aantal aanbieders koppelen we aan de nodige capaciteit die nodig is om de vraag op te vangen.</p> <p>Is de vraag dan al bekend en zo ja is er dan voldoende budget om de benodigde capaciteit in te kopen</p>	<p>We kunnen (op basis van data analyses) de vraag inschatten..</p> <p>De toelatingsdocumenten worden financieel vertaald en doorgerekend, zodat we inzicht krijgen in de financiële effecten.</p> <p>Verder is goed te noemen dat voor de inzet van hulp en ondersteuning een open einde regeling geldt en zorgstops niet toegestaan zijn.</p>
19.	<p>Pag. 13 4.2.6 punt 2</p> <p>Dit betekent dat inwoners met bijvoorbeeld GGZ problematiek veel meer thuis in de wijken wonen en een beroep doen op maatschappelijke ondersteuning. In dit kader zien aanbieders de problematiek zwaarder worden.</p> <p>Hoe kan dit worden gerealiseerd, de GGZ problematiek wordt zwaarder, waarbij van de cliënt verwacht wordt langer thuis te blijven wonen met 24uurs begeleiding</p>	<p>Door de juiste randvoorwaarden te scheppen. Bijvoorbeeld een zelfstandige woning, kamer of andere verblijfseenheid, de juiste begeleiding, door het goed uitvoeren van procesregie, een goede match tussen de inwoner en zijn woonomgeving etc.</p>
20.	<p>4.2.7 2.Ontwikkelingen</p>	<p>Zie punt 50. Op verzoek van de adviesraad van Hilversum verzorgen wij binnenkort een</p>

	<p>Op uitvoeringsniveau wordt de werkwijze binnen MDA++ als ingewikkeld ervaren.</p> <p>Waarom is het ingewikkeld en wat wordt hieraan gedaan om het eenvoudiger te maken? Nu lijkt het alsof het gegeven dat de werkwijze als ingewikkeld wordt ervaren een factor is voor het niet of onvoldoende realiseren van een adequate aanpak van de problemen.</p>	<p>uitgebreide informatiesessie over MDA++: hoe gaat het nu? Wat zijn de knelpunten? Hoe lossen we knelpunten op? Al dit soort aspecten komen tijdens die informatiesessie uitgebreid aan de orde.</p>
21.	<p>Pag. 8 punt 4.2.1 punt 3a " Gemeenten breiden het zorglandschap in principe niet uit. Bij gewenste vernieuwing proberen gemeenten dit eerst te beleggen bij bestaande partners/aanbieders." Wordt hier bedoeld dat er toch kan worden uitgebreid (in principe) of dat alle vernieuwing binnen bestaande contracten moeten worden gedaan (uit principe)</p>	<p>Gemeenten willen relaties en initiatieven voldoende tijd geven om volwassen te worden. Te verdiepen en verbreden. Om het overzicht in het zorglandschap te bewaren, om versnippering tegen te gaan en om integraal werken maximaal mogelijk te maken, beleggen gemeenten nieuwe initiatieven zoveel als mogelijk bij bestaande partners (gecontracteerd en niet gecontracteerd).</p> <p>Als extra aanbieders worden toegevoegd, dan moeten ze inhoudelijk iets nieuws te bieden hebben te opzichte van bestaande aanbieders of leveren zij een bijdrage aan de versterking van algemene voorzieningen (Bij algemene voorzieningen bepalen gemeenten lokaal met welke partijen zij samenwerken).</p>
22	<p>Pag. 9. 4.2.2 Kinderbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering en drang 3. Uitgangspunten punt 5 " Punt 4 betekent dat we voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering uitgaan van kortdurende contacten." Of wordt bedoeld contracten?</p>	<p>Contracten. Deze spelfout passen we aan.</p>
23	<p>Pag 14. 2e alinea Pilot: Onderwijs-zorgconsulent op Rebound Leerlingen kunnen hier maximaal 13 weken</p>	<p>Nee strakke sturing. Die extra 's' na strak, hebben we geschrapt.</p>

	gebruik van maken en sinds het huidige schooljaar wordt hier strak(s) op gestuurd Wordt hier bedoeld een uitgestelde sturing of een strenge sturing?	
24	<p>Zowel de WMO verordening als deze inkoopnota lijken nog steeds uit te gaan van de theorie inwoners zijn zelfredzaam en participeren.</p> <p>De praktijk toont juist aan dat inwoners die aankloppen bij de loketten juist moeite hebben met die zelfredzaamheid en participatie. In de voorfase kan de gemeente een belangrijke en goede rol vervullen om de zelfredzaamheid en participatie te verbeteren en/of te vergroten. Echter zodra er een hulpvraag wordt gesteld is dat stadium in de meeste gevallen (ver) voorbij. Het uitgangspunt: bewoners hebben regie, zijn zelfredzaam en participeren stemt niet overeen met de dagelijkse praktijk in de uitvoering van de WMO. De hulpvraag indiceert juist een afhankelijkheid van een ander (eerst vaak algemene voorzieningen, dan familie en/of burens en vervolgens gemeente dan wel professionals) en duidt dus niet op regie en zelfredzaam.</p>	<p>We nemen kennis van uw opmerking. We gaan uit van zelfredzaamheid en participatie. Voor degenen die dat niet alleen lukt en daarvoor met een hulpvraag komt bij bijvoorbeeld de gemeenten, willen we juist zo goed mogelijk helpen en ondersteunen. We willen daarbij de regie zoveel mogelijk bij de inwoner houden, maar wanneer dit niet mogelijk is dan zetten we bijvoorbeeld de gemeentelijke consulent in om procesregie uit te voeren. Zodat deze inwoners ook de juiste hulp en ondersteuning krijgen en daarmee – op langere termijn – mogelijk weer zelfredzaam worden.</p>
Adviesraad Huizen. Blaricum, Laren, Eemnes		
25.	<p>De adviesraad is van mening, dat de doelstellingen van het uitgangspuntendocument te weinig concreet zijn, dat de (beoogde) resultaten niet voldoende duidelijk zijn gemaakt en niet voldoende meetbaar zijn om resultaten te volgen en waar nodig bij te</p>	<p>Het uitgangspunten document bevat uitgangspunten over het WAT. De vertaling van de uitgangspunten naar concrete afspraken rondom het HOE beschrijven we in de toelatingsdocumenten. Wij zullen dit aanscherpen in het stuk, zodat voor de lezer duidelijk is wat we met het uitgangspunten document beogen en helder is hoe de verdere uitwerking gaat.</p>

	<p>sturen.</p> <p>Vanwege het algemeen karakter van de inhoud en de toonzetting, is het evenmin goed mogelijk om te beoordelen of de ingeslagen weg de juiste is en of het daarom juist is dat die weg wordt voortgezet.</p> <p>Ook de in voetnoten genoemde documenten, zoals het verslag zorginkoop 2021, d.d.3 december 2019, is algemeen van toonzetting en geeft geen richting aan wenselijke/noodzakelijke verbeteringen in het eindresultaat: kwalitatief goede en toegankelijke zorg voor de inwoners van onze gemeenten.</p> <p>De adviesraad mist concrete doelen, meetpunten en beoogde resultaten in het uitvoeringsdocument en adviseert het uitvoeringsdocument hierop aan te vullen.</p>	
<p>26.</p>	<p>Blz. 5 en Bijlage :hier wordt verwezen naar de wijze waarop ervaringen van inwoners worden verzameld en dat de input van inwoners zoveel als mogelijk reeds verwerkt is in de lopende overeenkomsten. De adviesraad mlst hier duidelijkheid over de representativiteit van de raadplegingen:betreft het hier representatief onderzoek? Wat is de omvang ervan, ofwel hoeveel inwoners (ervaringsdeskundig en anderszins) zijn gepeild/hebben deelgenomen aan gesprekken? De adviesraad adviseert om onderscheid te maken tussen illustratieve gesprekken/impressies en duidelijk aan</p>	<p>De betrokkenheid van inwoners gebeurt via het bij u bekende en met u veelbesproken Samenkracht platform. Samenkracht gaat ervan uit dat we ervaringsdeskundige inwoners spreken over hoe we zorg en ondersteuning moeten vormgeven/verbeteren om de zorg en ondersteuning maximaal aan te laten sluiten bij de vraag en behoeften van onze inwoners. Hieraan ligt geen wetenschappelijke methode ten grondslag. We gaan met zoveel als mogelijk ervaringsdeskundige inwoners in gesprek en gebruiken hun input zoveel en zo goed als mogelijk om de goede dingen goed te doen voor onze inwoners. Bij de Samenkrachtbijeenkomsten nodigen wij uw adviesraad van harte uit om deel te nemen aan de sessies.</p> <p>Wij zullen op uw advies de uitleg bij waarom we willen verbeteren, versimpelen en verbinden</p>

	te geven hoe representatief de reacties van de betrokken Inwoners in dit verband zijn. De adviesraad adviseert om nader uit te werken wat bedoeld wordt met het uitgangspunt, dat gemeenten willen verbeteren, versimpelen en verbinden	aanscherpen.
27.	Blz 8. 4.2.1. onder 2 en 3: de adviesraad adviseert om toe te lichten waarom gemeenten (volgens de Regio) kiezen voor het verdiepen en verbreden van bestaande initiatieven en samenwerkingsrelaties in plaats van diversiteit en meer keuze in zorgaanbieders bij voor de inwoners.	Wij zullen dit punt verder expliciteren.
28.	8. onder 4: bij eerdere inkooptrajecten inzake de jeugdvoorzieningen is vanuit de adviesraden gevraagd om inzicht in het destijds kostprijsonderzoek, vooral omdat er gekozen is - ongeacht de inzet van de professional - voor een eenheidstarief. Inzicht bleek toen, vanwege vertrouwelijkheid, niet mogelijk en het eenheidstarief bleef gehandhaafd. Hoe komen de kostprijs-elementen voor de volgende inkooptermijn tot stand?	Onze tarieven stellen we op basis van zorgvuldig dialoog met aanbieders vast. Aanbieders worden actief (en op verschillende manieren en momenten) uitgenodigd om mee te praten over hoe de tarieven moeten worden opgebouwd en hoe hoog de diverse kostprijs-elementen moeten zijn. De input van aanbieders wegen wij vervolgens af bij het maken van definitieve keuzes rondom de tarieven.
29.	Blz 12.4.2.5. ontwikkelingen: gesteld wordt, dat het aantal cliënten licht is toegenomen. Echter, er is - op grond van de hier genoemde aantallen - sprake van een toename met 1144 cliënten in 2019 ten opzichte van 2018. Dat is 20 procentpunt.	Dit passen we aan. Het gaat inderdaad om een forse toename (!!!).
30.	Blz 14. 4.2.9: Financiële vertaling uitgangspunten: hier	Voor nu en voor dit document voldoet het om te verwijzen naar de data-analyses die de

	geeft de Regio een prognose van de uitgavengroei tot 2025. De adviesraad adviseert om deze groei reeds in dit uitgangspuntendocument te onderbouwen. Door deze geprognosticeerde groei worden namelijk beleidskeuzen gemaakt die de burgers in uitvoering zullen raken.	Regio heeft uitgevoerd. Het voert te ver om in het uitgangspunten document voor de inkoop een uitgebreide toelichting op te nemen van de data-analyses. Keuzes over eventuele kostenbeheersing worden -zoals ook in het uitgangspuntendocument beschreven- binnen het project kosten ontwikkeling sociaal domein gemaakt. Wij stellen voor: <ol style="list-style-type: none"> 1. U de rapportages die voortkomen uit de data-analyses te sturen. Daarin staat de toelichting die u vraagt zeer uitgebreid beschreven. 2. U bij een voorzittersoverleg goed bij te praten over de kostenontwikkeling en de uitkomsten uit de data-analyses. 3. U bij de uitwerking van eventuele kostenbeheersing maatregelen actief te betrekken.
Adviesraad Hilversum		
31.	De adviesraad onderschrijft de uitgangspunten zoals genoemd onder 2.3. van het document.	
32.	<p>Investeren in het partnerschap met aanbieders: regelmatig overleg met de aanbieders die 'groot' zijn en samen doelen stellen is een goed idee, maar</p> <p>Advies van de raad is: beperk dit niet tot de 'grote' aanbieders; ook kleinere aanbieders kunnen zeer relevante informatie inbrengen en zijn daarom ook nodig bij het gezamenlijk doelen stellen aan de kwaliteit van de zorg. Anders ontstaat daardoor een ongelijkheid, die negatief kan uitwerken op de mogelijkheid voor inwoners om voor (en bij) hen passende zorg van goede kwaliteit te krijgen en kiezen.</p>	<p>Zeker en eens met uw punt. Wij beogen het partnerschap met al onze aanbieders te versterken. Met partijen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een groot aantal inwoners helpen - (Zeer) specialistische hulp leveren (groot en klein) - Anderszins een belangrijke bijdrage leveren aan de transformatie (groot en klein) <p>worden lange termijn doelen gesteld waarover regelmatig (bestuurlijk) overleg plaatsvindt. Met andere partijen wordt eens á tweemaal per jaar in een bredere setting (vergelijkbaar met marktconsultaties) gesproken over relevante ontwikkelingen.</p> <p>Wij maken in de tekst meer expliciet dat goede relaties en een goede samenwerking met onze kleinere partners net zoveel prioriteit heeft als het partnerschap met grotere partijen.</p>

<p>33.</p>	<p>Langdurige contracten afsluiten komt de continuïteit van zorg voor mensen die langdurig zorg nodig hebben ten goede.</p> <p>Maar geadviseerd wordt dan ook regelmatig navraag te doen bij inwoners of zij de zorg nog steeds als passen bij hen en ervaren en van goede kwaliteit vinden. Daarbij letten of een gesignaleerd probleem bij meer cliënten van een aanbieder voorkomt. Dat moet dan een signaal zijn voor een goed onderzoek naar de door de aanbieder in het algemeen geleverde zorg. NB: cliënten vinden een eventuele overgang naar een nieuwe aanbieder beangstigend; dat remt een getrouwe weergave van de ervaringen in een onderzoek.</p> <p>Om per voorziening te bekijken of een langdurig contract mogelijk is, is daarvan een logisch gevolg.</p>	<p>Wij steunen uw punt. Op dit moment consulteren we inwoners bij verlengingen van overeenkomsten. Wat kan beter? Wat moet anders? Dit principe – het tussentijds evalueren met inwoners om te bezien of we iets kunnen verbeteren - willen we ook met de langlopende contracten blijven hanteren. Daarnaast wordt doorlopend cliëntervaringsonderzoek onder inwoners uitgevoerd. Wij voegen deze aanvulling expliciet toe aan het uitgangspunt van langlopende contracten.</p>
<p>34.</p>	<p>3 Bij a. : Nieuwe aanbieders kunnen ook toegevoegd worden als blijkt dat zij kwalitatief betere of door een inwoner met een zorgvraag specifiek gewenste en nodig geachte zorg/ondersteuning kunnen leveren. (dit bevordert de eigen regie van de inwoner).</p> <p>Onderaannemerschap moet voorkomen worden. Elke</p>	<p>In principe staat uw uitgangspunt in de tekst opgenomen. Wij hebben in de tekst benadrukt dat we ook aanbieders toelaten als zij zich sterk onderscheiden door meer (door inwoners ervaren) kwaliteit en/of specifieke zorg/ondersteuning bieden.</p> <p>Onderaannemerschap wordt reeds zo veel als mogelijk voorkomen maar is in voorkomende</p>

	<p>aanbieder moet verantwoordelijk zijn voor de door hem geleverde zorg/ondersteuning.</p> <p>Bij b. Hier wordt al wel de specifieke vraag genoemd. Maar aangezien dat niet overeenkomt met terugbrengen aantal aanbieders hoort het op deze plek niet thuis.</p> <p>Geadviseerd wordt ook om niet aanbieders alleen in te zetten om een wachtlijst te voorkomen zonder daarbij erop te letten dat de continuïteit van de zorg voor een cliënt die aan zo'n wachtlijstoplosser wordt toebedeeld in gevaar komt. Hierbij wordt met continuïteit vooral bedoeld op behoud van de zorgverlenenden, ook als de wachtlijst verdwenen is. Daarvoor moet een oplossing gevonden worden. Anders gaat het ten koste van de kwaliteit van de zorg.</p>	<p>gevallen wel van meerwaarde voor het aanbod aan inwoners. Aanbieders kunnen gebruik maken van een onderaannemer na voorafgaande toestemming van het regionale team Inkoop en Contractbeheer. De gecontracteerde aanbieder blijft eindverantwoordelijk voor de kwaliteit etc.</p> <p>Soms hebben inwoners een specifieke hulpvraag die heel weinig voorkomt. Zij worden incidenteel geholpen door aanbieders die passende hulp kunnen bieden. Deze aanbieders leveren incidenteel hulp, maar krijgen wel meerjarige overeenkomsten aangeboden en vallen onder de administratie en het toezicht van het contractbeheer. We willen dit meer flexibiliseren. Buiten kijf blijft staan dat inwoners hulp krijgen die ze nodig hebben. We streven naar een kleiner aantal partijen die voor de lange termijn gecontracteerd worden, met daaromheen de optie om incidenteel aanbieders in te zetten om passende hulp te bieden aan inwoners met een hulpvraag.</p> <p>Dat is niet de bedoeling. Partijen maken in principe de opdracht per client af en de relatie tussen zorgverlener en client wordt zo min als mogelijk verstoord. Dit nemen we in de tekst op.</p>
--	--	--

	<p>Bij c. Geadviseerd wordt de weliswaar de beschikking ingaat op WAT en HOEVEEL, maar dat dan ruimte bestaat voor inwoner en aanbieder gezamenlijk om te bepalen HOE en WANNEER. De in de notitie gebruikte formulering "De aanbieders hebben ruimte om samen met inwoners het HOE en WANNEER te bepalen" is niet bevorderlijk voor de eigen regie van de inwoner.</p>	<p>Eens. We nemen uw formulering over.</p>
35.	<p>Opmerking: Reële tarieven zijn noodzakelijk om dure rechtszaken en bepaling van wat reëel is te voorkomen.</p>	<p>Eens.</p>
36.	<p>Scheiding van exploitatie/beheer en zorg is een beginsel dat al veel langer geleden is ingevoerd in de AWBZ en bekend staat als scheiden van wonen en zorg. De Adviesraad staat achter dit beginsel.</p>	<p>-</p>
37.	<p>Onder 2 punt 3 wordt genoemd dat in onze regio wachtlijsten dreigen te ontstaan. De Adviesraad meent dat er al wachtlijsten zijn, maar dat dit moet worden teruggedrongen en ook dat voorkomen moet worden dat de wachtlijsten groeien.</p>	<p>Wij hebben de tekst aangepast naar: wachtlijsten ontstaan/groeien. Dit fluctueert namelijk erg. Op dit moment zijn er geen wachtlijsten.</p>
38.	<p>Onder 2 punt 4 en 5 wordt vooruitgezien naar mogelijke landelijke ontwikkelingen. Deze lijken logisch, maar doorkruisen de bedoeling van de Wmo en JW, namelijk zorg onderbrengen bij de</p>	<p>Rond de zomer wordt helder hoe de staatssecretaris zijn aangekondigde maatregelen concreet handen en voeten geeft.</p>

	<p>gemeenten, omdat deze dichterbij hun inwoners staan.</p> <p>De Adviesraad meent: als een bovenregionale aanpak wordt ingevoerd, dan is het zaak en in feite de taak van de gemeente de belangen van de eigen jeugd die hiermee te maken krijgt te beschermen. Hetgeen vermeld staat onder 3 punt 5 heeft hier direct mee te maken.</p>	
39.	<p>Onder 3 punt 4 staat: "Gemeenten heroverwegen de verdeling van het werk en de rollen en verantwoordelijkheden in de jeugdbeschermingsketen. Zij werken scenario's uit waarmee zij de keten herontwerpen, zodat drempels om jeugdigen te helpen worden weggenomen. "Is het werkelijk de bedoeling dat de gemeenten dit alleen gaan doen?"</p> <p>De Adviesraad meent dat de adviesraden, ouders en/of cliënten, maar zeker ook de aanbieders zelf daarover mee moeten kunnen denken.</p> <p>Daarnaast meent de Adviesraad dat voorafgaand aan deze maatregelen eerst geanalyseerd moet worden waardoor de personeelstekorten ontstaan en hoe die voorkomen kunnen worden.</p>	<p>Uiteraard zullen wij inwoners en adviesraden betrekken bij de uitwerking van de genoemde scenario's.</p> <p>Wij nemen uw advies over de analyses naar personeelstekorten ter harte. Het effect op werkgelegenheid/capaciteit werken we uit.</p>
40.	<p>Onder 3. Punt 5 staat: "Punt 4 betekent dat we voor</p>	<p>Ja. Hier worden contracten bedoeld.</p>

	<p>de jeugdbescherming en jeugdreclassering uitgaan van kortdurende contacten,”</p> <p>Worden hier contracten bedoeld? Als wel kortdurende contacten worden bedoeld, strookt dat niet met de intensieve begeleiding die genoemd wordt onder 1 punt 2 dat tegenstrijdig aan de intensieve begeleiding zoals die onder 1. punt 2 wordt genoemd.</p>	<p>Wij snappen het punt dat u maakt over punten 1 en 2. Wij beogen in onze toelatingsdocumenten (waarin het HOE beschreven staat), op te nemen dat casussen die zijn opgepakt in principe altijd door de gecertificeerde Instellingen worden afgemaakt. Ongeacht een eventueel aangepaste uitvoering van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Dit moet wettelijk ook. Zonder tussenkomst van de rechter mag een andere GI niet overnemen.</p>
41.	<p>Onder 2 punt 4 staat dat aanbieders tarieven als niet toereikend beschouwen.</p> <p>De Adviesraad begrijpt niet waarom vervolgens onder 3 punt staat dat de huidige bekostigingssystematiek gecontinueerd gaat worden. Wordt het tarief wel of niet aangepast en zo niet: kan de kwaliteit van de zorg dan gegarandeerd blijven?</p>	<p>De bekostigingssystematiek staat niet gelijk aan het tarief. De bekostigingssystematiek geeft aan hoe we betalen (in dit geval gaat het om trajectbekostiging per etmaal) Het tarief geeft aan hoeveel we betalen. Het tarief wordt zorgvuldig onderzocht op basis van een uitgebreid kostprijsonderzoek. Zie het antwoord op punt 28.</p>
42.	<p>Onder 3 punt 5 staat: “Belemmeringen om rondom één gezin samen te werken worden nog meer weggenomen.”</p> <p>De Adviesraad is nieuwsgierig naar hoe dat bewerkstelligd word</p>	<p>Onder andere door de eisen die we stellen aan te passen. Nu staat in de overeenkomst opgenomen dat aanbieders in principe niet mogen leveren als er al een toewijzing loopt binnen een gezin (en dus al een andere partij in dat gezin hulp levert). Deze eis ervaren aanbieders als belemmering.</p>
43.	<p>Onder 3 punt 6: wordt gesteld dat zoveel mogelijk overeenkomstige pilots samengevoegd moeten worden.</p>	<p>We hebben een aantal pilots lopen waarbij we moeten beoordelen of we deze pilots (structureel) gaan continueren en zo ja hoe we dit doen. Als we de pilots continueren bekijken we of we de pilots opnemen in reguliere overeenkomsten of we hier aparte afspraken voor maken. Opnemen in reguliere overeenkomsten hoeft overigens niet te</p>

	<p>Gaat het hier om een administratieve maatregel? Immers de aanbieders moeten ook met elkaar concurreren wat gelijksoortige zorg betreft (benchmarks).</p>	<p>betekenen dat alle partijen de (nu nog pilot)hulp leveren. Hier kan een onderscheid in worden aangebracht.</p>
44.	<p>Paragraaf 4.2.4.: De Adviesraad mist wederom de mogelijkheid van het opname van een gezin als geheel om de problemen aan te pakken: Gezinstherapie.</p>	<p>De focus ligt inderdaad op het kind en zijn/haar omgeving. Dit is ook nu de praktijk. Ouders en andere gezinsleden worden betrokken en waar nodig is de behandeling/ondersteuning gezinsgericht. Wij nemen dit uitgangspunt expliciet op.</p>
45.	<p>Paragraaf 4.2.5.: De Adviesraad hecht eraan als er een zorg-component in de HH komt in de vorm van signalering met het doel om op tijd in te kunnen grijpen als meer zorg en ondersteuning nodig is.</p>	<p>De signalering maakt reeds onderdeel uit van de huishoudelijke hulp. Onderdeel hiervan is het signaleren of de hulpvraag verandert en er meer of minder zorg nodig is.</p>
46.	<p>Paragraaf 4.2.6.: Bij 3. De Adviesraad zou graag betrokken worden bij de clustering van subvoorzieningen. De in het document gebruikte formulering is vaag en lijkt tegenstrijdig met wat onder het volgende punt staat (bekostiging continueren).</p>	<p>Wij zijn voornemens om in aparte sessies alle toelatingsdocumenten met u door te lopen zodat u uw input kunt geven op de concepten. Daarnaast betrekken we u bij de samenwerking bijeenkomsten. Er komt dus ruim gelegenheid om uw input over de samenvoeging van modules te geven.</p>
47.	<p>4.2.6 Bij 4. De Adviesraad wil ook graag betrokken worden bij "Een grotere aansluiting met voorliggende voorzieningen/algemeen toegankelijk aanbod creëren." De Adviesraad is bijzonder geïnteresseerd in wat hiermee bedoeld wordt, ook omdat de algemene voorzieningen per gemeente geregeld zijn.</p>	<p>Zie het antwoord hierboven.</p>
48.	<p>4.2.6</p>	<p>Inderdaad. Dat is de bedoeling.</p>

	Bij 6. De Adviesraad meent dat het hierbij voor sommige doelgroepen van de Wmo noodzakelijk zal zijn hiervoor overleg te plegen en af te stemmen met de wijkverpleegkundige zorg.	
49.	4.2.6 Bij 7. De Adviesraad juicht dit toe!	-
50.	Paragraaf 4.2.7.: De Adviesraad wacht hier de evaluatie van de pilot en verdere ontwikkelingen met betrekking tot de uitgangspunten voor MDA++ af.	Wij zullen u hier- als de agenda dit toelaat- bij het voorzittersoverleg van 18 maart over informeren. Anders krijgt u in april een uitgebreide toelichting.
51.	Paragraaf 4.2.8.: Hiervoor geldt hetzelfde als ten aanzien van MDA++. De Adviesraad wacht de evaluatie af en wordt graag betrokken bij denken over het vervolg.	Zie het antwoord hierboven. Wij praten u in het voorzittersoverleg van maart of april uitgebreid bij.
52.	De Adviesraad leest in de Bijlage een aantal uitkomsten van gesprekken met inwoners (Samenkracht!), waarvoor zij zich niet kan herinneren een uitnodiging te hebben ontvangen om deze bij te wonen. Dat is jammer. Binnen de Adviesraad Sociaal Domein Hilversum zijn ervaringsdeskundigen die daar als persoon ook graag aan hadden deelgenomen, eventueel passief (zoals eerder is afgesproken).	Naar onze informatie is uw adviesraad over deze bijeenkomsten geïnformeerd. Wel moet worden opgemerkt dat deze gesprekken met inwoners binnen de oude Samenkracht-aanpak zijn uitgevoerd: we nodigen inwoners met daadwerkelijke ervaring met een bepaald thema uit en gaan met hen in gesprek. Omdat niet alle adviesraden directe aanraking hebben met een bepaald thema, werden de adviesraden als zodanig niet standaard uitgenodigd (maar wel geïnformeerd). Hier hebben eerder gesprekken over gevoerd binnen het voorzittersoverleg van de adviesraden. Inmiddels is de aanpak aangepast en nodigen we adviesraden standaard uit bij Samenkracht bijeenkomsten om deel te nemen aan het gesprek. Ongeacht ervaringsdeskundigheid.
Adviesraad Wijdemeren		
53.	Deze zijn beschreven in hoofdstuk 2 van de Uitgangspunten. De algemene uitgangspunten dat inwoners zelfstandig leven, kunnen meedoen en dat	De inkooptrajecten hebben betrekking op zorg en ondersteuning op grond van de Wmo en Jeugdwet. Wij delen uw punt dat onze doelen rondom de participatiewet sterker tot uitdrukking mogen komen. Wij passen de tekst hierop aan.

	kinderen veilig en gezond opgroeien worden uiteraard door de Adviesraad onderschreven. De transformatieopgave wordt blijkens de tekst beperkt tot de jeugdhulp en de maatschappelijke ondersteuning. De participatiewet wordt niet genoemd, terwijl deze ook deel uitmaakt van het sociale domein en bij de decentralisaties is uitgegaan van een geïntegreerde benadering.	
54.	Hoe de gemeenten de algemene uitgangspunten nader uitwerken in tien punten nader gespecificeerd. In algemene zin is de Adviesraad het daar ook mee eens, al is de daadwerkelijke uitwerking in de praktijk nogal weerbarstig.	-
55.	Onder punt 7 komt de integrale aanpak aan bod met als uitgangspunt "één huishouden, één plan". Onze vraag is waar die ene regisseur is gebleven.	Voegen we toe. Gemeenten streven er nog steeds naar zoveel als mogelijk uit te gaan van één regisseur.
56.	Met de vermindering van de regeldruk zijn wij het hardgrondig eens. Ook hier is de praktijk weerbarstig. Aan het boekje Metaforen in de gezondheidszorg van Guus van Montfort ontleen wij de volgende uitspraak: "Stop de strijd tegen bureaucratie, dat leidt alleen maar tot meer bureaucratie" en "Regelgeving is gestold wantrouwen". De Adviesraad wil daarmee niet zeggen dat vermindering van regeldruk bij voorbaat een kansloze zaak is, maar het vergt wel een andere	Zeker. Dit delen wij met u.

	kijk en een andere instelling.	
57.	Indicatief voor de kosten van controle zijn de declaraties van de externe accountants bij de diverse zorgorganisaties. Uit een publicatie van Intrakoop blijkt dat een gemiddelde zorginstelling EUR 1,57 per duizend euro omzet uitgeeft aan accountantskosten. Voor een GGZ instelling is dit EUR 2,66 per duizend euro omzet en voor de jeugdzorg zelfs EUR 3,60. Het grootste knelpunt blijkt het vaststellen van de feitelijke levering van de zorg te zijn.	De Regio Gooi en Vechtstreek vraagt uitsluitend aan organisaties met meer dan €1.000.000 omzet binnen de regio Gooi en Vechtstreek een gewaarmerkte controleverklaring van een accountant. Daarnaast is het voor alle aanbieders mogelijk om gebruik te maken van een alternatieve controlemethodiek zonder eigen accountant i.h.k.v. toewerken naar horizontale verantwoording. De landelijke standaard adviseert om voor aanbieders met een gehele omzet van minder dan €125.000 geen controleverklaring te vereisen (en dus verder aan alle aanbieders wel). Gezien de kosten van een accountantscontrole en de administratieve lasten kiest de Regio er voor om zo min mogelijk gebruik te maken van een accountantsverklaring. Voor het vaststellen van de feitelijke levering wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van reeds beschikbare bronnen zoals cliëntervaringsonderzoeken, signalen van consultants en klachtenadministraties.
58.	Verlaging van de regeldruk en de verantwoordingskosten en controlekosten vergt een andere kijk, namelijk meer door de bril van zorgdeskundigen en minder door die van de boekhouder. Een vermindering van het wantrouwen is vereist en het inzetten van initiatieven als horizontaal toezicht. Dit vereist een omvattende visie op controle en beheersing. Dit vinden we nog onvoldoende terug in de uitgangspunten. De splitsing van WAT en HOE is een begin, maar heeft nog nadere uitwerking.	Het controleprotocol voor aanbieders is sinds de aanvang in 2015 gericht op zo lage mogelijke verantwoordings- en controlekosten voor aanbieders. De Regio maakt waar mogelijk gebruik van systeemgerichte controles. Afgelopen jaren is de gegevensgerichte controle steeds meer vervangen door systeemgerichte controles. Sinds 2017 biedt de Regio aanbieders de mogelijkheid om i.h.k.v. horizontaal toezicht het verantwoordingsproces zonder tussenkomst van een eigen accountant te doorlopen.
59.	Ten aanzien van het begrip transformatie merken wij het volgende op. Er wordt gesproken over het realiseren van de transformatie. In de notitie vinden wij echter onvoldoende terug wat die	In hoofdstuk 2 hebben wij de visie en transformatieopgaven beschreven. Omdat het document een uitgangspuntendocument voor de inkoop behelst en geen beleidsplan sociaal domein is, hebben we het bij de hoofdlijnen gehouden. In de beleidsplannen van gemeenten wordt meer uitgebreid ingegaan op de transformatieopgaven en wordt hier –

	<p>transformatie inhoudt. Hierbij ontstaat het gevoel dat de initiatieven voor transformatie vooral aan de zorgpartners wordt overgelaten, zonder dat vanuit de gemeenten een beeld bestaat wat dit zou moeten inhouden. Een nadere duiding lijkt ons gewenst.</p>	<p>meer dan in het uitgangspunten document- verder duiding aan gegeven. Ook vertalen we in de toelatingsdocumenten per voorziening wat de wederzijdse verwachtingen zijn bij het realiseren van die transformatieopgave. Dit beschrijven we op pagina's 7 en 8 uit het uitgangspuntendocument. Gemeenten en aanbieders spreken meer met elkaar over - en spreken elkaar meer aan op het realiseren van de veranderopgaven in het sociaal domein. Dit doen zij enerzijds door (in de overeenkomsten) afspraken te maken over de wederzijdse verwachtingen bij de transformatie, maar vooral ook door hier veel met elkaar over in gesprek te zijn.</p> <p>Om tegemoet te komen aan uw punt nemen wij in hoofdstuk 2 van het toelatingsdocument een passage op waarin we de relatie schetsen tussen het uitgangspuntendocument, de beleidsplannen sociaal domein en de op te stellen toelatingsdocumenten. Dan is helder hoe het één zich tot het ander verhoudt.</p>
<p>60.</p>	<p>In paragraaf 3.2 is een tabel opgenomen om aan te geven over welke geldbedragen gesproken wordt. Opvallend zijn de soms grote verschillen tussen geldbedragen van toewijzing en declaratie in 2018. Er worden geen oorzaken aangegeven. Die verschillen worden mogelijk verklaard door het tijdsverschil tussen toewijzing en declaratie, hoewel hier een in de loop van jaren compenserend effect mag worden verwacht. Graag zien wij een nadere duiding van deze verschillen. Voor eht afsluiten van inkoopcontracten is ons inziens een goed beeld vereist van de bedragen waar het om gaat.</p>	<p>De verschillen worden slechts beperkt verklaard door het tijdsverschil tussen toewijzing en declaratie. Hierop vindt voor een groot deel een correctie plaats door middel van het uitvragen van onderhandenwerk. Voor de inkooptrajecten is van belang dat de Regio niet inkoop op volume. De bedragen zijn bedoeld als indicatie van de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de diverse voorzieningen. Uiteraard zijn we bereid tot een toelichting op de verschillen. Dit is echter dermate specialistisch dat we hier graag een afspraak voor maken. Oorzaken van de verschillen zijn namelijk zeer divers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Door ziekte en vakanties van inwoners wordt niet de volledige toewijzing gebruikt - Producten zijn relatief nieuw waardoor inschattingen van het totaal benodigde budget nog niet altijd goed gemaakt worden door aanbieders/consulenten - Persoonsvolgende budgetten hebben in een aantal gevallen een standaard badbreedte zodat professionals de ruimte hebben om te handelen naar wat nodig is. Het budget is lang niet altijd volledig nodig

		- Etc.
61.	De eerste vraag is hoe deze uitgangspunten zich verhouden tot de uitgangspunten in hoofdstuk 2 (Visie en transformatieopgaven).	Zie de toelichting bij punt 59.
62.	Op zich zijn het terecht geformuleerde uitgangspunten, maar nu de uitwerking in de praktijk nog. Het is relatief makkelijk om op te schrijven, maar de uitvoering vergt nog wel een aantal slagen. In uitgangspunt 4 staat dat door een sterke basis en algemene voorzieningen het ontstaan en verergeren van problemen wordt voorkomen en met name dat een beroep op individuele voorzieningen wordt beperkt. Een mooi uitgangspunt, maar hoe wordt dat gemeten. Bestaat een beeld van de feitelijke basis en van de feitelijke algemene voorzieningen in relatie tot de gewenste situatie. Er moet voor worden gewaakt bij de inkoop worden uitgegaan van wenselijke situatie, terwijl die nog niet bestaat.	Ten aanzien van uw opmerking over de effectiviteit van algemene voorzieningen: het voert te ver om daar in deze matrix uitgebreid op in te gaan. U kunt hierover het best lokaal de gesprekken voeren. Ten aanzien van uw opmerking over de inkoop: eens. Dat is ook niet aan de orde.
63.	In uitgangspunt 5 staat dat gemeenten een basis kwaliteitsstandaard van zorg en ondersteuning garanderen. Dat roept vraag op waar die kwaliteitsstandaard kan worden gevonden.	In de toelatingsdocumenten voor verschillende voorzieningen staan de kwaliteitsstandaarden uitgewerkt.
64.	In uitgangspunt 6 staat dat zorgaanbieders samen innoveren en samen werken om de zorg doorlopend te verbeteren. Hier is ons inziens coördinatie van de regiogemeentes gewenst.	Klopt. Op pagina 8 staat het voornemen van gemeenten om samen als marktmeesters versterkte regie te voeren op het zorglandschap. Hier hoort bij dat gemeenten investeren in data-analyses om het effect van de zorginzet beter te meten en om proactief in te spelen op ontwikkelingen in het zorglandschap. Hieronder valt ook innovatie.

	<p>Ongetwijfeld hebben de zorgaanbieders het beste voor met de zorg, maar kan het uitgangspunt worden gehinderd door eigen belang. Dan is sturing door de regiogemeentes nodig om ombuigingen, bijvoorbeeld door het afbouwen of overhevelen van capaciteit en zorg af te dwingen en te faciliteren.</p>	
65.	<p>Uitgangspunt 8 (toereikende tarieven en fatsoenlijke salariëring) is volkomen terecht opgenomen. Dit is een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van de zorg. Geconstateerd wordt dat de Regio bij de inkoop van zorg terecht altijd oog heeft gehad voor de beloning van de zorgmedewerkers. Wat mij missen is de aandacht voor de overhead van zorginstellingen. Hoewel het lastig is om in te breken op de vrijheid van de bedrijfsvoering van zorginstellingen lijkt het ons gewenst om daar ook tot een zekere normering te komen bij de vaststelling van tarieven. Wij zijn het eens met de periodieke kostprijsonderzoeken.</p>	<p>De parameter 'overhead' wordt – als onderdeel van de opbouw van kostprijzen-meegenomen in de kostprijsonderzoeken. Wij zullen dit in de tekst expliciet maken.</p>
66.	<p>Wij adviseren om in de notitie éénduidig om te gaan met de eisen die aan tarifiering worden gesteld. Nu worden begrippen als fatsoenlijk, redelijk en reëel gebruikt.</p>	<p>Nemen we over. We gaan uit van reëel.</p>
67.	<p>Uitgangspunt 9 geeft aan dat de uitgaven aan zorg en ondersteuning binnen de budgettaire kaders van de gemeenten blijven. Dit uitgangspunt kan op</p>	<p>In paragraaf 4.2.9 geven we aan dat we naast de inkoop van zorg en ondersteuning bezig zijn met het uitwerken van acties en scenario's voor kostenbeheersing in het sociaal domein. Dit proces valt buiten de scope van het uitgangsdokument, maar heeft hier wel veel</p>

	<p>gespannen voet komen te staan met de andere uitgangspunten, maar het is niet realistisch om het betreffende uitgangspunt weg te laten. De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg is ook aan een 1% norm onderhevig en diverse zorgverzekeraars maken noodgedwongen gebruik van zorgplafonds. Anderzijds moet ook worden vastgesteld dat men het weer niet kan veranderen door aan de thermometer te draaien. Het lijkt ons in dit kader gewenst om reeds op voorhand mogelijke onvermijdelijke keuzes binnen de beleidskaders te inventariseren. Het hanteren van de kaasschaafmethode is doorgaans geen succes.</p>	<p>raakvlakken mee. Uiteraard worden adviesraden betrokken in het proces om tot kostenbeheersing te komen.</p>
68.	<p>Gemeenten en zorgaanbieders staan samen voor een efficiënte en effectieve zorgverlening. Wij vinden het terecht in de uitgangspunten aandacht wordt gegeven aan samenwerking en dialoog en dat waar nodig langdurige relaties worden aangegaan. Alleen dan zijn zorgaanbieders bereid om investeringen te doen die zich op langere termijn in de kwaliteit en continuïteit van zorg terugverdienen.</p>	<p>Eens.</p>
69.	<p>Tegelijkertijd steunen wij de gedachte om het aantal zorgaanbieder binnen de aangegeven uitgangspunten terug te brengen. De gedachte van een beperktere kern met een flexibele schil spreekt ons aan.</p>	<p>Mooi!</p>

70.	Overigens wordt in dit kader iedere keer het woord "transformatie" gebruikt zonder dat daar inhoud aan wordt gegeven.	Zie de uitleg bij punt 59.
71.	<p>Scheiding Zorg en Vastgoed. Met dit uitgangspunt zijn wij het zeer oneens. Uiteraard staat de kwaliteit van de zorg voorop, maar vervolgens is vraag of een zorginstelling zelf vastgoed in eigendom en onderhoud heeft een zaak waarvoor de zorginstelling zelf een bedrijfseconomische afweging maakt. Mits het goed is georganiseerd beïnvloedt dit de kwaliteit van de zorg niet en kan het zelfs zeer kosteneffectief werken. Bedacht moet worden dat vastgoed nu waarschijnlijk met een behoorlijke boekwinst kan worden verkocht, maar dat daarna weer ruimte moet worden gehuurd tegen wellicht hogere kosten per vierkante meter.</p> <p>De vraag komt op of de gedachte achter dit uitgangspunt kan worden uitgelegd als een potentiële greep in de kas. Waarde die nu in vastgoed zit, wordt liquide gemaakt en is daarmee direct besteedbaar geworden.</p> <p>Eigen vastgoed kan een blok aan het been zijn, maar het kan juist ook vrijheid aan de bedrijfsvoering geven. Zorginstellingen moeten zelf op valide</p>	<p>Aanbieders omarmen dit uitgangspunt. De uitleg achter de gedachte staat in het document toegelicht.</p> <p>Het is een uitgangspunt voor de lange termijn dat echt nog om een verdere uitwerking vraagt. We bekijken per voorziening of en tot aan welke mate de scheiding van wonen en zorg doorgevoerd kan worden. Uiteraard betrekken we uw adviesraad bij deze verdere uitwerking.</p>

	operationele en bedrijfseconomische gronden de afweging kunnen maken.	
72.	Huishoudelijke hulp is essentieel voor het in staat zijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Het beroep op huishoudelijke hulp is aanzienlijk toegenomen sinds het abonnementstarief is ingevoerd. Het gaat om een relatief hoog bedrag. In de uitgangspunten staat dat gemeentes scenario's uitwerken om deze vorm van zorg betaalbaar te houden. De Adviesraad wil daar graag actief bij betrokken blijven en dringt er op aan om beleidswijzigingen open te communiceren. De Adviesraad verwacht ter zake van de gemeente meer transparantie.	Vanzelfsprekend wordt de adviesraad betrokken bij eventuele stappen om de huishoudelijke hulp wezenlijk te wijzigen. Voor nu is er geen sprake van beleidswijzigingen.
73.	Overigens wijzen wij in dit verband op de fiscale regeling van dienstverlening aan huis. Deze regeling houdt onder meer in dat over beloning van huishoudelijk hulp onder voorwaarden geen loonheffing hoeft te worden ingehouden en ook geen sociale premies hoeven te worden afgedragen. Het lijkt op zwart werken, maar dat is het niet. De huishoudelijke hulp moet er zelf zorg voor dragen dat de inkomsten worden opgenomen in de aangifte inkomstenbelasting. Als daarbij de heffingsgrenzen in acht worden genomen, hoeft helemaal geen belasting te worden afgedragen. Het in bredere kring bekend maken van deze regeling kan wellicht de	Dank voor deze tip.

	druk op de vraag naar een WMO voorziening beperken.	
74.	<p>Jeugdhulp en Jeugd GGZ</p> <p>De Adviesraad vind dit een vrij vaag omschreven paragraaf.</p> <p>De verschillen tussen de verschillende vormen zijn ons inziens onduidelijk omschreven. Het aantal aanbieders neemt af onder andere doordat men moeite heeft de zorgvraag te beantwoorden, de zorgvraag wordt complexer, de tarieven worden als niet toereikend ervaren. In de uitgangspunten lezen wij die vaagheid ook weer terug: "Jeugdhulp en Jeugd GGZ moeten maximaal inhoudelijk geïntegreerd worden, terwijl scheiding administratief zichtbaar moet zijn. De reikwijdte jeugdhulp moet aangescherpt worden zodat duidelijk wordt welke interventies wel en niet onder de jeugdhulp vallen". Het lijkt alsof onduidelijk is wat de doelgroep is en welke zorg verleend moet worden. Toch wordt de huidige bekostigingssystematiek en de huidige inkoopssystematiek gecontinueerd.</p>	<p>Wij scherpen de tekst aan zodat duidelijk is wat we hiermee bedoelen.</p> <p>Een groot knelpunt met betrekking tot jeugdhulp en jeugd-ggz is de reikwijdte: welke interventies vallen er wel onder en welke niet? De Jeugdwet heeft een open karakter met een brede jeugdhulpplicht. De groei van het aantal jeugdhulptrajecten en de grote verscheidenheid en de financiële gevolgen daarvan voor gemeenten vragen om een aanscherping van die reikwijdte. Landelijk is een expertiseteam ingericht die zicht met dit inhoudelijke vraagstuk bezighoudt. Dit staat los van de bekostiging- en inkoopssystematiek.</p>
75.	<p>Het lijkt ons wenselijk dat er een duidelijk onderscheid blijft tussen jeugdhulp en jeugd GGZ. En vooral dat er aan de ingang van de keten voldoende deskundigheid is om het onderscheid te kunnen maken.</p>	<p>Veel Jongeren en jongvolwassenen die begeleiding ontvangen hebben ook te maken met psychiatrische problematiek. Deze kinderen zijn het meest gebaat bij een combinatie van begeleiding en behandeling. Door uit te gaan van een integratie van jeugdhulp en jeugd ggz beogen we dit mogelijk te maken. Jongeren blijven te maken hebben met één professional die hen helpt en voor de aanbieder zijn meer mogelijkheden om maatwerk te leveren en te doen wat nodig is. Verder wordt voorkomen dat de begeleiding en behandeling ten</p>

	<p>Jongeren die een stoornis hebben ontwikkeld hebben geen baat van jeugdhulp, die hebben gezondheidszorg nodig. Het ideaal om deze twee te integreren blijkt in de afgelopen 5 jaar niet reëel te zijn. Vele partijen hebben dat al toegegeven. Het lijkt ons tijd om dat ook in de uitgangspunten te gaan formuleren.</p>	<p>opzichte van elkaar anti-revaliderend wordt ingezet.</p> <p>Natuurlijk betekent dit niet dat altijd een combinatie van jeugdhulp en jeugd ggz wordt ingezet. Als alleen jeugdhulp nodig is, wordt alleen jeugdhulp ingezet. Als alleen jeugd ggz nodig is, wordt alleen jeugd ggz ingezet. In de huidige situatie zijn jeugdhulp en jeugd-ggz echter twee gescheiden contracten. Bij de nieuwe inkoop streven we naar integratie van beide contracten, waarbij wel onderscheid is tussen jeugdhulp en jeugd-ggz. We willen juist voor de jongeren/gezinnen die deze begeleiding en behandeling nodig hebben, dat dit zo eenvoudig mogelijk georganiseerd kan worden. Door integratie van de contracten, proberen we dit zo eenvoudig mogelijk te maken en ook daarin administratieve belemmeringen weg te nemen. Aanbieders staan hier ook positief tegenover.</p> <p>Voor uw informatie: vanuit het Rijk worden gemeenten gestimuleerd om jeugdhulp en jeugd ggz zo vergaand als mogelijk samen te voegen om belemmeringen zo veel als mogelijk weg te nemen.</p>
<p>Adviesraad Weesp</p>		
<p>76.</p>	<p><u>Visie en transformatieopgaven</u> Deze zijn beschreven in hoofdstuk 2 van de Uitgangspunten. De algemene uitgangspunten dat inwoners zelfstandig leven, kunnen meedoen en dat kinderen veilig en gezond opgroeien worden uiteraard door de Adviesraad onderschreven. De transformatieopgave wordt blijkens de tekst beperkt tot de jeugdhulp en de maatschappelijke ondersteuning. De participatiewet wordt niet genoemd, terwijl deze ook deel uitmaakt van het sociale domein en bij de decentralisaties is uitgegaan van een geïntegreerde benadering. Hoe de gemeenten de algemene uitgangspunten</p>	<p>Zie de toelichting bij punt 53.</p>

	<p>nader uitwerken in tien punten nader gespecificeerd. In algemene zin is de Adviesraad het daar ook mee eens, al is de daadwerkelijke uitwerking in de praktijk nogal weerbarstig.</p> <p>Onder punt 7 komt de integrale aanpak aan bod met als uitgangspunt "één huishouden, één plan". Onze vraag is waar die ene regisseur is gebleven.</p>	Zie de toelichting bij punt 55.
77.	<p>In paragraaf 3.2 is een tabel opgenomen om aan te geven over welke geldbedragen gesproken wordt. Opvallend zijn de soms grote verschillen tussen geldbedragen van toewijzing en declaratie in 2018. Er worden geen oorzaken aangegeven. Graag zien wij een nadere duiding van deze verschillen. Voor het afsluiten van inkoopcontracten is ons inziens een goed beeld vereist van de bedragen waar het om gaat.</p>	Zie de toelichting bij punten 3 en 60.
78.	<p><u>Uitgangspunten 2014-2020</u></p> <p>Hier worden negen uitgangspunten geformuleerd. De eerste vraag is hoe deze uitgangspunten zich verhouden tot de uitgangspunten in hoofdstuk 2 (Visie en transformatieopgaven).</p>	Zie de toelichting bij punt 62.
79.	<p>Op zich zijn het terecht geformuleerde uitgangspunten, maar nu de uitwerking in de praktijk nog. Het is relatief makkelijk om op te schrijven, maar de uitvoering vergt nog wel een aantal slagen.</p> <p>In uitgangspunt 4 staat dat door een sterke basis en</p>	Zie de toelichting bij punt 62.

	<p>algemene voorzieningen het ontstaan en verergeren van problemen wordt voorkomen en met name dat een beroep op individuele voorzieningen wordt beperkt. Een mooi uitgangspunt, maar hoe wordt dat gemeten. Bestaat een beeld van de feitelijk basis en van de feitelijke algemene voorzieningen in relatie tot de gewenste situatie. Er moet voor worden gewaakt bij de inkoop worden uitgegaan van wenselijke situatie, terwijl die nog niet bestaat.</p>	
80.	<p>In uitgangspunt 5 staat dat gemeenten een basis kwaliteitsstandaard van zorg en ondersteuning garanderen. Dat roept vraag op waar die kwaliteitsstandaard kan worden gevonden.</p>	Zie de toelichting bij punt 63.
81.	<p>In uitgangspunt 6 staat dat zorgaanbieders samen innoveren en samen werken om de zorg doorlopend te verbeteren. Hier is ons inziens coördinatie van de regiogemeentes gewenst. Ongetwijfeld hebben de zorgaanbieders het beste voor met de zorg, maar kan het uitgangspunt worden gehinderd door eigen belang. Dan is sturing door de regiogemeentes nodig om ombuigingen, door het afbouwen of overhevelen van capaciteit en zorg af te dwingen en te faciliteren.</p>	Zie de toelichting bij punt 64.
82.	<p>Uitgangspunt 8 (toereikende tarieven en fatsoenlijke salariering) is volkomen terecht opgenomen. Dit is een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van de zorg. Geconstateerd wordt dat de Regio bij de inkoop van zorg terecht altijd oog heeft gehad voor de beloning van de zorgmedewerkers. Wat</p>	Mooi!

	<p>mij missen is de aandacht voor de overhead van zorginstellingen. Hoewel het lastig is om in te breken op de vrijheid van de bedrijfsvoering van zorginstellingen lijkt het ons gewenst om daar ook tot een zekere normering te komen bij de vaststelling van tarieven. Wij zijn het eens met de periodieke kostprijsonderzoeken.</p>	
82.	<p>Uitgangspunt 9 geeft aan dat de uitgaven aan zorg en ondersteuning binnen de budgettaire kaders van de gemeenten blijven. Dit uitgangspunt kan op gespannen voet komen te staan met de andere uitgangspunten, maar het is niet realistisch om het betreffende uitgangspunt weg te laten. De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg is ook aan een 1% norm onderhevig en diverse zorgverzekeraars maken noodgedwongen gebruik van zorgplafonds. Anderzijds moet ook worden vastgesteld dat men het weer niet kan veranderen door aan de thermometer te draaien. Het lijkt ons in dit kader gewenst om reeds op voorhand mogelijke onvermijdelijke keuzes binnen de beleidskaders te inventariseren. Het hanteren van de kaasschaafmethode is doorgaans geen succes.</p>	<p>Zie de toelichting bij punt 67.</p>
83.	<p><u>Partnerschap en langdurige contracten</u> Gemeenten en zorgaanbieders staan samen voor een efficiënte en effectieve zorgverlening. Wij vinden het terecht in de uitgangspunten aandacht</p>	-

	<p>wordt gegeven aan samenwerking en dialoog en dat waar nodig langdurige relaties worden aangegaan. Alleen dan zijn zorgaanbieders bereid om investeringen te doen die zich op langere termijn in de kwaliteit en continuïteit van zorg terugverdienen.</p> <p>Tegelijkertijd steunen wij de gedachte om het aantal zorgaanbieder binnen de aangegeven uitgangspunten terug te brengen. De gedachte van een beperktere kern met een flexibele schil spreekt ons aan.</p>	
84.	<p><u>Huishoudelijke hulp</u></p> <p>Huishoudelijke hulp is essentieel voor het in staat zijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In de uitgangspunten staat dat gemeenten scenario's uitwerken om deze vorm van zorg betaalbaar te houden. De Adviesraad wil daar graag actief bij betrokken blijven en dringt er op aan om beleidswijzigingen open te communiceren. De Adviesraad verwacht ter zake van de gemeente meer transparantie.</p>	Zie de toelichting bij punt 72.
85.	<p><u>Jeugdhulp en Jeugd GGZ</u></p> <p>De Adviesraad vindt dit een vrij vaag omschreven paragraaf. De verschillen tussen de verschillende vormen zijn ons inziens onduidelijk omschreven. Het aantal aanbieders neemt af onder andere doordat men moeite heeft de zorgvraag te beantwoorden, de</p>	Zie de toelichting bij punt 74.

	<p>zorgvraag wordt complexer, de tarieven worden als niet toereikend ervaren.</p> <p>In de uitgangspunten lezen wij die vaagheid ook weer terug: "Jeugdhulp en Jeugd GGZ moeten maximaal inhoudelijk geïntegreerd worden, terwijl scheiding administratief zichtbaar moet zijn. De reikwijdte jeugdhulp moet aangescherpt worden zodat duidelijk wordt welke interventies wel en niet onder de jeugdhulp vallen". Het lijkt alsof onduidelijk is wat de doelgroep is en welke zorg verleend moet worden. Toch wordt de huidige bekostigingssystematiek en de huidige inkoopssystematiek gecontinueerd</p>	
<p>86.</p>	<p>Het lijkt ons wenselijk dat er een duidelijk onderscheid blijft tussen jeugdhulp en jeugd GGZ. En vooral dat er aan de ingang van de keten voldoende deskundigheid is om het onderscheid te kunnen maken. Jongeren die een stoornis hebben ontwikkeld hebben geen baat van jeugdhulp, die hebben gezondheidszorg nodig. Het ideaal om deze twee te integreren blijkt in de afgelopen 5 jaar niet reëel te zijn. Vele partijen hebben dat al toegegeven Het lijkt ons tijd om dat ook in de uitgangspunten te gaan formuleren. Als ergens geldt dat een goed begin het halve werk is, dan is het in deze sector.</p>	<p>Zie de toelichting bij punt 75.</p>